

**SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER AV ATT BEHANDLA
SMÄRTA HOS PATIENTER MED DEMENSSJUKDOM**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2018-04-03

Kurs: K45

Författare: Elena Surma

Författare: Henrik Almqvist

Handledare: Britten Jansson

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Demenssjukdom är förenat med kognitiv svikt och nedsatt kommunikationsförmåga. Majoriteten av demenssjuka upplever smärta men kan inte alltid förmedla detta. Detta innebär en särskild svårighet för sjuksköterskan i omvårdnaden av dessa patienter.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att behandla smärta hos personer med demenssjukdom.

Metod

Den valda metoden med hjälp av vilken denna studie är utformad var en icke-systematisk litteraturöversikt. De 15 artiklar som inkluderades i resultatet hittades med hjälp av sökningar i databaserna CINAHL och PubMed.

Resultat

Det står klart att smärta hos patienter med demenssjukdom är förenat med en mängd olika problem och utmaningar för den behandlande sjuksköterskan. Ingen enskild faktor räcker till för att skatta och behandla smärta på ett effektivt sätt utan ett omfattande samspel av faktorer är att betrakta som en förutsättning.

Slutsats

Ett samspel av faktorer förefaller vara nyckeln till huruvida adekvat smärtlindring uppnås eller ej för patienter med demenssjukdom. Dessa faktorer består i multidisciplinärt samarbete, närståendestöd, utbildning och kunskap, sjuksköterskans kliniska erfarenhet, relation mellan patient och vårdgivare, smärtskattning, arbetsbelastning, icke-farmakologisk smärtbehandling, farmakologisk smärtbehandling samt sjuksköterskans inställning och attityd.

Nyckelord: smärtbehandling, smärtskattning, palliativ, demenssjukdom, sjuksköterska.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Demens	1
Smärta	2
Smärtbedömning	3
Smärtbehandling	4
Sjuksköterskans professionella ansvar.....	4
Problemformulering.....	7
SYFTE	7
METOD	7
Val av Metod.....	7
Urval	7
Datainsamling	8
Databearbetning	9
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överveiganden	10
RESULTAT	11
Relationer	11
Smärtbedömning	11
Smärtbehandling	13
Etiska dilemman	14
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	16
Slutsats.....	17
REFERENSER	19
BILAGA A-B	

INLEDNING

Demenssjukdom är ett stort och ökande folkhälsoproblem. Antalet personer med demenssjukdom i världen uppskattas till 47,5 miljoner (WHO, 2017) och enligt epidemiologiska studier förväntas antalet drabbade närmast fördubblas var tjugonde år (Ferri et al., 2005). Smärta är vanligt förekommande till följd av sjukdomar som kommer med stigande ålder (Werner & Leden, 2010; van Kooten, Smalbrugge, van der Wouden, Stek & Hertogh, 2017). Kommunikationen mellan patient och sjuksköterska är en avgörande faktor för skattning och lindring av smärta. Då patienter med demenssjukdom lider av kognitiv svikt och nedsatt verbal förmåga ställs därför stora krav på sjuksköterskans förmåga att på alternativa sätt upptäcka och lindra smärta (Blomqvist, 2011).

BAKGRUND

Demens

Demens är ett samlingsnamn ett antal sjukdomar som beror på skador i hjärnan. Dessa skador ger upphov till påverkan på minne, tankeförmåga och andra kognitiva funktioner. Demenssjukdomar indelas vanligtvis i primärdegenerativa och sekundära tillstånd. Till de primärdegenerativa hör Alzheimer sjukdom, frontotemporal demens (frontallobsdemens), Lewykroppsdemens, Parkinsons sjukdom med demens och vaskulära (blodkärlrelaterade) demenssjukdomar. Sekundära demenstillstånd uppstår till följd av hjärntumörer, infektioner, störd ämnesomsättning, brist inom vitamin B-gruppen och hög alkoholkonsumtion (Basun, 2013). Att särskilja dessa typer av demenssjukdom vid diagnostisering innebär ofta en stor utmaning då de alla orsakar en liknande personlighetsförändring. Dock kan skillnader i hur hjärnvävnaden påverkas upptäckas med hjälp av magnetröntgenkamera (Oh & LaPointe, 2017).

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom beskrevs för första gången år 1906 av den tyska läkaren Alois Alzheimer. Sjukdomen anses vara en av de stora folksjukdomarna och utgör i västvärlden cirka 60 procent av all demenssjukdom hos personer över 65 år (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011). Ålder och ärftlighet utgör de viktigaste riskfaktorerna för insjuknande men exakt vad som orsakar sjukdomen har ännu inte kunnat konstateras. Värt att notera är att 12,3 procent av världens befolkning idag är 60 år eller äldre, en siffra som beräknas närmast fördubblas till år 2050 (Zis, Daskalaki, Bountouni, Sykioti, Varrassi & Paladini, 2017). Alzheimers karakteriseras av hjärnatrofi, det vill säga att hjärnan minskar i storlek till följd av nervcellsdöd och att så kallad plack bildas i hjärnvävnaden vilket hindrar signalöverföringen mellan nervcellerna. Alzheimers sjukdom är svårt att upptäcka då sjukdomen har en smygande start. De vanligaste symptomen är påverkan på minne och kommunikation- och planeringsförmåga. Neuropsykiatriska symptom som syn- och hörselhallucinationer, vanföreställningar, depression och oro är vanligt förekommande någon gång under sjukdomsförloppet. Dessa symptom sammanfattas under begreppet BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens) (Basun, 2013).

Frontaltemporal demens

Frontaltemporal demens är samlingsnamn för flertal sjukdomar som karakteriseras av degenerativ process som startar i frontala cortex eller främre temporala cortex (Basun, 2013). Sjukdomen drabbar ofta personer så tidigt som vid 50 års ålder. De karaktäristiska dragen för sjukdomen är att den, liksom Alzheimers sjukdom, har en smygande start och är därmed också svårupptäckt varför de lätt kan förväxlas. Symptombilden kan också vara förväxlande lik den hos Alzheimers sjukdom (Oh & LaPointe, 2017) då även frontaltemporal demens kan manifesteras sig i form av personlighetsförändringar med omdömeslöshet, talsvårigheter, nedsatt social kompetens och reducerad empatisk förmåga (Skärsäter, 2010; Oh & LaPointe, 2017).

Vaskulär demens

Vaskulär eller blodkärlsrelaterad demens utgör 20-30 procent av alla demenssjukdomar (Marcusson et al., 2011). Förändringar i hjärnans blodkärl i form av arterioskleros (åderförkalkning) eller embolier (blodproppar) från hjärtat. Till skillnad från Alzheimers och frontaltemporal demens som har ett smygande förlopp kommer vaskulär demens ofta plötsligt och i de flesta fall efterföljande en hjärninfarkt eller transitorisk ischemisk attack vilken orsakat en cerebrovaskulär skada (Eriksdotter Jönhagen, 2010). Livsstil spelar en roll i utvecklandet av vaskulär demens. Dock är riskfaktorerna förhållandevis sparsamt studerade i jämförelse med de andra typerna av demens, framför allt beträffande ärftlighetens betydelse (Arfan Ikram et al, 2017).

Beteendemässiga och psykiska symptom vid demens – BPSD

BPSD kan vara antingen beteendemässiga symptom som aggressivitet, rastlöshet, tillbakadragande/apati eller psykologiska symptom som nedstämdhet, sömnproblem, oro, hallucinationer och illusioner (Skovdahl & Kihlgren, 2010). Prevalensen av depression har visat sig märkbart högre hos personer med kognitiv nedsättning jämfört med hos de som har normal kognitionsförmåga (Baiyewu et al., 2012). Mer än 50 procent av alla patienter med demenssjukdom upplever någon gång BPSD. Förekomsten av dessa symptom är påfrestande för både patienten och närstående och är oftast en anledning till placering på särskilt boende (Skovdahl & Kihlgren, 2010). Underdiagnostiserad smärta hos patienter med demenssjukdom är vanligt och kan manifesteras sig som BPSD (Pautex et al., 2006). Det finns ett tydligt samband mellan förekomst av smärta och aggressivt eller agiterat beteende (Ahn & Horgas, 2013; Sampson, White, Lord, Leurent, Vickerstaff, Scott & Jones, 2015) oberoende av demenssjukdom (Sampson et al., 2015). Även biverkningar från läkemedel eller läkemedelsinteraktioner kan orsaka BPSD (Ahn & Horgas, 2013).

Smärta

International Association for the Study of Pain, IASP (2017) definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada”. Smärta är en komplex sinneskänsla bestående av tre olika komponenter: sensoriskt diskriminativ, kognitiv och affektiv. Smärtans intensitet, duration, karaktär och lokalisation benämns som den sensoriskt diskriminativa komponenten. Den kognitiva komponenten syftar på hur smärtan påverkar individens tankemönster och handlingar. Obehagsupplevelsen av smärtan

benämns som den affektiva komponenten (Molin, Norrbrink, Lundeberg, Lund & Lundeberg, 2010). Smärta klassificeras utifrån bakomliggande orsak som: nociceptiv, neuropatisk, psykogen, idiopatisk eller smärta utan klar orsak. Nociceptiv smärta uppstår till följd av vävnadsskada och beror på aktiveringen av högröskliga nociceptorer. Neuropatisk smärta beror på en bestående skada i nervvävnaden (Molin et al., 2010). Psykogen smärta orsakas av psykologiska tillstånd som depression, ångest och liknande (Strang, 2012). Smärta klassificeras som idiopatisk när bakomliggande orsaker inte är identifierbara trots grundlig anamnes (Molin et al., 2010).

Akut och långvarig smärta

Smärta indelas i tidsperspektiven akut och långvarig. Akut smärta uppstår vid vävnadsskada i samband med operationer, trauma, vissa invärtesmedicinska sjukdomar och försvinner när vävnaden är läkt. Långvarig smärta är utdragen och kvarstår mer än tre till sex månader efter vävnadsskadan är läkt (Molin et al, 2010; Zis et al., 2017). Tidigare användes ofta termen *kronisk* som benämning på långvarig smärta. De patologiska fynden vid långvarig smärta är mer diskreta än de man finner vid akut smärta. En vanlig uppkomstmekanism för långvarig smärta är ett kraftigt, nociceptivt inflöde som kan ge permanent påverkan på ryggmärgens nociceptiva funktioner. Detta medför att smärtsystemet överreagerar och blir överkänsligt. Sjukdomar som vanligen orsakar ett långvarigt smärttillstånd är lumbago, artros, huvudvärk och diskbräck (Werner & Leden, 2010).

Smärta hos personer med demenssjukdom

I en studie av Hendricks (2015) visar att smärta är ett vanligt förekommande symptom hos äldre personer med demenssjukdom. Smärtprevalensen hos personer som är 75 år eller äldre uppskattas vara så hög som 62 procent (Zis et al., 2017). Trots ökad användning av analgetika förefaller inte problemet stävjas (Husebo, Achterberg & Flo, 2016). Kommunikationssvårigheter är vanlig orsak till felbedömning eller att smärta underskattas hos patienter med demenssjukdom (Werner & Leden, 2010). Personer med fastställd demensdiagnos löper större risk för underbehandlad smärta än kognitivt sviktande personer som ännu inte diagnostiserats (Nygaard & Jarland, 2005). För att förstå och känna igen smärta hos dessa patienter är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om vad som utmärker smärta hos personer som saknar förmåga att uttrycka sig verbalt (Blomqvist, 2011). Vissa smärttillstånd blir vanligare med åldern. Osteoporossmärtor, muskel- och ledvärk, cancersmärta och bröstsmärtor till följd av hjärt- eller lungsjukdom är vanligt förekommande hos äldre personer (Blomqvist, 2011) liksom smärta till följd av muskuloskeletal sjukdomstillstånd och sekvele efter fraktur (Nygaard & Jarland, 2005). Även neurogen smärta drabbar ofta äldre människor till följd av stroke, diabetes eller polyneuropati (Blomqvist, 2011).

Smärtbedömning

Vårdhandboken (u.å.) beskriver att smärta skall bedömas utifrån beteende hos patienter med demenssjukdom eftersom vanliga smärtskattningsskalor som exempelvis VAS kräver kognitiv förmåga och samarbete från patienten. Vissa smärtskattningsinstrument ses som vedertagna trots att de inte alltid testats tillräckligt och på många håll saknas föreskrifter för hur smärta ska skattas och behandlas (Husebo et al., 2016). Det är viktigt att komma ihåg att avsaknad av rapporterad smärta inte är detsamma som avsaknad av

smärta (Hughes, 2012). Horgas, Elliott och Marsiske (2009) påvisade också i en studie att patienter med demenssjukdom rapporterar smärta i mindre utsträckning än patienter utan demenssjukdom samt att den rapporterade smärtintensiteten är lägre. Förändringar i ansiktsuttryck har ett samband med smärta (Lautenbacher, Sampson, Pähl & Kunz, 2017; Krupić, Sadić, Seffo, Bišćević, Fazlić, Čustović & Samuelsson, 2018; Lautenbacher, Walz & Kunz, 2018). Svårighet att uttrycka sig verbalt förefaller dessutom stimulera till större förändringar i ansiktsuttryck än i de fall då personen kan beskriva sin smärta med ord (Krupić, Sadić, Seffo, Bišćević, Fazlić, Čustović & Samuelsson, 2018). Även förändringar i icke-beskrivande verbala uttryck, rörelsemönster, förhållningssätt gentemot omgivningen och sinnesförändringar som kan observeras är viktiga indikationer som bör tas i beaktning vid smärtskattningen. Det krävs en god kännedom om patientens beteendemönster för en korrekt smärtskattning. Alternativa smärtskattningsskalor som PACSLAC-D, Doloplus-2, Abbey Pain Scale, PAINAD vilka är framtagna specifikt för bedömning av smärta hos patienter med demenssjukdom bör tillämpas (Vårdhandboken, u.å.). Ansiktsuttryck, verbala uttryck och försvarsbeteende observerades i en studie av Husebo, Strand, Moe-Nilssen, Husebo och Ljunggren (2009) där patienternas smärta skattades med MOBID Pain Scale. I en studie av Sampson et al., (2015) påvisades ökning av smärtprevalensen hos patienter vid bedömning med PAINAD.

Smärtbehandling

Då smärta är ett symptom på bakomliggande sjukdom är en grundlig smärtanalys i så lång utsträckning som möjligt ett centralt moment vid behandling (Werner & Leden, 2010). Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på om patienten har underliggande sjukdomar, sekundära smärttillstånd som muskelspasmer eller andra faktorer som förstärker smärtupplevelsen som depression, sömnstörningar eller ångest (Strang, 2012). Samma principer för farmakologisk behandling hos patienter med demenssjukdom som för de utan tillämpas. Dock är det viktigt att ha i åtanke att patienter med demenssjukdom i högre grad drabbas av vissa biverkningar, eftersom hjärnan generellt är känsligare (Grafström, 2010). Det innebär också en utmaning att ge adekvat vård till dessa patienter, eftersom de inte längre kan förklara sin egen situation (Midtbust, Alnes, Gjengedal & Lykkeslet, 2018). Förstahandspreparat vid smärtbehandling är paracetamol (Almås, Stubberud, Grønseth, Bolinder-Palmér & Toverud, 2011). En smärtförstärkande effekt beskrivs av Werner och Leden (2010) där obehandlad smärta leder till lidande och ångest som i sin tur leder till att patientens smärtupplevelse förstärks. Obehandlad eller underbehandlad långvarig smärta kan leda till depression, agitation och aggressivitet hos patienter med demenssjukdom (Malara et al., 2016).

Sjuksköterskans professionella ansvar

De fyra grundläggande ansvarsområdena i vårdarbetet är, enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, att främja och återställa hälsa, förebygga sjukdom och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan har en central roll i hanteringen av patientens smärta. Detta innefattar skattning och identifiering av, information om behandling och dokumentation av smärta samt uppföljning och dokumentation av smärtlindrande åtgärder och eventuella biverkningar (Almås et al, 2011). Detta sker på individuell nivå då smärtbilder är unika (Molin et al, 2010).

Vi väljer vem vi pratar med i olika frågor. Information om patienten kommer därför att se olika ut beroende vem han eller hon har pratat med. Viktigt är då att informationen vidarebefordras till rörda teammedlemmar (Strang, 2012). Sjuksköterskan har, till skillnad från läkaren, en unik möjlighet att kontinuerligt följa upp patientens situation i det dagliga vårdarbetet. Smärthanteringen blir på så vis mer utförlig och mer aktuell under vårdtidens gång (Hughes, 2012). Sjuksköterskan har den mest omfattande koordinerande funktionen av alla yrkeskategorier som verkar i vården och hon ansvarar för samspelet mellan dessa (Beck-Friis & Strang, 2012).

Personcentrerad omvårdnad, PCO

Personcentrerad omvårdnad som begrepp beskriver en god och humanistisk omsorg. Begreppet växte fram i samband med vård av äldre personer och personer med intellektuell funktionsnedsättning (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, GPCC (2017) har identifierat tre nyckelbegrepp för personcentrerad vård; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskap innebär ömsesidig respekt för patientens och närståendes kunskap om hur det är att leva med sjukdomen och professionernas kunskap om vård, behandling och rehabilitering. Att lyssna på patienten och dennes närstående och att ta vara på patientberättelse är en förutsättning för personcentrerad vård. Den tredje komponenten i personcentrerad vård, dokumentation, innebär att patientberättelsen och hälsoplanen förs in i patientens journal. Denna dokumentation ska vara levande, alltså ständigt revideras samt vara tillgänglig för patienten och följa patienten genom vårdkedjan (GPCC, 2017).

Enligt Socialstyrelsens (2017) rekommendationer bör omvårdnaden vid demenssjukdom vara personcentrerad. Detta får medhåll av Clissett, Porock, Harwood och Gladman (2013) som i sin studie fastställer att ett gott förhållande mellan patient och sjuksköterska och att patienten känner sig involverad i sin vård är det bästa förhållningssättet för personer med demenssjukdom samt att ett personcentrerat förhållningssätt är det bästa sättet att uppnå detta.

Relationer

Sjuksköterskans strävan bör alltid vara att ge individuellt anpassad vård med hjälp av sina färdigheter, sin erfarenhet och de verktyg som finns till hands (Andershed, Ternestedt & Håkanson, 2013). Att förstå budskapet och hitta orsaken till smärta, ångest eller obehag krävs förtrogenhet med patienten och hur patienten uttrycker sig, längre bekantskap med patienten underlättar avläsning (Midtbust et al., 2018). Sjuksköterskan måste kunna lyssna och vara lyhörd för inte bara direkta uppmaningar på hjälp utan också till det som inte alltid uttalas direkt (Andershed et al., 2013). För att bygga upp förtroendefulla relationer krävs en vilja och en förmåga att sätta sig in i patientens situation samt att ha tid till att samtala och lyssna (Belcher & Jones, 2009). Skapandet av denna typ av relationer handlar alltid om att anpassa sig till patientens och närståendes förutsättningar på individuell nivå (Beck-Friis & Strang, 2012). Sjuksköterskan ska också verka för gott samarbete mellan kollegor och medarbetare samt respektera dessa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Patienter med demenssjukdom förlorar successivt förmågan att klara sig själv i vardagliga situationer och blir därför beroende av omvårdnadspersonal. Beroendet försätter patienten i en utsatt situation där integritet och värdighet inskränks. Att främja individens helhet och

integritet kan uppnås genom att omvårdnaden förankras i fyra grundläggande principer: att tillgodose personens energibalans, att bevara och främja personens kroppsliga integritet, att bevara hans eller hennes personliga integritet samt att bevara personens sociala integritet. Sjuksköterskans uppgift är att identifiera förhållanden som hotar integriteten i olika situationer (Kirkevold, Brodtkorb, Hylén Ranhoff, Bolinder-Palmér & Olsson, 2010).

Kari Martinsen utvecklade en omvårdnadsteori som grundar sig på begreppet omsorg. Hon beskriver omsorg som en grundläggande förutsättning för allt mänskligt liv i vilken delaktigheten mellan patient och sjuksköterska står i centrum utan att sjuksköterskan förväntar sig få något tillbaka. Martinsens syn på omsorgen bygger på relationen mellan människor där fokuset ligger på den mänskliga gemenskapen. Hon menar att vi människor är beroende av varandra från födseln till döden och att beroendet av andra människor blir särskilt tydligt i samband med sjukdom, lidande och funktionsnedsättning. Martinsen delar in omsorg i tre olika aspekter: relationell, praktisk och moralisk aspekt vilka tillsammans ger en fullständig inställning på hur sjuksköterskan bör bemöta en patient. Den relationella aspekten är bandet mellan två personer där Martinsen anser att en förutsättning för bra omsorg är att kunna sätta sig in i och ha förståelse för patientens situation. Att uppnå lojalitet, tillit, ömsesidighet, förståelse och barmhärtighet är en utmaning men en förutsättning för patientens välbefinnande. Den praktiska aspekten utgörs av erfarenhet och handlingar. Martinsen använder den egna erfarenheten av att känna smärta, att vara hungrig, törstig och liknande som utgångspunkt i bemötandet av en patient vilket gör att man kan lättare se och förstå patienten utifrån hans eller hennes situation. I den moraliska aspekten av hennes teori är omsorgen knuten till principen om att ta ansvar för de svaga. Med det menar Martinsen att omsorg handlar om att upprätthålla en viss funktion eller undvika försämring och göra det så behagligt som möjligt för patienten (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

Kommunikation

Ordet kommunikation kan definieras som ömsesidigt utbyte, något som går att dela med någon eller några. Kommunikationens betydelse lyfts fram allt oftare i dagens omvårdnadsarbete. Personal inom hälso- och sjukvården möter många olika patienter med olika grad av kommunikationsförmåga. Kommunikation är överföring av information med vilken vi knyter förbindelser och är en aktivitet, någonting vi gör, skapar och arbetar med. Kommunikationen inom omsorgen är en förutsättning för ett fungerande samarbete samt för tillfredsställelsen av personliga behov (Eide & Eide, 2006). För personer med nedsatt kommunikationsförmåga finns speciellt utvecklade hjälpmedel. Talking Mats, en lågteknologisk kommunikationsram utvecklad vid Stirling University, hjälper människor med kommunikationsproblem att uttrycka sina åsikter (Murphy & Oliver, 2013). Det är viktigt att ta vara på det friska och att försöka skapa förutsättningar för att patienten ska kunna leva ett så normalt och vanligt liv som möjligt (Beck-Friis & Strang, 2012). Murphy och Oliver (2013) visade i sin studie att användandet av Talking Mats hjälpte personer med demenssjukdom att uttrycka vad de fortfarande kunde göra och vad de tyckte om att göra snarare än att fokusera på vad de inte längre klarade av. Sjuksköterskan kan emotionellt stärka patienten, dess närstående och vårdteamets medlemmar. Att ge anpassad information kan underlätta för patienten i sin tillvaro. Det är också viktigt att stödja och bekräfta även de närståendes deltagande i patientens vardag (Beck-Friis & Strang, 2012). Talking Mats kan signifikant öka känslor av engagemang och övergripande tillfredsställelse för såväl personer med

demenssjukdom som dess närstående (Murphy & Oliver, 2013). Sjuksköterskan betryggar också patient och närstående genom fysisk och engagemangsmässig närvaro. Att exempelvis hålla en hand för att patienten ska känna trygghet kan göra stor skillnad (Beck-Friis & Strang, 2012).

Det finns inga direkta regler för när man ska prata och när man ska vara tyst. Alla patienter är individer med olika personligheter och olika livshistorier så väl som olika önskingar och förväntningar. Förståelse om hur man skapar förtroende och vilken kommunikations-modell man bör välja som vårdare kommer med klinisk erfarenhet. Det är viktigt att komma ihåg att patienten befinner sig i ett underläge. Kroppsspråk är en viktig komponent i ett samtal och det är där kommunikationen startar (Beck-Friis & Strang, 2012).

Problemformulering

Smärta är vanligt förekommande hos äldre personer med demenssjukdom (Hendricks, 2015). Begränsningar i verbal kommunikation hos denna patientgrupp är en vanlig anledning till att smärta underskattas eller förbises (Midtbust et al. 2018; Werner & Leden, 2010). Därför ställs speciella krav på sjuksköterskan att på alternativa sätt identifiera och skatta smärta med hjälp av iakttagelser i patientens beteendemönster och liknande (Vårdhandboken, u.å.). Det är viktigt att vården utgår ifrån ett personcenterat synsätt, i synnerhet då smärta ska skattas hos personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2017). En god kunskap om patientens sjukdomshistoria är också viktigt för att sjuksköterskan ska kunna förutse när och hur smärta kan förväntas uppkomma vilket ytterligare belyser vikten av PCO (Midtbust et al. 2018, Vårdhandboken, u.å.).

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att behandla smärta hos personer med demensdiagnos.

METOD

Val av Metod

Den valda metoden var en litteraturöversikt med utgångspunkt från vetenskapliga artiklar. Artiklarna som valdes var både kvalitativa och kvantitativa då Forsberg och Wengström (2015) förklarar att problemområden bör angripas från olika vinklar. Syftet med metodvalet var att generera ett fågelperspektiv över trovärdig och relevant information för att med hjälp av denna information belysa det som skulle undersökas i enlighet med syftet (Polit & Beck, 2017). Artiklarna valdes, som Henricson (2017) nämner, i enlighet med i nästkommande stycken definierade inklusions- och exklusionskriterier.

Urval

Inklusionskriterier

De artiklar som inkluderades i denna litteraturöversikt var kvalitativa studier, baserade på intervjuer samt enkätbaserade kvantitativa studier. Artiklarna skulle vara högst 11 år

gamla för att säkerställa att resultatet speglade aktuell forskning inom valt problemområde. För att säkerställa tillförlitlighet valdes artiklar som var skrivna i ett vedertaget format för vetenskapliga artiklar innehållandes bakgrund, syfte/frågeställning/hypotes, metod, resultat, diskussion och litteraturreferenser (Friberg, 2017). Dessutom var det en förutsättning att artiklarna hade genomgått vetenskaplig granskning, det vill säga att de var peer-reviewed samt att artiklarna var granskade och godkända av en etisk kommitté alternativt att noggranna etiska överväganden hade gjorts (Forsberg och Wengström, 2015). Artiklarna skulle behandla professionellt aktiva sjuksköterskors omvårdnadsarbete i omsorgen av personer med demenssjukdom.

Exlusionskriterier

På grund av begränsningar i språkbehärskning exkluderades artiklar som var publicerade på andra språk än svenska, norska och engelska. Studier som behandlade studenters, patienters eller närståendes upplevelser exkluderades också.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde utifrån databaserna Public Medline [PubMed] och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] under februari 2016 samt en kompletterande sökning i februari 2018. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är PubMed och CINAHL de databaser som bäst lämpar sig för att söka omvårdnadsforskning i. PubMed är en bred databas som täcker hälso- och medicinområdet medan CINAHL är en databas innehållande artiklar om omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi. Vi valde att genomföra sökningen oberoende av varandra.

PubMed och CINAL har system av ämnesord vilka tolkar innehållet i artikeln. I databasen CINAHL heter ämnesordsregistret CINAHL Headings medan PubMed använder sig av Medical Subject Headings, förkortat MeSH (Henricson, 2017). För sökningen efter artiklar i PubMed användes relevanta MeSH-termer som översattes till svenska med hjälp av Swedish MeSH och i databasen CINAHL användes CINAHL Headings.

De sökord och alternativ som användes kombinerades på olika sätt med hjälp av sökfunktioner och booleska operatörn AND för att smala av sökningsträffarna. Detta genererade ett antal artiklar av intresse. Sökningsresultat presenterades i **Tabell 1**.

Tabell 1. Presentation av databassökning i CINAHL och PubMed

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
CINAHL 2016-01-08	TI dementia AND TI pain AND TX nurse AND TX attitude	23	11	4	2

CINAHL 2016-02-15	TI dementia AND SU pain AND TX assessment of pain AND TX nurse	19	8	2	2
PubMed 2016-02-15	nurse AND pain management[MeSH] AND dementia[MeSH]	20	11	6	2
PubMed 2016-02-15	dementia[MeSH] AND nurse[MeSH] AND pain	18	2	1	1
PubMed 2016-02-15	dementia[MeSH] AND nursing home AND pain	207	17	2	2
CINAHL 2018-02-21	TI pain management AND TX pain AND SU pain measurement AND TX nurse AND TX dementia	23	3	3	3
PubMed 2018-02-21	nurse AND pain[MeSH] AND dementia[MeSH]	39	7	4	2
CINAHL 2018-02-22	SU pain AND TX dementia AND TX nurse AND SU education	119	2	1	1
TOTALT					15

Databearbetning

I första steget valdes artiklar som utifrån titel och abstrakt bedömdes kunna besvara syftet. I detta skede lästes abstrakt och de artiklar som inte behandlade studiens syfte eller som inte passade enligt urvalskriterierna valdes bort. I andra steget lästes artiklarna som valdes för vidare bearbetning av båda författarna var för sig upprepade gånger. Friberg (2017) föreslår att valda studier ska läsas flera gånger för att få bättre förståelse för innehåll och sammanhang. Därefter diskuterades vilka artiklar som skulle presenteras i studiens resultat.

Dataanalys

Slutligt urval av artiklar bedömdes avseende kvalitet i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg et al. (1999) och Willman et al. (2011) (Bilaga A). Författarna valde att kvalitetsgranska artiklarna var för sig och sedan jämföra resultatet för att få en större trovärdighet i enlighet med Willman et al. (2011). Artiklarna sammanställdes slutligen i en matris där syfte, metod, resultat, antal deltagare och kvalitetsbedömningen presenterades. Matrisen sammanställdes i syfte att underlätta bedömningen av tillförlitlighet för läsaren (Henricson, 2017).

Forskningsetiska överväganden

Principen att alla människor är lika mycket värda och har samma rättigheter oavsett vilka de är och vilka dugligheter de har var utgångspunkten i denna studie (Henricson, 2017). Etiska överväganden beträffande urval och presentation av resultat bör göras innan en litteraturstudie påbörjas menar Forsberg och Wengström (2015).

Vetenskapliga artiklar baserade på forskning av god kvalitet men som på intet sätt förvärvats på bekostnad av människors lidande användes i denna studie vilket också stöds av World Medical Association, WMA (2013) i Helsingforsdeklarationen. För att ytterligare säkerställa detta var det viktigt att artiklarna som inkluderades i denna studie var granskade och godkända av en etisk kommitté (Polit & Beck, 2017) alternativt att noggranna etiska överväganden hade gjorts (Forsberg & Wengström, 2015).

De ursprungliga källornas resultat presenterades utan påverkan av våra personliga åsikter eller livsåskådning. Endast referat till primära källor användes för att undvika plagiering och förvrängning av data (Polit & Beck, 2017).

RESULTAT

Relationer

Multidisciplinära relationer

Smärtbedömning ansågs vara en komplicerad process som kräver nära samarbete mellan disciplinerna. I studien av Karlsson et al. (2015) upplevde sjuksköterskor sig i hög grad vara beroende av undersköterskors iakttagelser för att upptäcka smärta hos patienter. Detta eftersom undersköterskorna ofta hade utvecklat en närmare relation med patienterna i det dagliga omvårdnadsarbetet och därigenom hade större möjlighet att upptäcka tecken på smärta. Således är identifiering av smärta en gemensam uppgift för vårdpersonal av olika professioner. Ett gott samarbete mellan de olika disciplinerna ansågs även bidra till en bättre kommunikation och patientkännedom vilket också medförde bättre smärtbedömning och smärtlindring (Elovsson & Boström, 2011; Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2016). Sjuksköterskor berättade att de ofta ger förslag till smärtbehandling vilket uppskattas och värdesätts i de fall då relationen är god mellan läkare och sjuksköterska (De Witt Jansen et al., 2016). Dock upplevde de ibland att läkare saknade förtroende för deras kunskap gällande smärtbedömning och att frustration och maktlöshet upplevdes i vissa fall då ordinationer på smärtlindrande läkemedel ansågs behövas men saknades (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2016).

Relationer med patienter och närstående

En dialog med närstående ansågs vara ett viktigt verktyg i smärtbedömningen då patientens nära ofta bättre känner patientens och dennes smärthistoria vilket kan ge sjuksköterskan en klarare bild av och en bättre förståelse för patientens smärtupplevelser (Brorson et al., 2014; Karlsson et al., 2015; Monroe et al., 2015). Sjuksköterskor visade sig också spela en nyckelroll i uppmuntrandet av närstående att komma på besök vilket bidrar till patientens välbefinnande. En rikare tillit och patientkännedom ansågs uppnås genom en längre tids kontakt med patienten i vilken sjuksköterskor kände att de kunde möta patientens behov på ett bättre sätt än i de fall då endast en ytligare relation uppnåtts (Brorson et al., 2014).

Smärtbedömning

Sjuksköterskor beskrev stora svårigheter i att fastställa huruvida patienter med demensdiagnos upplever smärta (Brorson et al., 2014; Burns & McIlfatrick, 2015; Monroe et al., 2015). I de fall då smärta upptäcktes upplevdes ytterligare svårigheter att bestämma smärtans omfattning, intensitet (Burns & McIlfatrick, 2015; Monroe et al., 2015) och typ (Brorson et al., 2014). Det medgavs att smärta ibland förblev oupptäckt (Monroe et al., 2015). Bristfällig smärtbedömning leder till försenad eller utebliven smärtbehandling visade Gilmore-Bykovskiy och Bowers (2013) i sin studie. Undermålig bemanning, tidsbrist och hög arbetsbelastning nämndes som anledningar till att smärtbehandlingen påverkades negativt (Karlsson et al., 2015; Burns & McIlfatrick, 2015). Personalens bristande kunskap samt deras inställning ansågs också kunna medföra att smärtan missbedöms. Elovsson och Boström (2011) visade att om kunskapsnivån höjdes hos personalen ökade också medvetenheten och förståelsen för patienters smärtupplevelser.

Kommunikation

Sjuksköterskor förklarade att då behoven hos patienter med demenssjukdom skiljer sig avsevärt jämfört med kognitivt orienterade patienter anpassades arbetssättets utformning till att ha en mer fridfull och lugn approach (Rantala et al., 2014). Eftersom patienter som lider av demenssjukdom kan ha svårt att uttrycka sig verbalt spelade sjuksköterskan en viktig roll i att identifiera och bedöma smärta. Vikten av att observera hur patienters beteende, ansiktsuttryck, handlingar och rörelser förändras över tid betonades av sjuksköterskor (Chang et al. 2009; Elovsson & Boström, 2011; Brorson et al. 2014; Burns & McIlpatrick, 2015; Karlsson et al, 2015; Monroe et al., 2015). Sjuksköterskor beskrev att uppvisad agitation hos patienter kan vara en indikation på upplevd smärta men uteslöt samtidigt inte att denna agitation kunde bero på infektion eller förstoppning (Chang et al., 2009). Andra tecken på smärta som nämndes var skrikande eller uppvisande av rastlöshet (Brorson et al. 2014). Dessa icke-verbala indikationer ansågs vara universella och relativt säkra markörer för skattning av smärta, speciellt i vården av patienter med nedsatt kommunikationsförmåga (Chang et al., 2009; Elovsson & Boström, 2011; Brorson et al. 2014; Burns & McIlpatrick, 2015; Karlsson et al., 2015; Lichtner et al., 2015; Monroe et al., 2015). Det var ej heller ovanligt att en somatiskt inducerad beteendeförändring misstolkades som en konsekvens av miljömässiga eller psykosociala problem som stress, panik eller ångest (Zwakhalen et al., 2012; Gilmore-Bykovskyi & Bowers, 2013).

Tolkning

Sjuksköterskor använder ett komplex av strategier för att bedöma förekomst av smärta hos patienter med demensdiagnos. Faktorer som sjuksköterskans kliniska erfarenhet, kommunikation med närstående, tvärvetenskaplig kommunikation och kännedom om patienten till följd av en längre tids vårdande identifierades som behjälpliga i smärtskattningen hos denna patientgrupp (Chang et al., 2009; Brorson et al. 2014; Monroe et al., 2015). Beträffande kännedom om patienten och tolkning av smärtsignaler i detta avseende ansågs närstående vara en viktig tillgång i smärtbedömningen (Brorson et al., 2014). Upptäckandet av beteendeförändringar och upprättandet av en helhetsbild av patientens status förutsätter att endast ett begränsat antal anställda är inblandade i smärtbedömningen eftersom regelbunden jämförelse av patientens smärtbild över tid blir svårt då alltför många sjuksköterskor deltar (Elovsson & Boström, 2011; Karlsson et al., 2015; Monroe et al., 2015). Hög personalomsättning ansågs försämra kontinuiteten och påverkar patientkännedomen på ett negativt sätt vilket leder till att smärtbedömningen, smärtbehandlingen, uppföljningen och dokumentationen fungerar sämre även om sjuksköterskorna anser sig ha tid till detta (Elovsson & Boström, 2011).

Smärtskattningsmedel

I en studie av Brorson et al. (2014) ansåg sjuksköterskor att den svåraste uppgiften i vården av patienter med demenssjukdom är att identifiera och behandla smärta. Det ansågs viktigt att också kontinuerligt skatta smärta under dagens gång eftersom smärta beskrevs variera över tid (Lichtner et al., 2015). VAS-skalan ansågs i studien av Monroe et al. (2015) vara otillräcklig för att hjälpa sjuksköterskor att fatta beslut beträffande smärtbedömning av patienter med demenssjukdom. I en studie av Zwakhalen et al. (2012) visade sig PACSLAC-D, en smärtskattningsskala specifikt

utvecklad för patienter med begränsad kommunikationsförmåga, speciellt lämplig. Sjuksköterskorna i studien beskrev smärtskattningsinstrumentet som användarvänligt och enkelt att tillämpa. Användarvänlighet har visat sig vara en viktig komponent då sjuksköterskor väljer smärtskattningsverktyg (Krumm et al., 2014). Ett flertal studier visade dock att evidensbaserade smärtskattningsverktyg som fanns till hands inte användes i önskvärd utsträckning vilket ansågs leda till onödigt lidande (Manias et al., 2011; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Burns & McIlfatrick, 2015; Monroe et al., 2015). Detta förklaras i studien av Burns och McIlfatrick (2015) med att sjuksköterskor upplever vissa smärtskattningsinstrument som tidskrävande och svåra att använda. Det visade sig klart att smärtskattningsverktyget inte är bättre än personen som använder det (Lichtner et al., 2015). En studie visade att sjuksköterskor som får en kortare utbildning i användandet av smärtskattningsinstrument ser mer positivt på användandet av dessa än sina kollegor som inte utbildas. De använder också smärtskattningsinstrumenten de utbildats på i avsevärt större utsträckning än sina kollegor (Manias et al., 2011).

Smärtbehandling

Farmakologisk smärtbehandling

Vid akut smärta och genombrottssmärta valde sjuksköterskor farmakologisk smärtlindring i första hand (Elovsson & Boström, 2011). I studien av Brorson et al. (2014) upplevde sjuksköterskor dock att smärtlindringen inte alltid hade önskad effekt vilket ledde till en viss känsla av otillräcklighet som vårdgivare. Att demenssjuka patienter vägrar att ta den analgetika de erbjuds på grund av oförmåga att se kopplingen mellan läkemedlet och smärtan de upplever visade sig vara ett problem vilket ofta medförde ökad agitation hos patienten (De Witt Jansen et al., 2016). En viss osäkerhet hos sjuksköterskor inför risken att opioider orsakar biverkningar och beroende förekom vilket kan leda till att smärta ibland underbehandlas farmakologiskt (Burns et al., 2015). Detta framkom också i studien av Chang et al. (2009) där sjuksköterskor uppvisade en viss motvillighet till användandet av analgetika i allmänhet och opioider i synnerhet. I Rantala et al. (2014) studie sågs det som realistiskt att uppnå total frihet från smärta hos alla patienter. Viktigt att poängtera är också att patientens känsla av välbefinnande och förtroende för sjuksköterskan visade sig vara en bidragande faktor till den farmakologiska behandlingens effektivitet vilket återigen belyser vikten av den goda relationen mellan patient och sjuksköterska (Brorson et al., 2014).

Kunskap och erfarenhet

I en studie av Rantala et al. (2014) visade det sig tydligt att yngre och mindre erfarna sjuksköterskor i större utsträckning ansåg att patienterna var tillräckligt smärtlindrande än vad deras äldre kollegor med mer erfarenhet ansåg. De mer erfarna sjuksköterskorna använde också ett bredare urval av olika behandlingsstrategier (Elovsson & Boström, 2011). I studien av Zwakhalen et al. (2007) påvisades kunskapsluckor beträffande smärtlindring. Sjuksköterskor som specialiserat sig inom äldreomsorg uttryckte missnöje beträffande bristen på kunskap inom demenssjukdom, i synnerhet gällande diagnostik och farmakologisk symtombehandling (Chang et al., 2009). Sjuksköterskor med mer omfattande utbildning och därmed bredare kunskap verkade vara mer medvetna om flera aspekter rörande smärta hos patienter med demensdiagnos (Zwakhalen et al., 2007). Sjuksköterskor som saknade smärtspecifik utbildning uppvisade större oro över att patienter utvecklar en tillvänjning av analgetika än vad deras kollegor som

specialiserat gjorde (Zwakhalen et al., 2007). En lägre utbildningsnivå hos vårdpersonalen upplevdes negativt påverka föreställningar och kunskap beträffande smärta hos patienter med demenssjukdom (Chang et al, 2009).

Icke-farmakologisk smärtbehandling

Sjuksköterskor upplevde den farmakologiska smärtbehandlingen som mer effektiv om patienten känner sig trygg och avslappnad varför komplimentering icke-farmakologiska komponenter som socialt umgänge, beröring, musik, värmedynor och liknande är viktigt (Brorson et al., 2014). Taktill massage upplevdes av sjuksköterskor som en synnerligen bra omvårdnadsåtgärd eftersom det inte bara fysiskt smärtlindrar utan också inger en känsla av närhet, omtanke och beröring vilket kan dämpa även den psykiska smärtan. Dock betonades det samtidigt att det föreligger en viss risk att negativa känslor väcks hos patienten i samband med behandlingen (Elovsson & Boström, 2011). Sjuksköterskor tvingades ibland att prioritera bort icke-farmakologiska smärtbehandlingsalternativ av ekonomiska skäl och tidsbrist vilket manifesterades som en känsla av otillräcklighet i yrkesrollen (Elovsson & Boström, 2011). Patientkännedom var viktigt då icke-farmakologiska smärtlindringsalternativ skulle beaktas. Kännedom om patientens preferenser beträffande musik, mat och liknande upplevdes bidra till en personcentrerad omvårdnad och således effektivare smärtlindring (Brorson et al, 2014). Fysisk aktivitet ansågs ha en viss smärtlindrande effekt fysiologiskt men fyllde samtidigt en funktion som en avledning av fokus vilken kan upplevas lindrande på patientens smärta (Elovsson & Boström, 2011).

Etiska dilemman

Etiska problem uppstod då patienten inte förstod smärtbehandlingens syfte (Karlsson et al., 2015; De Witt Jansen et al., 2016). Sjuksköterskor upplevde ett svårt dilemma då de tvingades välja mellan patientens autonomi och patientens behov av smärtlindring då de i många fall ansåg att det var deras plikt att lindra smärta trots att patienten motsätter sig det (Lillekroken & Slettebø 2013). Ett liknande dilemma infann sig då närstående upplevdes som hinder då sjuksköterskan tvingades att välja mellan de närståendes önskemål och patientens behov (Monroe et al., 2015). Vissa sjuksköterskor uttryckte en rädsla för att skynda på döden genom att överdosera morfinpreparat då de vårdade palliativa patienter med demenssjukdom. Samtidigt ville de inte orsaka onödigt lidande på grund av smärta varför de ansåg att det var bättre att över- än att underbehandla smärta (Brorson et al., 2014). Sjuksköterskor ansåg att läkare i stor utsträckning uppvisade ett alltför stort fokus på att hålla, hos sjuksköterskan uppenbart, palliativa patienter med demenssjukdom vid liv med kurativ behandling såsom antibiotika, blodtransfusioner och liknande. Dessa sjuksköterskor ansåg det oetiskt att förlänga lidandet i dessa fall då vården istället bör inriktas på att lindra symptom såsom smärta (Brorson et al., 2014).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Svårigheter i att bedöma förekomst och omfattning av smärta hos personer med demenssjukdom var ett frekvent återkommande fenomen i de studier som inkluderades i denna sammanställnings resultat. Kommunikationssvårigheter är vanlig orsak till felbedömning eller att smärta underskattas hos patienter med demenssjukdom (Werner & Leden, 2010). Detta stämmer väl överens med vad vi förväntade oss baserat på problemformuleringen. Midtbust et al. (2018) beskriver begränsningar i personers förmåga att verbalt uttrycka sig som en utmaning. Detta är knappast förvånande och speglas också mycket tydligt i resultatet.

Observationer av förändringar i ansiktsuttryck, verbala uttryck, rörelsemönster, förhållningssätt gentemot omgivningen samt sinnesförändringar hos patienterna är en förutsättning för smärtskattning hos patienter med demenssjukdom (Vårdhandboken, u.å.) höll sjuksköterskorna i resultatet med om. Dock förefaller den största utmaningen i detta avseende vara förvärvandet av patientkännedom samt byggandet av en tillitsfull relation med patienten.

Att ha kunskap om och en god relation till patienten ansåg sjuksköterskorna i resultatet vara en förutsättning för en god smärtbehandling. Vården ska vara personcentrerad (Socialstyrelsen, 2017) och då är utvecklingen av denna relation ett måste. En rikare tillit och patientkännedom, ansåg sjuksköterskorna i flera studier, uppnås genom en längre tids kontakt med patienten i vilken sjuksköterskorna kände att de kunde möta patientens behov på ett bättre sätt än i de fall då endast en ytligare relation uppnåtts (Chang et al., 2009; Brorson et al., 2014; Monroe et al., 2015). Det krävs förtrogenhet med patienten och hur patienten uttrycker sig. En längre bekantskap med patienten underlättar avläsning (Midtbust et al., 2018).

Sjuksköterskor har här, i större utsträckning än exempelvis läkare, en möjlighet att följa patienten i det dagliga omvårdnadsarbetet vilket är behjälpligt i etablerandet av en sådan relation till (Hughes, 2012). Sjuksköterskor i resultatet förklarar vidare att de i sin tur är beroende av undersköterskor för observation.

Smärta skall skattas hos personer med demenssjukdom och detta med hjälp av instrument specifikt designade för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom (Vårdhandboken, u.å.). Smärtprevalensen har visat sig påverkas positivt vid användandet av smärtskattningsinstrument speciellt framtagna för personer med nedsatt verbal kommunikationsförmåga (Sampson et al., 2015). Trots att sjuksköterskorna förefaller medvetna om skattningens vikt och trots vad rekommendationerna säger verkar smärta inte skattas i önskvärd utsträckning. Somliga sjuksköterskor i resultatet ansåg att de hade tiden och förutsättningarna för att skatta smärta men av någon anledning, de inte riktigt kan redogöra för, görs det ändå inte. Vi anser att det uppenbart föreligger ett behov att inventera kunskapsläget gällande detta samt för vidareutbildning beträffande smärtskattningens vikt och handhavande. En av studierna i resultatet påvisade att sjuksköterskor som får en kortare utbildning i användandet av smärtskattningsinstrument ser mer positivt på användandet av dessa än sina kollegor som inte utbildas. De använder också smärtskattningsinstrumenten de utbildats på i avsevärt större utsträckning än sina kollegor (Manias et al, 2011). Samma principer för farmakologisk behandling hos patienter med demenssjukdom som för de utan tillämpas. Dock är det viktigt att ha i åtanke att patienter med demenssjukdom i högre grad drabbas av vissa biverkningar, eftersom hjärnan generellt är känsligare (Grafström, 2010). Även om förstahandspreparatet vid smärtbehandling är

paracetamol (Almås et al., 2011) rekommenderar flera riktlinjer opioider för behandling av svår smärta (Abdulla, Bone Adams, Elliott, Jones, Knaggs, ... Schofield, 2013). Många läkare, patienter och familjer är dock motvilliga till att välja opioider på grund av potentiella negativa biverkningar (Griffioen, Husebo, Flo, Caljouw & Achterberg, 2017). Detta speglas till viss del av den oro sjuksköterskorna i flera av resultatets studier uppvisade beträffande tillvänjning av opioider. Denna oro kan i viss grad vara motiverad. Opioider är effektiva på kort sikt, men evidens för långvarig effekt är mycket mer begränsad och därför bör patienter som förskrivs opioider regelbundet granskas både beträffande effektivitet och tolerans (Abdulla et al., 2013). Vi anser, med grund av den korrelation mellan kunskapsnivå och attityd till smärtbehandling som framkom i resultatet, att det föreligger ett behov av mer smärtspecifik utbildning för sjuksköterskor på arbetsplatserna såväl som i grundutbildningen. Sjuksköterskan ska verka för gott samarbete mellan kollegor och medarbetare samt respektera dessa (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Den patientkänedom som måste insamlas för att smärtbehandling fungera effektivt är helt beroende av ett fungerande multidisciplinärt samarbete samt att arbetet bedrivs personcentrerat (Socialstyrelsen, 2017). I resultatet varierar funktionaliteten hos de interprofessionella teamen från väl fungerande till icke-fungerande. Brist på kommunikation och förtroende samt dåliga relationer identifieras som problem i detta avseende. För att bygga upp förtroendefulla relationer krävs en vilja och en förmåga att sätta sig in i patientens situation samt att ha tid till att samtala och lyssna (Belcher & Jones, 2009). Närstående kan vara till stor hjälp beträffande förvärvandet av patientkänedom (Socialstyrelsen, 2017). Sjuksköterskorna i resultatet såg närstående som en viktig källa till att skapa en uppfattning om patientens situation, i synnerhet då patienten saknade kognitiv förmåga att förmedla detta själva. Sjuksköterskor förefaller också spela en nyckelroll i uppmuntrandet av närstående att komma på besök.

Metoddiskussion

Vi valde att göra en allmän litteraturoversikt för att besvara studiens syfte. Enligt Forsberg och Wengström (2015) är avsikten med en allmän litteraturstudie att få en helhetssyn på kunskap inom ett valt område. Till denna studie valdes både kvalitativa och kvantitativa studier som i enlighet med Henricson (2017) kan påverka studiens validitet negativt. Dock används både kvantitativa och kvalitativa metoder i omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2015). En intervjustudie hade kunnat användas som metod men risken var i detta fall att den skulle rendera subjektiva och personliga upplevelser från sjuksköterskor som är verksamma i ett relativt litet geografiskt område eller kanske bara på en vårdavdelning. Vi var intresserade av att titta på forskning inom valt område internationellt och generera ny kunskap som kunde tillämpas i svensk omvårdnad varför valet föll på en litteraturstudie istället. Studierna som valdes till resultatet var från ett antal olika länder. Artiklarna söktes var för sig i databaser som har omvårdnadsfokus nämligen Cinahl och PubMed (Forsberg & Wengström, 2015). För att få med aktuell forskning i resultaten begränsades tidsperioden 2007 eller nyare. Vid insamlingen av data ansåg vi att det var viktigt att lägga våra subjektiva meningar åt sidan. För att säkerställa sökningen i databaserna fick vi hjälp av en bibliotekarie. Mesh-termer användes vid sökningen i Medline respektive CINAHL Headings i CINAHL. Sökning med fritextord gjordes för att inte missa relevanta studier som inte blivit indexerade (SBU, 2017).

Förr att undvika större misstolkningar i översättning lästes artiklarna upprepade gånger av oss båda. Alla artiklarna kvalitetsgranskades av oss båda och diskuterades sedan. Detta visade sig vara en utmanande uppgift eftersom vi saknade tidigare erfarenhet. Vi hade handledning vid flera tillfällen både i grupp och individuellt och tog till vara på handledarens och gruppmedlemmars åsikter. Vi arbetade en stor del av tiden avskilt från varandra och anser att detta till viss del kan påverka slutprodukten negativt.

Slutsats

Att bedöma förekomst och omfattning av smärta förefaller vara den största utmaningen sjuksköterskor möter i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom. Då adekvat verbal kommunikation ofta inte är möjlig måste sjuksköterskor förlita sig på alternativa indikatorer för smärta. Önskvärt är också att smärtskattningsinstrument används i större utsträckning samt att utbildning inom dessa tillgodoses. Här förefaller det finnas ett stort behov av utbildning.

Den patientkännedom som krävs för att de olika aspekterna i smärtbehandling ska fungera effektivt är mycket svår att förvärva för den enskilde vårdgivaren varför ett väl fungerande samarbete mellan de olika professionerna i vården visade sig vara en förutsättning. Brist på kommunikation och förtroende samt dåliga relationer identifierades som problem i detta avseende. Även relationer mellan patienter, närstående och sjuksköterska visade sig spela en nyckelroll i smärtbehandlingen. Närstående ansågs också som en ovärderlig källa beträffande insamlandet av kunskap om patienten och dennes sjukdomshistoria, i synnerhet då patienten lider av kognitiv svikt.

Beträffande smärtbehandling förefaller sjuksköterskor använda sig av analgetika i första hand. Dock finns viss rädsla för utvecklandet av tillvänjning av vissa preparat. Ålder och yrkeserfarenhet förefaller ha stor betydelse för sjuksköterskornas inställning inför smärtbehandling. Speciellt stor skillnad i detta avseende upptäcktes gällande användandet av icke-farmakologisk smärtlindring.

Etiska dilemman förekom i synnerhet då kommunikationen mellan sjuksköterska och patient inte fungerade eller då intressekonflikter gällande behandlingsalternativ uppstod mellan olika parter.

Fortsatta studier

Vi anser att det föreligger ett signifikant behov av att undersöka kunskapsläget beträffande smärtskattningsinstrument hos sjuksköterskor. Inte bara gällande förehavandet utan också gällande smärtskattningens syfte och värde. Det finns även utrymme att ytterligare studera icke-verbala smärtmarkörer för utvecklandet av ännu effektivare smärtskattningsskalor.

Den oro sjuksköterskorna i resultatet uppvisar beträffande läkemedels påverkan hos patienten anser vi skulle kunna tyda på kunskapsluckor även i farmakologi samt vilka behandlingar som bör prioriteras framför allt då det handlar om palliativa patienter med demenssjukdom.

Stora skillnader beträffande hur väl det interprofessionella teamet fungerar framkommer i resultatet. Dessa skillnader bör studeras i syfte att upptäcka och identifiera vilka faktorer eller komponenter som utmärker fungerande respektive icke-fungerande team för framtida teambildning.

Klinisk tillämpbarhet

Kunskapsläget inom vissa områden har klargjorts i denna litteraturstudie. Förhoppningen är att detta ska kunna hjälpa den enskilde sjuksköterskan att reflektera över sin egen kunskap beträffande smärtbehandling hos personer med demenssjukdom och att detta i förlängningen ska kunna bidra till en bättre och effektivare smärtbehandling hos våra demenssjuka. Förhoppningen är också att ämnet skall komma upp till diskussion ute på arbetsplatserna och att detta kommer att ge ännu mer fokus på personcentrerad omvårdnad hos denna utsatta patientgrupp.

REFERENSER

- Abdulla, A., Bone, M., Adams, N., Elliott, A. M., Jones, D., Knaggs, R., ... Schofield, P. (2013). Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age & Ageing*, 42(2), 151–153.
- Ahn, H. & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 13, 14.
<http://doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., Bolinder-Palmér, I., & Toverud, K. C. (2011). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Andershed, B., Ternestedt, B.-M. & Håkanson, C. (2013). *Palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur
- Arfan Ikram, M., Bersano, A., Manso-Calderón, R., Jian-Ping Jia, Schmidt, H., Middleton, L., ... Jia, J.-P. (2017). Genetics of vascular dementia - review from the ICVD working group. *BMC Medicine*, 15, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0813-9>
- Basun, H. (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB.
- Baiyewu, O., Unverzagt, F. W., Ogunniyi, A., Smith-Gamble, V., Gureje, O., Lane, K. A., ... Hendrie, H. C. (2012). Behavioral symptoms in community-dwelling elderly Nigerians with dementia, mild cognitive impairment, and normal cognition. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 931–939. <https://doi.org/10.1002/gps.2804>
- Beck-Friis, B. & Strang P. (Red.) (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber AB.
- Belcher, M. & Jones, L. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *A Journal for the Australian Nursing Profession* 31(2) 142-152. ISSN: 1037-6178 PMID: 19379116
- Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Blomqvist, K. (2011). Att känna igen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom. I A.-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (ss. 271-285). Lund: Studentlitteratur.
- *Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 315–323. doi: <http://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>

- *Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- *Chang, E., Daly, J., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Hancock, K. (2009). Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 41–47. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x>
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1495–1503. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001>
- *De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., ... Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>
- Eide, T., & Eide, H. (2006). *Kommunikation: Relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg*. Malmö: Liber AB.
- *Elovsson, M., & Boström, B. (2011). Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 31(4), 10–15. UI-nummer: 12013208
- Eriksdotter Jönhagen, M. (2010). Demenssjukdomar - en översikt. I A.-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (ss. 345-355). Lund: Studentlitteratur.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., ... Alzheimer's Disease International. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet (London, England)*, 366(9503), 2112–2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- *Gilmore-Bykovskiy, A. L., & Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127–138. doi: <http://doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>
- Grafström, M. (2010). Smärta och läkemedelsbehandling. I M. Grafström & J. L. G. Nilsson (Red.), *Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad* (ss. 145-149). Lund: Studentlitteratur.
- Griffioen, C., Husebo, B. S., Flo, E., Caljouw, M. A. A., & Achterberg, W. P. (2017). Opioid Prescription Use in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Pain Medicine*. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx268>

Göteborgs Universitet – Centrum för Personcentrerad Vård, GPCC (2017). *Personcentrerad Vård*. Hämtad 10 mars, 2018, från <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

Hendricks, J. M. (2015). Influence of communal and private folklore on bringing meaning to the experience of persistent pain. *Nurse Researcher*, 23(2), 22–29. doi: <https://doi.org/10.7748/nr.23.2.22.s6>

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : Från Idé till Examination inom Omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Horgas, A. L., Elliott, A. F., & Marsiske, M. (2009). Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(1), 126–132. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02071.x>

Hughes, L. (2012). Assessment and Management of Pain In Older Patients Receiving Palliative Care. *Nursing Older People* 24(6) 23–29. PMID: 22900393.

Husebo, Achterberg & Flo (2016). Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: A systematic review. *CNS Drugs*, 30(6), 481–497. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0342-7>

Husebo, B. S., Strand, L. I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S. B., & Ljunggren, A. E. (2009). Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 180–189. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00606.x>

International Association for the Study of Pain, IASP (2017). *IASP Taxonomy*. Hämtad 13 februari, 2018, från <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>

*Karlsson, C. E., Ernsth Bravell, M., Ek, K., & Bergh, I. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, 10(3), 190–200. doi: <http://doi.org/10.1111/opn.12072>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Høyen Ranhoff, A., Bolinder-Palmér, I., & Olsson, K. (2010). *Geriatrisk omvårdnad : god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber.

Kirkevold, M., & Larsson-Wentz, K. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

*Krumm, N., Larkin, P., Connolly, M., Rode, P., & Elsner, F. (2014). Improving dementia care in nursing homes: experiences with a palliative care symptom-assessment tool (MIDOS). *International Journal of Palliative Nursing*, 20(4), 187–192. doi: <http://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.4.187>

Krupić, F., Sadić, S., Seffo, N., Bišćević, M., Fazlić, M., Čustović, S., & Samuelsson, K. (2018). Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia. *Medicinski Glasnik: Official Publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 15(1), 75–80. <https://doi.org/10.17392/942-18>

Lautenbacher, S., Sampson, E. L., Pähl, S., & Kunz, M. (2017). Which Facial Descriptors Do Care Home Nurses Use to Infer Whether a Person with Dementia Is in Pain? *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 18(11), 2105–2115. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw281>

Lautenbacher, S., Walz, A. L., & Kunz, M. (2018). Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatrics*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0773-8>

*Lichtner, V., Dowding, D., & Closs, S. J. (2015). The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0233-8>

*Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 33(3), 29–33. NLM UID: 8700224

Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 50(4), 1217–1225. <http://doi.org/10.3233/JAD-150808>

*Manias, E., Gibson, S. & Finch, S. (2011). Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. *Pain Medicine* 12(8) 1199–1215. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01181.x>

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I. & Wallin A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E., & Lykkeslet, E. (2018). A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BMC Palliative Care*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0282-8>

Molin, B., Norrbrink, C., Lundeberg, T., Lund, I., & Lundeberg, S. (2010). *Om Smärta : Ett Fysiologiskt Perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

*Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316–320. doi: <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>

Murphy, J. & Oliver, T. (2013). The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together. *Health & Social Care in the Community*, 21(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/hsc.12005>

Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(8), 730–737. <http://doi.org/10.1002/gps.1350>

Oh, C., & LaPointe, L. (2017). “Where is Dementia?” A Systematic Literature Review Exploring Neuroanatomical Aspects of Dementia. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(15), 9–23. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG15.9>

Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., ... Gold, G. (2006). Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(7), 1040–1045. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00766.x>

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

*Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. (2014). Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia - reported by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3095–3106. <https://doi.org/10.1111/jocn.12548>

Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S., & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain*, 156(4), 675–683. <http://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000095>

Skovdahl, K. & Khilgren, M. (2010). *Beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå*. A.-K. Edberg (Red.), Att möta personer med demens (ss. 287-298). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2010). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – En handbok*. Hämtad från <http://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Strang, P. (2012). *Cancerrelaterad Smärta: Onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

van Kooten, J., Smalbrugge, M., van der Wouden, J. C., Stek, M. L., & Hertogh, C. M. P. M. (2017). Evaluation of a Pain Assessment Procedure in Long-Term Care Residents With Pain and Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(5), 727–731. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.020>

Vårdhandboken (u.å.). Smärtskattningsinstrument. Hämtad 13 februari, 2018, från <http://www.varldhandboken.se/texter/smarts kattning-av-akut-och-postoperativ-smarta/smarts kattningsinstrument/>

Werner, M. & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber AB.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization, WHO (2017). *Dementia*. Hämtad 10 januari, 2016, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Zis, P., Daskalaki, A., Bountouni, I., Sykioti, P., Varrassi, G., & Paladini, A. (2017). Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 709–720. <https://doi.org/10.2147/CIA.S113576>

*Zwakhaleh, S., Hamers, J., Peijnenburg, R. & Berger, M. (2007). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 493–502. PMID: 17442027

*Zwakhaleh, S., Hof, C., & Hamers, J. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3009–3017. doi: <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x>

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

Författare År, Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Brorson H, Plymoth H, Örmon K, Bolmsjö I. 2012 Sverige	Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia	Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter kring smärtlindring hos patienter med demensdiagnos.	<u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som hade erfarenhet av att vårda patienter med demens i livets slut skede och smärtbehandlingen. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervju med öppna frågor. <u>Analys:</u> Burnards innehållsanalys.	7	Oförmågan hos patienter med demenssjukdom att verbalt förmedla sin smärta gör denna patientgrupp sårbar och särskilt beroende av sina vårdgivare. Ett gott förhållande med patienter och kollegor sågs som en förutsättning för god vård och adekvat smärtlindring.	K I
Burns M. & McIlpatrick S. 2015 UK	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	Att bestämma sjuksköterskors kunskaper och inställningen till smärtbedömning hos patienter med demensdiagnos i sjukhusmiljö.	<u>Design:</u> Tvärsnittsundersökning. <u>Urval:</u> 96 sjuksköterskor från 17 vårdhem som vårdade patienter med demens minst 6 månader. <u>Datainsamling:</u> Enkät bestående av tre delar, en av dem öppen fråga. <u>Analys:</u> Information från två delar kodades och analyserades med program SPSS Version 22, svar från öppen fråga analyserades med tematisk analys.	96(64)	Sjuksköterskor spelar en nyckelroll i behandlingen av smärta med hjälp av smärtskattningsverktyg, observation av beteendemönster samt val av analgetika. Dock visar studien även att sjuksköterskor inte gärna använder opioider i smärtbehandlingen av rädsla för tillvänjning.	RCT I
Chang, E., Johnson, A., Harrison, K., Easterbrook, S., Bidewell, J., Stewart, H., Noel, M., & Hancock, K. 2009 Australien	Challenges for professional care of advanced dementia	Att identifiera och belysa utmaningarna som vårdpersonal, bland annat sjuksköterskor, stöter på i samband med omvårdnad hos patienter med avancerad demens.	<u>Design:</u> Kvalitativ design, fokusgrupper <u>Urval:</u> Professionella vårdgivare. <u>Datainsamling:</u> intervju med 5 fokusgrupper, semistrukturerade intervjuer med 20 professionella vårdgivare. <u>Analys:</u> Jämförande metod.	20	Kunskap och föreställningar om demenssjuka patienters smärta styrs till stor del av personalens utbildningsnivå. Deltagarna upplevde svårigheter beträffande hanteringen av smärta hos patienter med demensdiagnos. Att bedöma smärta med hjälp av observation av ansiktsuttryck, ändringar i rörelsemönster och beteende upplevdes som stor hjälp. En tredjedel av deltagarna uttryckte även en motvillighet till att använda opioider som smärtbehandling.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., ... Parsons, C. 2016 UK	Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study	Att utforska vilka problem sjuksköterskor upplever beträffande smärtbehandling hos patienter med demenssjukdom.	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> Sjuksköterskor med erfarenhet av vård patienter med demens <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad intervju <u>Analys:</u> Tematisk analys	24	Framförallt administrering av läkemedel visade sig vara en utmaning. Dels på grund av att patienterna ofta inte förstod syftet med medicineringen men även för att det ofta saknades alternativa administreringsmöjligheter i de fall då per oral administrering var olämpligt eller ej var möjligt av olika skäl. Goda interprofessionella relationer visade sig vara en nyckelfaktor i behandlingen av smärta hos patienter med demenssjukdom.	K I
Elovsson M., Boström B. 2011 Sverige	Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård.	Att beskriva vad sjuksköterskor upplever påverkar smärtbehandlingen av äldre med demenssjukdom i kommunal hälso- och sjukvård	<u>Design:</u> Deskriptiv kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som vårdar patienter med demensdiagnos. <u>Datainsamling:</u> intervju med öppna frågor. <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys.	18	Kontinuiteten i omvårdnad ansågs bidra till en bättre smärtbedömning och smärtlindring. Sjuksköterskor uppgav att observationer av ansiktsuttryck, förändringar i beteende och rörelsemönster över tid var säkra markörer för skattning av smärta hos patienter med demens samt att samarbete mellan olika professioner var en förutsättning för adekvat smärtlindring.	K I
Gilmore-Bykovskiy, A.L., Bowers B.J. (2013) USA	Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia	Att undersöka hur sjuksköterskor fattar beslut om farmakologisk behandling av smärta hos patienter med demens	<u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som vårdar patienter med demens. <u>Datainsamling:</u> Djupintervju <u>Analys:</u> Data analyserades efter varje intervju enligt Grounded Dimensional Analysis	13	Det råder stor osäkerhet bland sjuksköterskor när det gäller smärtskattningen hos patienter med demens. Förändringar i beteendemönster upplevs som svårt att tolka och att det händer att beteendeförändringar som kommer av smärta misstas för psykiska besvär	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Karlsson C.E., Ernst Bravel M., Ek K., Bergh M. 2015 Sverige	Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study	Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av smärtbedömning hos patienter med demens på äldreboende.	<u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor verksamma på demensboende. <u>Datainsamling:</u> Intervju med öppna frågor. <u>Analys:</u>	13	Resultatet visar att bedömning av smärta hos personer med demens är en utmanande process som involverar ett komplicerat samspel av sensoriska, kognitiva, emotionella och beteendemässiga komponenter och kräver ett gott interprofessionellt samarbete. Tidsbrist och hög personalomsättning ansågs som hinder i smärtbedömningen.	K I
Krumm, N., Larkin, P., Connolly, M., Rode, P., Elsner, F. 2014 Tyskland.	Improving dementia care in nursing homes: experiences with a palliative care symptom-assessment tool (MIDOS)	Att utvärdera vårdpersonals upplevelser gällande användandet av symptomskattningssystemet MIDOS.	Kvalitativ design, semistrukturerade intervjuer	13	Deltagarna beskrev en positiv skillnad efter en tids daglig användning av MIDOS. Tecken på symptom som inte upptäckts med hjälp av befintliga skattningssystem kunde upptäckas med hjälp av MIDOS. Den interprofessionella kommunikationen då kliniska beslut skulle tas underlättades också.	K II
Lichtner, V., Dowding, D., & Closs, S. J. 2015 UK	The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia	Att undersöka hur sjuksköterskor upplever och använder smärtskattningsverktyg i vården av patienter med demensdiagnos.	Kvalitativ intervjustudie	52	Sjuksköterskorna rapporterade problem med alternativa sätt att bedöma smärta förutom verbal kommunikation samt påpekade vikten av att kontinuerligt bedöma smärta över tid.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lillekroken, D., Slettebø Å. 2013 Norge	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer	Undersökning av svårigheter och dilemman sjuksköterskor kan stöta på i samband med smärtskattning och smärtbehandling hos patienter med demens.	Kvalitativ intervjustudie	18	Sjuksköterskorna i studien poängterade flertalet problem specifika för patienter med demenssjukdom och deras smärtbehandling. Kognitiv svikt och kommunikationssvårigheter, hög ålder, komplicerad sjukdomsbild, polyfarmaci, negativa biverkningar av smärtstillande läkemedel, oklara rutiner, okunskap samt etiska dilemman framkom som problemområden.	K II
Manias, E., Gibson, S. & Finch, S. 2011 Australien	Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people	Utvärdering av effekten av en specifik utbildning hos sjuksköterskor	Kvantitativ, kliniskt kontrollerad studie.	24(7)	Sjuksköterskor som utbildats inom området smärtskattning är mer positivt inställda till smärtskattningsskalors användbarhet. De använder sig också oftare av dessa instrument.	CCT I
Monroe, T.B., Parish, A. Mion L.C. 2015 USA	Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia	Undersökning av metoder och sjuksköterskans roll vid identifiering, skattning och lindring av smärta hos patienter med demens i långtidsvården.	Kvalitativ design intervju med fokusgrupp	29	Resultatet visade att sjuksköterskor i bedömningen av smärta jobbade mycket för att säkerställa komfort och livskvalitet hos patienter med demens. Sjuksköterskorna i studien tenderade att inta samordnande roll i tvärvetenskapliga insatser beträffande smärtbehandling. För att identifiera och skatta smärta hos patienter med demenssjukdom användes en sammanställning av omfattande datainsamling från patienten, närstående omgivningen, vårdpersonal och vårdhistoria.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Rantala, M., Hartikainen, S., Kvist, T., & Kankkunen, P. 2014 Finland	Analgesics in postoperative care in hip fracture patients with dementia - reported by nurses	Att undersöka sjuksköterskors upplevelser gällande smärtbehandling av demenspatienter som vårdas postoperativt efter höftledsoperationer	Enkätstudie, öppna frågor	333	Det framkom att det fanns skillnader i uppfattning beträffande huruvida demenspatienter var tillfredsställande smärtlindrade eller ej. Dessa skillnader kunde kopplas till sjuksköterskornas ålder och erfarenhet. Det framkom också att sjuksköterskorna arbetade på ett annorlunda sätt med demenspatienter än de skulle göra med kognitivt adekvata patienter.	K I
Zwakhalen, S., Hamers, J., Peijnenburg, R. & Berger, M. 2007 Holland	Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia	Att samla information om sjuksköterskors kunskap och uppfattningar beträffande olika aspekter kring smärta hos äldre patienter med demenssjukdom.	Enkätstudie	168	Även om deltagarna var tillfreds med hur smärta skattas och behandlas på arbetsplatsen indikerade resultatet på att det förekom brister i kunskap i synnerhet gällande smärtbehandling av äldre. En koppling kunde göras mellan personalens utbildningsnivå och deras uppfattning och kunskap om smärta hos äldre.	CCT I
Zwakhalen, S., Hof, C. & Hamers, J. 2012 Holland	Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions.	Undersökning av användandet av en observationsskala för att skatta smärta hos patienter med demenssjukdom	Kvalitativ intervjustudie	6	Sjuksköterskor beskriver smärtskattningsverktyget PACSLAC-D som användarvänligt och tillämpligt.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet