

**VÅRDPERSONALENS ERFARENHETER AV ATT IDENTIFIERA
SMÄRTA HOS PERSONER MED DEMENS
inom särskilt boende**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 2019-01-21
Kurs: K50
Författare: Sadaf Ahmedi
Författare: Gasha Aziz

Handledare: Louise Eulau
Examinator: Marie Tyrrell

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Smärta hos äldre personer är utmanande att upptäcka särskilt när det gäller personer med demens. Deras smärta är ofta underbehandlad. Kommunikationssvårigheter hos personer med demens är den främsta orsaken till felbedömning av smärtan. Demenssjukdomen orsakar nedsatt kognitiva förmågan som i sin tur påverkar själv rapporteringen av smärtan som personer med demens upplever. Inom särskilt boende har sjuksköterskan en annan roll och detta leder till att sjuksköterskan inte kan delta aktivt i smärtbedömning av personer med demens som i sin tur orsakar onödigt lidande. Sjuksköterskor delegerar vissa arbetsuppgifter till vårdpersonal. Därför utgår sjuksköterskor utifrån vårdpersonalens rapportering av smärta hos personer med demens

Syfte

Syftet var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att identifiera smärta hos personer med demens på särskilt boende

Metod

Kvalitativ design är vald som metod för denna studie och data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Nio undersköterskor intervjuades enskilt inom tre olika särskilda boenden. Analys av data gjordes med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Resultaten visar att vårdpersonalens anser att smärtskattning av personer med demens är viktigt och ett sätt att kunna lindra lidande hos dessa personer. Vårdpersonal upplever svårigheter att upptäcka smärta hos personer med demens på grund av deras kognitivt nedsatta förmågor. Det visade sig att det saknas smärtskattnings rutiner på särskilda boende och det saknas även kunskap om smärtskattningsinstrument hos vårdpersonal

Slutsats

Resultat i denna studie visar att vårdpersonal har begränsat med kunskap om validerad smärtskattning. Det visar sig även att delegeringen av smärtskattning är bristfällig för att samtliga vårdpersonal inte hade fått tillräckligt med information av ansvariga sjuksköterskan på de särskilda boenden där deltagarna arbetade. Vårdpersonal i studien önskade att få utbildning om smärtskattningsinstrument. Kunskap om validerad smärtskattning kan hjälpa vårdpersonal att upptäcka smärta hos personer med demens samt att följa upp behandlingens effekt. Detta i sin tur kan leda till minskat lidande hos personer med demens som lider av smärta.

Nyckelord: Demens, Smärta, Smärtbedömning, Lidande, Vårdpersonalens erfarenheter

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Bakgrund	1
Demens	1
Vårdpersonal inom Särskilt boende	2
Smärta	3
Smärtbedömning	4
Personer med demens och smärta	5
Sjuksköterskans professionella ansvarsområden	6
Begreppet Lidande	8
Problemformulering	9
SYFTE	9
METOD	9
Val av metod	9
Urval	10
Datainsamling	10
Dataanalys	12
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	13
Erfarenhet av smärtskattnings betydelse för personer med demens	14
Erfarenhet av smärtskattningsinstrument	15
Erfarenhet av sjuksköterskans ledarskap i teamet vid delegering av smärtskattning	16
DISKUSSION	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	19
Slutsats	21
REFERENSER	22
BILAGA A-D	

BAKGRUND

Demens

Demens är en åldersrelaterad folksjukdom som växer snabb (World Health Organization [WHO], 2017). År 2050 antalet personer med demens förväntas att öka upp till tre gånger mer än det är idag från 50 miljoner till 152 miljoner. Varje år drabbas tio miljoner människor av demens i världen. Enligt Gresz och Borbás (2017) visar det sig att antalet kvinnor som drabbas av demenssjukdom är mycket högre än män i Ungern. Enligt Marcusson, Blennow, Skoog och Wallin (2011) orsakas demens av olika hjärnstörningar och är en progressiv sjukdom. Demenssjukdom är ett syndrom som leder till försämring av minne, tänkandet, beteende, språkförmågan och nedsatt förmåga att utföra dagliga aktiviteter (Edberg, 2015). Demenssjukdom är åldersrelaterad och är ett samlingsnamn för flera olika sjukdomar, vidare betonar Edberg (2015) att det finns flera olika huvudgrupper av demenssjukdom.

Det finns tre huvudgrupper av demenssjukdomar bland annat primärneurodegenerativa demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära demenssjukdomar (Edberg, 2015).

Primärneurodegenerativa demenssjukdomar

Primärdegenerativ demenssjukdom orsakas av en process som påverkar centrala nervsystemet negativt. Med detta menas att hjärncellerna dör gradvis i onormal utsträckning i olika delar av hjärnan. Symtomen kan vara olika och det är på grund av skada i olika delar av hjärnan. Alzheimers sjukdom, frontallobsdemens (frontotemporal demens) och Lewy body-demens är exempel på dessa typer av demens (Marcusson et al., 2011). Frontotemporal demens är mest förekommande bland de yngre personerna med demens som är 65 år eller yngre (Cunningham, McGuinness, Herron & Passmore, 2015). Dessutom skriver Cunningham et al. (2015) att förekomsten av frontotemporal demens är lägre hos äldre personer med demens. Medan Lewy body demens är en annan typ av demens som orsakas av ansamling av små proteiner i hjärnan som drabbar den vita substansen i hjärnbarken. Symtom av Lewy body demens kan vara varierade från omfattande till milda besvär under samma dag (Edberg, 2015).

Alzheimers sjukdom

Alzheimers sjukdom är den vanligaste av alla demenssjukdomar (Edberg, 2015). Även enligt LoGiudice och Watson (2014) är Alzheimers sjukdom den vanligaste orsaken av demens som är en progressiv sjukdom. Alzheimers sjukdom påverkar olika delar av hjärnan negativt, bland annat tinning och hjässloberna. De vanliga symptomen vid Alzheimers sjukdom kan vara glömska, försämrad förmåga att planera samt genomföra vardagliga sysslor. Vidare påverkas även andra kognitiva funktioner och språkförmågan kan försämrans. Alzheimers sjukdomsförlopp ökar jämnt. Det finns tre olika stadier av försämring i Alzheimers sjukdom som mild, måttligt och svår demens (Edberg, 2015). Symtom vid mild demens kan vara glömska, svårigheter att följa med i ett samtal, att hitta rätt ord och att formulera sig. Det kan även finnas svårigheter med orientering av välkända miljöer (Edberg, 2015). Dessa symtom kan förvärras vid måttlig demens som är en annan grad av Alzheimers sjukdom. Slutligen dessa symtom förvärras till den nivån att personen blir helt beroende av andra människor och det stadiet kallas för svår demens (Edberg, 2015).

Vaskulära demenssjukdomar

Vaskulär demens eller vaskulär kognitiv sjukdom är också en av de vanligaste demenssjukdomar som orsakas av cerebrovaskulära skador i form hjärninfarkter (blödning eller blodproppar). Dessa hjärninfarkter orsakar syrebrist i hjärncellerna och det i sin tur leder till syrebrist i olika delar av hjärnan (Marcusson et al., 2011). För denna typ av demens kan symtomen se väldigt olika ut och det beror på vilken del av hjärnan som påverkas av skadan (Edberg, 2015).

Sekundära Demenssjukdomar

Sekundära eller andra demenssjukdomar kan orsaka demenssymtom på grund av tillfälliga eller botbara sjukdomar (Marcusson et al., 2011). Denna typ av demenssymtom kan komma på grund av en mängd olika sjukdomar som, infektionssjukdomar, vitaminbrist tillstånd och hjärntumör. Dessa symtom räknas inte som primära symtom på demenssjukdom (Marcusson et al., 2011). Sekundära demenssjukdomar är inte demenssjukdom men differentialdiagnoser till demenssjukdomar dvs. ger demensliknande symtom (Edberg, 2015).

Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdomar

Beteendemässiga och psykologiska symtom vid demenssjukdom [BPSD] är symtom som kan utvecklas i samband med demenssjukdom. Det kan vara svårt för omgivningen att förstå att personen har drabbats av dessa symtom (Edberg, 2015). Psykologiska Symtom kan vara orolighet, ångest och nedstämdhet. Den beteendemässiga symtom kan vara aggressivitet, vandring och skrik. Vidare betonar Edberg (2015) att det är viktigt för vårdpersonal att förstå bakomliggande orsaken till BPSD hos personer med demens och förstå Personens situation (Edberg, 2015).

Vårdpersonal inom Särskilt boende

När det blir svårt för personer med demens att hantera sitt dagliga liv så att de inte kan bo hemma längre flyttar de ofta till ett särskilt boende (Marcusson et al., 2011). Enligt Ekman et al. (2011) är särskilt boende en boendeform som erbjuder vård och omsorg dygnet runt. Målet med särskilt boende är att skapa en trygg och hemlik miljö för personer som bor där. Särskilt boende är riktat till personer som behöver stor omvårdnad (Ekman et al., 2011). Personer med demens är en av de största grupperna som vanligen erbjuds boende och omsorg på ett särskild boende. Det finns även två andra grupper av äldre människor som har ett stort behov av omsorg på grund av kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar som erbjuds plats på särskilda boenden (Thorslund & Wånell, 2006). I vissa särskilda boende finns specifika avdelningar inriktade mot personer med demens och varje avdelning kan bestå av åtta till tio rum där varje person med demens får sitt eget rum (Marcusson et al., 2011).

Vårdpersonal

Enligt Blomqvist och Petersson (2014) Personal som deltar i omvårdnadsarbete av äldre inom särskild boende är undersköterskor och vårdbiträde. Sjuksköterskor arbetar direkt och indirekt inom särskilda boenden. Efter bedömningen av omvårdnadsbehov och insatser lämnas utförandet av arbetet till undersköterskor och vårdbiträden (Blomqvist & Petersson, 2014). Undersköterskor har utbildning av vård och omsorg men vissa vårdbiträde saknar adekvat utbildning inom vård och omsorg. Enligt Schaap, Fokkens, Dijkstra, Reijneveld och Finnema (2018) baseras vårdpersonalens (Undersköterskor/vårdbiträden) kunskap på erfarenhet än adekvata utbildningar av vård och omsorg. Även enligt Kupeli, Leavy, Moore, Harrington och Jones (2016) har vårdpersonal inom särskilt boende minimal utbildning av demensvård. Personer med demens är inte sällan beroende av vårdpersonal inom särskilt boende. Vårdpersonal har en mycket avgörande roll när det gäller Aktiviteter i det dagliga livet (ADL) av personer med demens för att vissa har svårigheter att sköta ADL självständigt. Enligt Lyu och Wolinsky (2017) ADL svårigheter innebär svårigheter i att klä sig själv, ta sig på toa själv, att bada själv, att sig in och ut från stolen. Enligt Kuk et al. (2017) är vårdpersonal mycket aktiva i uppmuntran av ADL till personer som bor inom särskilt boende.

Delegering av arbetsuppgifter inom den kommunala hälso- sjukvården

Socialstyrelsen i SOSFS 1997:14 beskriver att sjuksköterskan som tillhör hälso- sjukvårdspersonalen och har formell reell- kompetens i form av legitimation för medicinsk arbetsuppgift. Därför har sjuksköterskan rätt till att delegera, vissa medicinska arbetsuppgifter till vårdpersonal som saknar formell- kompetens (Socialstyrelsen, 1997). Detta är viktigt att det sker på ett säkert sätt. Medicinska uppgifter kan vara i form av undersökning, diagnostik, förebyggande av sjukdomar och skador och allt som har med patienten att göra. Dessutom skriver Edberg, Törnquist och Hasson (2014) att de vanligaste uppgifterna som får delegeras är såromläggningar, läkemedelsadministration, sondmatning och även att sätta på stödstrumpor. Delegeringen är personbunden, utbildning, redovisning och träningen på arbetsuppgifterna som ska delegeras till vårdpersonalen är sjuksköterskans arbetsuppgift och ansvar inträda i delegeringen (Edberg et al., 2014).

Smärta

Smärta är en obehaglig sensorisk eller känslomässig upplevelse som förekommer i samband med en skada i vävnaden eller i form av hot för vävnadsskada, eller karakteriseras i form av sådana skador (International Association for the Study of Pain [IASP], 2017). Denna definition visar att smärta har olika komponenter som sensorisk, känslomässig och kognitiv komponent som hjälper personen att skilja mellan skada och upplevelsen. Garland (2012) beskriver smärta som biologisk och psykosocial upplevelse inte bara en nervskada. Lika viktigt är att förstå smärta som en subjektiv upplevelse eftersom alla dessa obehagliga känslor sker inom individen därför bör dessa bekräftas av andra som smärta när individen berättar sin upplevelse av smärta (Werner & Leden, 2010).

Det finns två olika typer av smärttillstånd den ena är akut smärta och den andra är långvarig smärta. Akut smärta sker i samband med stora vävnadsskador som kan vara orsakad av t ex. trauma och denna form är kortvarig samt försvinner efter läkningen av vävnadsskador. Däremot långvariga smärta är ett smärttillstånd som brukar vara kvar mer än tre till sex månader. Denna typ av smärta orsakas av en rad olika sjukdomstillstånd som diskbräck och lumbago. Sedan finns inga förutsägbar slut för denna smärta (Werner &

Leden, 2010). Långvarig smärta har en rad olika negativa konsekvenser på personen som lider av smärta bland annat dåligt självförtroende och ändra självbild (Price et al., 2008).

Garland (2012) beskriver att nervsystem har en central roll när det handlar om smärtprocessen. Med detta menar Garland att oavsett orsaken till smärta som kan vara nervskada, inflammation, långvarig smärta det är nervsystemet som tar hand om all smärta information. Vidare påstår Garland att smärtan kan vara fysisk men eftersom den tas omhand av nervsystem en rad olika delar av hjärnan blir påverkad och i sin tur leder till känslomässiga och psykologiska reaktioner av upplevd smärta (Garland, 2012)

Smärtbedömning

Enligt Blomberg, Hållstam och Gottzen (2013) har sjuksköterskan en viktig roll i behandlingen av smärta. Sjuksköterskan ska kunna upptäcka smärta, bedöma och behandla smärta samt lindra lidandet. Enligt Norrbrink, Lund och Lundberg (2014) är en noggrann anamnes grunden för att kunna ställa diagnos och även kunna bedöma smärttillståndet.

Smärtanamnes

Enligt Norrbrink et al. (2014) kan smärtanamnes bestå av olika grad information beroende om det är akut och lokaliserad eller det är långvarig smärta och generaliserad. Vidare skriver Norrbrink et al. (2014) att långvarig smärta kan ha negativa psykosociala konsekvenser som oro, ångest, isolering, inaktivitet, sömnsvårigheter, nedstämdhet, katastroftänkar, därför spelar smärtanamnes en stor roll utifrån ett biopsykosocialt perspektiv. Därför är det extra viktigt att smärtanamnes bör innehålla information om lokalisering av smärta, karaktär, dygnsvariation, intensitet, effekt av pågående behandling och även effekt av tidigare smärtbehandling. Associerade problem som sömnsvårigheter eller minnes försämringar och koncentrationssvårigheter (Norrbrink et al., 2014).

Smärtskattning

Norrbrink et al. (2014) definierar smärta som en subjektiv upplevelse och skattas av själva personen med hjälp av olika smärtinstrument. Smärtskattning ger information om den upplevda smärtan och är en bra källa till behandlingsutvärdering och smärtskattning ska ske kontinuerligt under behandlingen. Det finns flera olika typer av smärtskattningsinstrument som kan vara uni- och även multidimensionella (Norrbrink et al., 2014).

Unidimensionella smärtskattningsinstrument

Det är viktigt att poängtera att "smärta *inte kan mätas utan endast skattas av den enskilda personen*" (Norrbrink et al., 2014, s. 96). Unidimensionella smärtskattningsinstrument är mest effektiva för "*att skatta en aspekt av smärta i taget*"(Norrbrink et al., 2014, s. 96).

Visual Analog Scale for Pain(VAS)

Enligt Hawker, Mian, Kendzerska och French (2011) är visuella analoga skalan [VAS] unidimensionell skala. Dessutom skriver Breivik et al. (2008) att denna skala ger information om smärtans intensitet (Breivik et al., 2008). Den vanligaste och mest rekommenderade unidimensionella smärtskattningsskalan är den visuella analoga skalan (VAS). VAS består av en rak linje som har två ändpunkter där det på den ena ändpunkten

står ingen smärta och på den andra ändpunkten står det värsta tänkbara smärta. Då får personen själv markera sin smärtupplevelse. Numeriska Skalan [NRS] det är en annan variant av VAS som ser ut precis som VAS men skillnaden är att NRS har siffror där noll är ingen smärta och tio är värsta tänkbara smärta. Då får personen välja en siffra som beskriver personens smärtupplevelse, och de verbala smärtskattningsskalor [VRS], VRS är en sjugradig skala som består av ord istället för siffror som “ingen, lindrig, måttlig stark och mycket stark” (Norrbrink et al., 2014).

Multidimensionella smärtskattningsinstrument

Detta instrument används för att få en komplett bild av smärtupplevelsen. I multidimensionella smärtskattningsinstrument skattas flera olika aspekter av smärta som intensitet, obehag, patientens tankar kring smärtupplevelse. Multidimensionella smärtskattningsskalor är sammansatta av flera olika unidimensionella och används mest till långvarig smärta (Norrbrink et al., 2014).

Abbey Pain Scale

Enligt Bergh (2015) är Abbey pain scale en validerad smärtskala som används för att bedöma smärta hos personer med svår demens. Detta är användbart även till personer som inte kan uttrycka smärtan verbalt. Med hjälp av denna skala sker bedömning utifrån sex frågor som har koppling till personens beteende och somatikern. Varje fråga innehåller fyra svarsalternativ. Svarsalternativen samlar en poäng, från noll-tre poäng total som sedan summeras. Poängen ett-två betyder att personen inte har smärta. Vid högre poäng delas smärta i tre delar som mild, medelsvår eller svår (Bergh, 2015).

Doloplus-II

Bergh (2015) skriver om smärtskattningsinstrument Doloplus-II som är användbart till bedömning av smärta hos äldre personer med kommunikationssvårigheter. Denna skala består av tio frågor. Fem av dessa tio frågor handlar om somatiska frågor, tre om psykosociala och två om psykomotoriska frågor. Doloplus-II även finns tillgängligt på svenska språket. Varje fråga ger poängen noll-tre och totala summan kan vara från 0-30. Poängen fem eller mer än fem tyder på att personen upplever smärta (Bergh, 2015).

Short Form-McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Enligt Bergh (2015) MPQ är ett frågeformulär som tar upp olika aspekter av smärta som duration, intensitet, lokalisation. Dessutom är den användbart till bedömning av faktorer som förbättrar eller försämrar smärtan. Tiden för smärtskattning med denna skala är beräknad två-fem minuter (Bergh, 2015).

Personer med demens och smärta

Personer med demens kan förlora förmågan att själv rapportera smärtan som de upplever och den subjektiva erfarenheten är inte längre tillgänglig för dessa personer (Lautenbacher, Walz & Kunz, 2018). Enligt Hadjistavropoulos et al. (2014) smärta hos äldre personer med demens är ofta underkänt, underskattat och underbehandlad. Kommunikationssvårigheter hos personer med demens är den största orsaken som leder till smärtans felbedömning. Enligt en studie gjort av Koppitz et al. (2017) lider upp till 83 procent personer med

demens av smärta när de befinner sig i livets slutskede och deras smärta blir underbehandlad. Enligt Gibson och Lussier (2012) Påverkar obehandlad smärta fysisk aktivitet, grundliga aktiviteter i dagliga livet och även risk för depression och humörstörningar kan förekomma hos äldre personer. Dessutom skriver Bagivan et al. (2015) att smärta orsakar rädsla, stress, känslan av hjälplöshet, nedstämdhet och frustration. Vidare framkommer andra negativa konsekvenser av smärta som sömnsvårigheter. Även oro, ångest och katastroftankar är vanlig framkommande bland personer som lider av smärta (Börsbo, Gerdle & Peolsson, 2010). Sömnsvårigheter visade sig vara enormt hos personer som lider av smärta. I en undersökning visade sömnsvårigheter hos 72 procent av deltagarna som hade smärtproblematiken (Schreir, Johnson, Vohra, Muzaffar & Kyle, 2018). Dessutom orsakar underbehandlad smärta nedsatt livskvalité, funktionshinder och ökar beteendemässiga psykologiska symtom hos personer med demens (Corbett et al., 2012).

Enligt Tsai, Jeong och Hunter (2017) är arbetet med smärtbedömning av personer med demens mindre än optimal för sjuksköterskor. På grund av deras kognitiva svikt kan det vara svårt för personer med demens att uttrycka sin smärta vilket försvårar situationen för sjuksköterskor att upptäcka deras smärta och åtgärda det. Tsai et al. (2017) beskriver vidare att även om sjuksköterskor misstänker att personen med demens har smärta, är det fortfarande svårt att upptäcka smärtans lokalisation, karaktär och duration. Enligt Krupic et al. (2018) framkom det att ju svårare graden av demens personen har desto svårare är det för sjuksköterskor att kunna tolka ansiktsuttryck och det i sin tur ledde till svårigheter att bedöma smärta hos personer med demens.

Dessa begränsningar kan leda till att personer med demens lider av smärta utan att det upptäcks. Detta visade sig tydligt i en studie där undersökning av smärtbedömning gjordes på äldre personer med demens och utan demens. Där resultatet visade att personer med demens fick högre poäng på smärtskalor än personer utan demens (Hadjistavropoulos, Browne, Taati, Ashraf & Mihailidis, 2018).

Sjuksköterskans professionella ansvarsområden

Enligt International Council of Nurses [ICN] (2014) har etiska koderna för sjuksköterskor fyra grundläggande ansvarsområden "*att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande*". Dessutom tillhör de fyra etiska koderna till sjuksköterskans professionella ansvarsområden. *Sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövning, sjuksköterskan och professionen, sjuksköterskan och medarbetare* (ICN, 2014). Enligt Berggren (2014) handlar området *Sjuksköterskan och allmänhetens* om mänskliga rättigheter, ansvar av svaga grupper samt ansvar för global miljö. *Sjuksköterskan och yrkesutövning* handlar om sjuksköterskans ansvar om egna hälsa, lärande och att hålla sig i takt med utveckling av sin profession (Berggren, 2014). Området *sjuksköterskan och professionen* handlar om arbetsmiljö, evidensbaserad vård och arbetsförhållande (Berggren, 2014). Området *sjuksköterskan och medarbetare* handlar om samarbete och att skydda sina medarbetare vid hälsotillstånd. Alla dessa koder fungerar som riktlinjer för sjuksköterskor (Berggren, 2014).

Dessutom har sjuksköterskan sex kärnkompetens som grunder på att vårda patienter med hög kvalitet och är en utgångspunkt i sjuksköterskans yrkesroll. Sjuksköterskans sex kärnkompetens innefattar "*personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård,*

förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informatik". Under utbildning får sjuksköterskan en grund för att kunna utveckla dessa kärnkompetenser i sin yrkesroll som sjuksköterska (Finnström, 2014).

Sjuksköterskan som ledare i omvårdnadsarbete

Enligt Fransson Sellgren (2015) äger ledarskap rum i samverkan mellan människor i en verksamhet och kräver att en följare. Syftet med ledarskap är ledning, inspiration och motivation mot "*en vision och bestämda mål*". Visionen bör vara långsiktig och i framtiden men bestämda målen ska vara här och nu. I Sjuksköterskans ansvarsområde tillhör även att vara ledare. Det kan vara av formell befattning som chef eller som informell befattning som teamledare eller gruppleadare. Det kan vara antingen att leda omvårdnadutveckling eller omvårdnads utveckling kan ingå i arbetsuppgifterna (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Vidare skriver SSF (2017) att sjuksköterskan som ledare ska kunna ta beslut om prioriteringar, ledning, organisation och samordning av omvårdnadsarbetet.

Enligt Lamb, Misener, Lukosius och Latmir (2018) delas sjuksköterskans ledarskap i två huvudteman som "*patientfokuserat ledarskap*" och "*Organisation och systemfokuserad ledarskap*". Vidare beskriver Lamb et al. (2018) patientfokuserat ledarskapets innehåll som att ge vården med förbättrad kvalitet, professionell omvårdnaden ska förbättras, att vara en sakkunnig vårdgivare, expert på effektiv kommunikation och att leda samarbetet. "*Organisation och system fokuserat ledarskap*" är definierat av Lamb et al. (2018) som förmågan att hitta problem i organisation och komma med adekvat lösning till olika problem som uppstår i teamet och organisationen. Vidare ska sjuksköterskan kunna använda sin kunskap att använda befintliga resurser i vården och minska begränsningar i organisationen (Lamb et al., 2018). Wiklund Gustin och Bergbom (2017) skriver innebörden av ansvarsfullt ledarskap som att vara ödmjuk mot den andra människan, att leda utan att det ska kännas som kontroll eller makt över den andra gruppen. Även Fransson Sellgren (2015) skriver om ledare som en förebild för sina medarbetare.

Sjuksköterskans professionell ansvar på särskilt boende

Enligt Edberg et al. (2014) har sjuksköterskan en "konsult funktion" inom särskilt boende. Edberg et al. (2014) skriver även om att på ett särskilt boende arbetar sjuksköterskan självständigt och det innebär att sjuksköterskan har ansvar att tillråda sina arbetsuppgifter och sina tider. Enligt Liden (2014) är det sjuksköterskans ansvar att göra bedömningar på patientens hälsotillstånd vid inskrivning på ett särskilt boende. Vidare beskriver Liden (2014) att sjuksköterskan har ansvar för behandlingar och ordinationer som ska utföras på ett säkert sätt.

Enligt Karlsson, Sidenvall, Bergh och Bravell (2012) sjuksköterskans nya roll som konsult inom särskilt boende leder till att sjuksköterskan inte kan aktivt delta i smärtbedömning av personer med demens. Detta i sin tur orsakar onödigt lidande hos personerna med demens. Vidare skriver Karlsson et al. (2012) att sjuksköterskor upplever sig själva som maktlösa när det gäller smärtbedömning av personer med demens inom särskilt boende på grund av deras frånvaro på avdelningar. Sjuksköterskor anser att patienten dagligen ska närvara när de smärt bedömer dem (Karlsson et al., 2012). Därför upplever sjuksköterskor smärtbedömning som rådgivare är mycket frustrerande och utmanande eftersom sjuksköterskor utgår utifrån vårdpersonalens information av smärta inte själva personens

information om sin smärta (Karlsson et al., 2012). Enligt Zwakhalen et al. (2018) upplevde vissa sjuksköterskor begränsade kunskap av smärtbedömning och ledning inom deras arbete med personer med demens som bor på särskilt boende.

Begreppet Lidande

Begreppet lidande beskrivs som en subjektiv tolkning av upplevd situationen där individen befinner sig. Varje människas liv består av välbefinnande och lidande som inte går att undvika (Svensk Sjuksköterskeförening [SSF], 2016). Lidande definieras som obehaglig och ångestfylld upplevelse som påverkar alvarligt en person psykisk, fysisk och på existentiell nivå (Bueno-Gómez, 2017). Vidare beskriver SSF (2016) att all lidande inte kan lindras men strävan ska vara till att lindra det som går att lindra. Dessutom är det viktigt att förstå att ohälsa inte är den enda orsaken till lidande utan lidande kan förekomma på grund av andra faktorer som påverkar personens liv i helhet till exempel vårdskada eller kränkande bemötande (SSF, 2016).

Enligt Eriksson (2015) har lidande tre olika aspekter inom vården livslidande, vårdlidande och sjukdomslidande. Livslidande är lidande som upplevs i relation till det egna unika livet i själva människans helhet och själslig. Vårdlidande är det lidande som förekommer i relation till själva vårdsituationen, och uppstår när det finns glapp mellan vårdpersonalen och personen som lider av sjukdom. Vidare beskriver Eriksson (2015) den tredje aspekten är sjukdomslidande som förekommer i relation till hur personens ser på sin sjukdom och dess behandling. Eriksson (2015) påminner om att lidande saknar ett tydligt språk (Eriksson, 2015).

Smärta är en fysiologisk reaktion i kroppen som kan leda till lidande, och den smärtan som drabbar en bestämd del av kroppen kan ha negativ påverkan på hela människans uppmärksamhet (Eriksson, 2015). Det framkommer en studie att det finns ett tydligt samband mellan lidande och smärta (Koskinen et al., 2016). Däremot påpekar Eriksson (2015) att även om det finns ett tydligt samband mellan smärta och lidande kan det inte betyda att räkna smärta som en enda orsak av lidande. Lidande kan orsakas av andra fenomen också som inte har någon koppling med smärta. Smärtupplevelse endast kan värderas av den som har ont. Detta är svårt för personer med demens på grund av svårigheter i att uttrycka sin smärtupplevelse och förmedla det till omgivningen. Därför är det stora utmaningar för vårdpersonal inom särskilt boende att upptäcka smärta hos personer med demens (Blomqvist, 2011). Enligt Midtbust, Alnes, Gjengedal och Lykkeslet (2018) är det utmanande för vårdpersonal att kunna ge adekvat vård till personer som lider av svår demens på grund av förlorad förmåga att förklara sin egen situation. För att kunna upptäcka smärta och meddela det till sjuksköterskan krävs det mycket uppmärksamhet att observera alla beteenden och uttryck som kan indikera på en smärtupplevelse (Edberg, 2015).

Enligt Katie Erikssons teori bör Sjuksköterskan ha som mål att lindra lidande och att lindra lidande är skäl för all vård (Eriksson, 2015). En av sjuksköterskans viktigaste arbetsuppgift är att bedöma och behandla smärtan och sätta in eventuella åtgärder. För att detta ska bli

optimalt krävs det att personens smärta identifieras och uppmärksammas, värderas och dokumenteras på ett korrekt sätt. Dessutom kan olika former av smärtskattningsskalor vara bra att utvärdera smärtan med (Bergh, 2015).

Problemformulering

Smärta hos äldre personer är utmanande för vårdpersonal att identifiera särskilt när det gäller personer med demens. Personer med demens smärta är ofta underbehandlad. Kommunikationssvårigheter hos personer med demens är den främsta orsaken till felbedömning av smärtan. Demenssjukdomen kan orsaka nedsatt kognitiv förmåga som i sin tur påverkar självrapporteringen av smärtan som personer med demens upplever. Underbehandlad smärta orsakar nedsatt livskvalité, sömnsvårigheter, funktionshinder och ökad beteendemässiga psykologiska symtom hos personer med demens. Inom deras arbete på särskilt boende har sjuksköterskan en ledande funktion som innebär att inte aktivt delta i smärtbedömning av personer med demens. Sjuksköterskor delegerar vissa arbetsuppgifter till vårdpersonal. Därför utgår sjuksköterskor utifrån vårdpersonalens rapportering av smärta hos personer med demens. Det är intressant för författarna, som är framtida sjuksköterskor, att skaffa kunskap om vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med smärtbedömning och delegering av smärtskattning inom särskilt boende.

SYFTE

Syftet var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att identifiera smärta hos personer med demens på särskilt boende.

Frågeställningar

- Vad har vårdpersonal för erfarenhet av att arbeta med smärtskattning hos personer med demens?
- Hur beskriver vårdpersonal sina erfarenheter av att arbeta med smärtskattningsrutiner?
- Hur beskriver vårdpersonal sina erfarenheter av sjuksköterskans ledarskap i arbete med att identifiera smärta hos personer med demens?

METOD

Val av metod

Kvalitativ design är valt metod för denna studie då Kristensson (2014) menar kvalitativ metod är lämpligt för att undersöka människors upplevda erfarenheter av ett fenomen (Kristensson, 2014). Erfarenhet definieras som färdighetskunskap eller procedurkunskap. Det innebär att det är en kunskap som har koppling till handling och aktivitet samt kunskap om tillvägagångssätt av en handling till exempel hur en handling görs och vad är det som görs. Dessa kunskaper tillägnar sig människor genom praktisk träning (Kajermo, Johansson & Wallin, 2014). Enligt Kristensson (2014) har kvalitativ metod tydligt

holistiskt ansats. Dessutom är kvalitativ metod baserat på en helhetssyn där målet är att förstå de hela (Polit & Beck, 2017). Vidare betonar Danielson (2017) att det inte finns rätt eller fel i en erfarenhet. Målet är att den kvalitativa studien äger rum i naturlig miljö av fenomenet (Henricson & Billhult, 2017).

Urval

Urvalsgruppen valdes strategisk inte slumpmässigt för att enligt Henricson och Billhult (2017) deltagarna skulle ha erfarenhet av studiens syfte därför valdes denna grupp strategiskt. Gruppen som inkluderades i denna studie är undersköterskor/vårdbiträde som har minst två år erfarenhet av demensvård. Gruppen som valdes bort är undersköterskor/vårdbiträde som arbetat bara på somatiska avdelningar och inte har erfarenhet av demensavdelningar. Denna grupp valdes bort för att författarna är intresserad av vårdpersonalens erfarenhet i demensvård. Även oerfarna undersköterskor/vårdbiträde exkluderades eftersom i kvalitativ studie är det upplevda erfarenheter som studeras (Henricson, 2017).

Urvalskriterier

Utvalda urvalskriterium är följande: I syftet med förbättring av studiens kvalitet och för att vårdpersonalen skulle ha egna erfarenheter av studiens fenomen valdes följande kriterier; (1) Undersköterskor/ vårdbiträde som har minst två år erfarenhet inom särskilt boende på demensavdelningar. (2) Kvinnor och Män i olika åldrar. (3)undersköterskor/vårdbiträde skulle kunna behärska svenska språket. Att vårdpersonalen skulle ha arbetat minst två år inom särskilt boende valdes som kriterium för att Henricsson (2017) skriver att det är viktigt att deltagarna har erfarenhet av fenomen som studeras. I syftet att få variationsrika berättelser av upplevda fenomen valdes variation i kön och ålder bland deltagarna i denna studie (Henricsson, 2017). Att behärska svenska språket valdes som kriterium då Carlsson och Brämberg (2015) menar att språksvårigheter kan orsaka hinder i kommunikationen.

Urvalsgrupp

Samtliga deltagare valdes ut av cheferna på samtliga verksamheter i denna studie. Deltagarna kontaktades via telefon därefter har deltagarna fått skriftligt information om studien och förfrågan om att delta i studien. Antal studiedeltagare är nio personer för denna studie. Intervjuerna genomfördes vid tre olika särskilda boende som har demensavdelningar inom tre olika kommuner i Sverige. Begränsat antal deltagare intervjuades i denna studie eftersom i kvalitativa studier är antalet informanter mindre än kvantitativa studier (Henricson & Billhult, 2017). Dessutom skriver Kristensson (2014) att antalet personer inte är det centrala utan innehållet i information som personer ger.

Datainsamling

Data samlades in med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Enligt Danielson (2017) semistrukturerade intervjuer innebär öppna frågor som inte tas upp i turordning däremot anpassas till vad som kommer upp i intervjutillfällena. Detta har skett i form av olika temafrågor som gav större utrymme för deltagarna att svara på frågor (Polit och Beck, 2017).

Inhämtande av godkännande

Verksamhetscheferna kontaktades via brev (Bilaga A) och även per telefon för att få godkännande. Totalt kontaktades tio verksamhetschefer, tre verksamhetschefer gav sitt godkännande till deltagande i studien. Deltagarna kontaktades via telefon därefter har deltagarna fått skriftligt information om studien och förfrågan om att delta i studien (Bilaga B) informantens samtycke (Bilaga C). Nio deltagare visade intresse att delta i studien via telefon. Information om studien, frivillig deltagande upprepades även muntligt vid intervjutillfällena. Därefter inhämtas skriftligt samtycke. Deltagarnas samtycke är mycket viktigt då Helgesson (2015) menar att deltagarnas autonomi och integritet bevaras med detta.

Frågeguide

Enligt Polit och Beck (2017) är det viktigt att ha en frågeguide vid intervjutillfällena eftersom detta möjliggör ledning av samtalen mot rätt väg. Därför utfördes en frågeguide (bilaga D). Enligt Henricson (2017) är det viktigt att det finns samspel mellan intervjuaren och deltagaren. För att få ett fungerande samspel frågor spelar stor roll. Det viktigt att intervjuaren har frågorna i en viss struktur med relevanta följdfrågor. Därför innehåller frågeguiden allmänna frågor, öppna frågor och även följdfrågor. Öppna frågor ger svar på deltagarnas erfarenheter och upplevelser (Henricson, 2017). Följdfrågorna ställdes för att få detaljerade beskrivningar från deltagaren. Frågeguiden rymdes på en A4 sida då Henricson (2017) rekommenderar högst en A4 sida.

Pilotintervju

Pilotintervju genomfördes i denna studie för att kontrollera frågornas lämplighet, upplägget av frågorna, tids rimlighet och kontroll av teknisk utrustning. Då Danielson (2017) menar att pilotintervju är ett sätt som hjälper intervjuaren att bli bekväm i sin roll. En del av frågorna justerades efter pilot intervjuerna eftersom vissa av de frågorna gav ja och nej svar som inte skulle ge tillräckligt svara på studiens syfte. Även tiden var inte rimlig då det blev mycket korta intervjutider med pilotintervjuer. Insamlade data inkluderades i studiens resultat (Danielson, 2017).

Genomförande av Intervjuerna

Platsen för intervjuerna bestämdes i samråd med deltagarna och det blev, i det särskilt boende som deltagarna jobbar i. Antal intervjuer som genomfördes är nio stycken. Henricson och Billhult (2017) betonar vikten av att färre deltagare med olika erfarenheter av fenomen ger innehållsrika beskrivningar av fenomen än fler deltagare med begränsat erfarenhet av fenomen. Fler antal deltagare kan ge mycket information som kan försvåra dataanalys (Henricson & Billhult, 2017). Intervjuerna började med att deltagarna fick en kort presentation om författarna då Danielson (2017) rekommenderar kort presentation av författarna. Sedan lämnades muntlig information om studien och information om frivilliga deltaganden. Därefter inhämtades skriftligt och muntligt samtycke som spelades in i samband med frågorna. Intervjuerna spelades in med hjälp av mobiltelefon som har lösenord till att obehöriga ska inte komma åt insamlade informationen. Intervjuerna tog 15–25 minuter och det var i ett enskilt rum med en deltagare och två författare där ena intervjuade och den andra tog hand om ljudinspelningen då Danielson (2017) menar att två intervjuare kan vara både tidskrävande och även påverka deltagaren därför valdes en intervjuare till denna studie. Rollfördelning förklarades tydligt för deltagarna då Danielson

(2017) rekommenderar rollfördelningens tydlighet till deltagarna. Intervjuerna skedde mellan den femte november och den sjunde november 2018.

Dataanalys

Analys av intervjudata började i samband med transkriberingen. Detta för att Danielson (2017) betonar vikten av att lyssna och skriva ger en upprepning av intervjusituationen. Även data transkriberades ordagrant eftersom Danielson (2017) menar att detta underlättar att se alla *“nyanser”* av intervjusituationen. All data transkriberades av båda författarna i sin helhet som tonfall, pauser och skratt (Danielson, 2017). Vidare skriver Danielson (2017) att det kan vara hjälp till att komma ihåg om vem som säger vad. Intervjuerna kodades med nummer mot en kodlista för att förvara data säkert (Danielson, 2017).

Kvalitativ innehållsanalys har använts i denna studie för att analysera all data. Enligt Kristensson (2014) kvalitativ innehållsanalys är en relevant metod för att kunna se skillnader, likheter och all sammansättning i en text i syftet med att analysera datan. Transkriberats data lyssnades och jämfördes av varje författaren enskilt. Därefter gjordes små justeringar av transkriberade data. Sedan diskuterades författarnas sina reflektioner och tankar kring transkriberade data sinsemellan. Efter diskussionen valdes meningsbärande enheter som tycktes var relevanta källor till studiens syfte. Sedan summerades meningsbärande enheter som underlag för kategorier och underkategorier. Det presenteras i form av tabell nedan. Dessa kategorier fick olika rubriker som presenterar innehållet av kondenseringen. I början fann författarna en rad olika meningsenheter men efter urvalet började meningsenheter visa tydlig koppling till studiens syfte. Allt samlat material kommer att lästes ett antal gånger och det gjordes justeringar under hela arbetsgången (Danielson, 2017). Ljudinspelningarna har sparats i en mobil med kod för att förhindra obehöriga att komma åt informationen (Sandman & Kjellström, 2018).

Tabell 1. Exempel på analyschema

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
<i>“Vi får inte undervisning av smärtskolor på det sättet utan vi har nära kontakt med sjuksköterskan, så vi kommunicerar med henne”</i>	Undervisning	Undervisning av validerat smärtinstrument.	Vårdpersonalens Kunskap av smärtskattningsinstrument.
<i>“Sjuksköterskan kan förbättra sitt ledarskap genom att använda verktyget mer och lära personalen att använda skattningsverktyget”</i>	Sjuksköterskans ledarskap	delegering och information till vårdpersonal	Vårdpersonalens erfarenhet av delegerat ansvar för smärtskattning.

Forskningsetiska överväganden

Deltagarna har fått adekvat information om studien och baserat på denna information kunde deltagarna besluta sig själva för att delta eller avstå från processen. Dessutom fick deltagarna information om att under hela processen har de möjligheten att avbryta och tacka nej till att delta i studien utan att behöva ge anledning till avståndstagande (Helgesson, 2015). Den valda gruppens samtycke är oerhört viktigt innan intervjuerna skulle äga rum för att bevara deltagarnas ”autonomi och personliga integritet” (Helgesson, 2015). Det är oerhört viktigt att under en forskningsstudie författarna ger adekvat information till deltagarna om integritetsskydd och hantering av deltagarnas personliga uppgifter (Helsingforsdeklaration, 1964). Författarna har utgått från konfidentialitetskrav, det innebär att författarna har tystnadsplikt och har koll på att förvara personliga uppgifter på ett sätt att utomstående inte ska kunna komma åt den information som samlades (Sandman & Kjellström, 2018).

Informerat samtycke

Informerat samtycke är grunden till att skydda deltagarnas rättigheter om frivilligt deltagande eller avståndstagande (Sandman & Kjellström, 2018). I denna studie fick deltagarna information om studien. Författarna har tagit hänsyn till deltagarnas integritet och autonomi. Vidare skriver Sandman och Kjellström (2018) att informationen om studien till deltagarna är viktigt för att deltagarna ska kunna fatta beslut. Även Sandman och Kjellström (2018) betonar vikten av att det finns tid för deltagarna att förstå studiens syfte (Sandman och Kjellström, 2018).

Konfidentialitet

Sandman och Kjellström (2018) beskriver att deltagarnas integritet och privatliv ska skyddas under forskningsstudie och inga obehöriga ska ges möjlighet till att komma åt känsliga uppgifter. Allt känsligt material om studien förvaras på en säker plats. Vidare betonar Sandman och Kjellström (2018) att varken författare eller någon annan har rätt till att få information om deltagarnas identitet eller deras personuppgifter. Till denna studie allt känsligt material och det inspelade material i denna studie förvarades på en säker plats och författarna avidentifierade deltagarna under transkriberingen. Även på presentationen av resultatet både muntligt och skriftligt tar författarna hänsyn till att inte identifiera deltagarnas namn, ort eller deras arbetsplats (Sandman & Kjellström, 2018).

RESULTAT

Resultatet utgår från syftet att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att arbeta med smärtskattningsinstrument vid analys och bedömning av smärta hos personer med demens på särskilt boende. Utifrån studiens innehållsanalys valdes tre kategorier och sex subkategorier.

Tabell.2 Resultatöversikt

Kategorier	Subkategorier
Erfarenhet av smärtskattnings betydelse för personer med demens	Vårdpersonalens erfarenhet om betydelsen av smärtskattning hos personer med demens svårigheter att upptäcka smärta hos personer med demens
Erfarenhet av att arbeta smärtskattningsinstrument	Vårdpersonalens erfarenhet av arbete med smärtskattningsinstrument Rutiner kring smärtskattning av personer med demens
Erfarenhet av sjuksköterskans ledarskap i teamet vid delegering av smärtskattning	Delegering av smärtskattning till vårdpersonal Vårdpersonalens önskan om att få utbildning av smärtskattningsinstrument

Erfarenhet av smärtskattnings betydelse för personer med demens

Vårdpersonalens erfarenhet om betydelsen av smärtskattning hos personer med demens

Vårdpersonalen anser att det är väldigt viktigt med adekvat smärtskattning eftersom det kan leda till att lindra lidandet hos personer med demens. Det påverkar dessa personers mående om de upplever smärta och deras smärta kan gå oupptäckt utan smärtskattning. Vårdpersonalen menar att smärtskattningar är en källa till att kunna behandla smärtan. Vidare menar vårdpersonal att smärta kan orsaka även andra symtom hos personer med demens som oro, nedstämdhet och även aggressivitet. Därför upplever vårdpersonal att det är viktigt att upptäcka smärta hos personer med demens. Vårdpersonal anser att smärtskattning är viktigare när det gäller personer med demens på grund av nedsatt kognitiva förmågan

Det är jätteviktigt för att det påverkar ju i dem i sitt mående om de har smärta, de går och ledsna hela tiden. Eller de kan ju inte själva förklara liksom vad är smärtan att det ont de har liksom

Det är jätteviktigt för mig för att man kan ju se alltså folk med demens kan ju reagera på olika sätt beroende på vilken demens de har men just den här. De kan bli orolig de kan bli aggressiva och så, för att de ska känna sig trygga och så och vi kan också se individen

Vidare berättar vårdpersonal att de inte pratar så ofta om betydelsen av smärtskattning. Det är ett ämne som tas upp väldigt sällsynt eller knappt någonting om smärtskattning. Det är upp till vårdpersonal att komma ihåg att berätta för sjuksköterskan eller inte. Vårdpersonal berättar att det ingår i deras tänk att berätta för sjuksköterskan om någon inte mår bra och att inte mår bra kan vara även smärta. Det innebär att vårdpersonal och sjuksköterskan inte tar upp ämnet om smärta och smärtskattning.

Det svårt att säga hur ofta, jag tror att det ingår i vårt tänkt, är det någon som mår inte bra så nämner man det, det kan vara smärta

Det är inte så ofta tror jag, Nej! det är väl när problemet kommer eller när smärtorna kommer och så eller om det är någon som har det besväret

Svårigheter att upptäcka smärta hos personer med demens

Vårdpersonalen menar att det är extra viktigt att vara noggrant att upptäcka smärta hos personer med demens eftersom personer med demens inte kan uttrycka smärtan själva. Det framkom också att det är vårdpersonalen som ska kunna tolka deras symtom av smärta och kunna se på helheten. Vidare menar vårdpersonalen att smärta hos personer med demens kan vara orsak till andra komplikationen i deras vardagliga liv.

Ja det är att de inte kan uttrycka sig själva att de har ont det är vi som måste förstå de och ser deras mönster varje dag, men det är svårt med demenssjuka att de har ont

En del kan ta sig på och ser man i ansiktet, uttrycket, kanske eller när man rör dem ... dem rycker till eller att dem liksom inte röra sig på ett bra sätt dem håller igen och ställa att kanske det gör ont när de rör sig

Samtliga ur vårdpersonalen upplever svårigheter att upptäcka smärta hos personen med demens eftersom de uppger att hela deras personlighet förändras när de upplever smärta samtidigt de inte kan informera eller uttrycka smärtan. Vidare framkom att vårdpersonal gissar om personer med demens upplever smärta eller inte. Vårdpersonalen berättar samtidigt med svårigheter när det gäller att upptäcka smärta hos personer med demens att det kan vara lätt att missa smärta hos personer med demens

Problemet med kunder eller personer med demenssjukdomar är de kan inte uttrycka sig, de kan inte säga att de har ont då de visar på helt annat sätt... de blir oroliga, de vandrar, sömnsvårigheter, de äter ingenting... det nästan man GISSA själv

Ja det är svårt det kan vara jättesvårt med att en del kan se så uttryckslösa ut. De har svårt att visa att det gör ont... man kan missa det

Vidare berättar vårdpersonalen om skillnaden mellan att upptäcka smärta hos personer med somatiska besvär och personer med demens. Vårdpersonal upplever att det finns tydlig skillnad när det gäller att identifiera smärta hos personer med somatiska besvär och personer med demens. Enligt vårdpersonal i denna studie personer som har bara somatiska funktionsnedsättningar kan uttrycka sig verbalt och berättar tydligt när dem upplever smärtan och även kan lokalisera smärtans plats i kroppen. Däremot är det svårare för vissa personer med demens att uttrycka sin smärta på samma sätt som personer med somatiska funktionsnedsättningar.

Ja det är stor skillnad för att de kan ju berätta själva om de har ont, de har ju ingen demens på det sättet, de kan berätta, man kan ju se på dem men de kan ju även berätta och man kan fråga dem

Självklart det är mycket lättare de kan säga till att jag har ont

Erfarenhet av smärtskattningsinstrument

Vårdpersonalens erfarenhet av smärtskattningsinstrument

Samtliga vårdpersonal upplever att de inte har god kännedom av några validerat smärtskattningsinstrument. Vissa vårdpersonalen visste inte vad smärtskattningsinstrument var och frågade om författarna kunde beskriva smärtskattnings instruments utseende. Därför författarna har beskrivit några smärtskattningsinstrument för vårdpersonal som Abbey Pain Scale och Doloplus-2 då ansåg vårdpersonal smärtskattningsinstrument som ett hjälpmedel till dem. En del vårdpersonal upplever att de inte vet någonting om smärtskattningsinstrument och även uppger att de inte har sett sjuksköterskor använda några smärtskattningsinstrument på särskilt boende

Hur ser smärtskattning ut?

Nej jag har inte varit med om det här, Nej eller jag inte har sett sjuksköterskorna använda det, det vet jag inte

Rutiner kring smärtskattning av personer med demens

Samtliga vårdpersonal uppger att de inte har några fasta rutiner kring smärtskattning av personer med demens. Vårdpersonal informerar sjuksköterskan om smärtproblematiken om själva vårdpersonalen ser smärta hos personer med demens. De flesta av vårdpersonalen berättade att sjuksköterskan har sagt till dem att kontakta mig om ni märker att personen har ont. Vårdpersonal upplever dålig känsla över att inte ha rutiner kring smärtskattning av personer med demens på särskilt boende. Vissa av vårdpersonal i denna studie visar även en viss orolighet att missa någonting när det gäller smärta hos personer med demens. Vidare upplever vårdpersonal att det är brist att inte ha några rutiner. Samtliga vårdpersonal visar missnöje över att inte ha rutiner kring smärtskattning samt visar stor intresse att få fasta rutiner kring smärtskattning och kännedom av smärtskattningsinstrument för personer med demens

Nej det är bara den som jag berättar om du menar den, bara om ni ser att hon har smärta då får ni informera mig

Det känns inte bra, det blir inte bra om man har missat någonting förstår du, för att det är människor som handlar om

Jag tycker att det är dumt, jag skulle gärna ha det, det är ju en hjälp för oss och kunna se och lättare förstå att de har ont.

Erfarenhet av sjuksköterskans ledarskap i teamet vid delegering av smärtskattning Delegering av smärtskattning till vårdpersonal

Vårdpersonalen berättade att de inte får undervisning av smärtskattningsinstrument varken när de börjar på en särskilt boende eller under arbetsgång. Vissa berättade att de kanske har fått information under utbildningsperiod till undersköterska men inte på arbetet. Samtliga vårdpersonal upplever att de inte får adekvat information om smärtskattning av sjuksköterska. Vårdpersonal visar önskan om att sjuksköterskan ska använda smärtskattningsinstrument och även lära ut det till vårdpersonal. Dessutom uppger vårdpersonal att användning av smärtskattningsinstrument är någonting de vill säkert börja

med på särskilt boende med hjälp av sjuksköterskor. Vidare ser vårdpersonal på smärtskattning som ett förbättringsområde som kan tillämpas inom särskilt boende

Nej det var ju jättelänge sedan, jag tror att jag hade ju under min utbildning. Men inte liksom på själva när man är ute praktiskt

Jag tror säkert att vi kan införa det att man kan få av sjuksköterskorna

Vårdpersonalens önskan om att få utbildning av smärtskattningsinstrument

Samtliga vårdpersonalen visar stor önskemål att kunna få information och undervisning av olika smärtskattningsinstrument. Dessutom visar de vilja att ha smärtskattningsinstrument tillgänglig på avdelningar som hjälp till vårdpersonal att upptäcka smärta hos personer med demens. Det kom fram även andra önskemål och förslag av vårdpersonal att få möjligheten till kortare och regelbundna utbildning i smärtskattningsinstrument som kan vara hjälp till att upptäcka smärta hos personer med demens

Ja kanske om vi skulle få mer utbildning i just det. Att man kanske har dag då vi får liksom ha .läsa på om det eller liksom bara fann utbildning mer grundligt i vad vi kan tänka oss titta på tycker jag.

Man kan alltid förbättra det ska man ju tänka på, att man alltid kan, kanske ha någon smärtskattningsskala nere på avdelningen också.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av att identifiera smärta hos personer med demens på särskilt boende. Huvudsakliga fynden som valdes att diskutera utifrån studiens resultat är erfarenhet av smärtskattnings betydelse för personer med demens, erfarenhet av smärtskattningsinstrument och erfarenhet av sjuksköterskans ledarskap i teamet vid delegering av smärtskattning.

Studiens resultat visar att vårdpersonal upplever att det är viktigt att upptäcka smärta hos personer med demens för att det finns stor risk att deras smärta kan gå oupptäckt. Detta överensstämmer med en studie gjort av Jennings, Linehan och Foley (2018) smärtan hos personer med demens kan gå lätt oupptäckt och odiagnostiserat på grund av nedsatt kognitiva förmågor. Vidare skriver Arman (2010) att oupptäckt och odiagnostiserat smärta leder till enorma negativa konsekvenser, som fysiologiskt och psykologiskt handikapp för friska och unga som i sin tur leder till sekundära negativa smärtbeteende. Personer med demens som lider av smärta blir lika mycket påverkade av oupptäckt smärta. Det stämmer överens med denna studies resultat där vårdpersonal beskriver att smärtan orsakar andra symtom hos personer med demens bland annat aggression, oro och nedstämdhet. Även det framkom i en studie gjort av Noroozian et al. (2018) att konsekvensen av oupptäckt och underbehandlad smärta hos personer med demens som minskad uppmärksamhet, koncentration, beteendemässig aggressions och även depression. Dessa konsekvenser leder

till ökat behov av vård, beroende av vårdpersonal och även kräver högre insatser av sjukvården (Noroozian et al., 2018).

Vårdpersonal i denna studie lyfter fram olika faktorer som bidrar till lidandet av vissa personer med demens som liknar Katie Erikssons teori om lidandet och dess aspekter som livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande (Eriksson, 2015). Vårdpersonal berättar om hur personer med demens har blivit påverkat av sjukdomen och gjort att på grund av demens kan personen bli helt beroende av vårdpersonal. Det stämmer överens med det som Eriksson (2015) beskriver om sjukdomslidande som orsakas på grund av en sjukdom och dess behandling. Även vårdpersonalens beskrivningar av personer som lider av demensliv kan kopplas till det som Eriksson (2015) betonar om livslidande att som har koppling till personens livsmönster och vad person har drabbats av i sitt liv det kan vara sjukdom och trauma. En annan viktig aspekt av lidandet är vårdlidande som Gustin (2014) skriver om Erikssons teori att vårdlidande orsakas av relationen mellan personens behov och vårdandet. Vårdlidande stämmer bra överens med denna studies resultat som det visar sig att personer med demens kan lida av smärta på grund av okunskap av smärtskattning hos vårdpersonal.

Blomqvist (2011) skriver att identifiera smärta hos personer med demens är en utmaning för vårdpersonal för att personer med demens vid en viss grad av demens kan ha svårigheter att uttrycka sin smärta verbal. Det stämmer överens med denna studies resultat att vårdpersonal upplever svårigheter i att upptäcka smärta hos personer med demens på grund av deras nedsatt kognitiva och kommunikationsförmågan. Därför utgår vårdpersonal i denna studie utifrån sina subjektiva upplevelser av personens smärta. Vårdpersonal uppger att de måste "gissa" om personen har ont eller inte. Även enligt en studie gjort av Midtbust, Alnes, Gjengedal och Lykkeslet (2018) framkommer att det är väldigt svårt och utmanande för vårdpersonal att kunna läsa och tolka det obehag som personer med demens känner själva. Därför upplever vårdpersonal att de använder sig av olika symtom som kan tyda på smärta hos personer med demens. De symtom som vårdpersonal tror kan vara tecken på smärta är oro, ångest, nedsatt aptit, beteendeförändringar o.s.v. Denna punkt liknar resultat av studien som gjordes av Karlsson et al. (2013) att vårdpersonalens smärtskattning av personer med demens bygger på vårdpersonalens subjektiva upplevelser inte på validerad smärtskattning.

Vårdpersonal upplever att de har begränsade kunskap av validerad smärtskattning instrumenten för att kunna upptäcka smärta hos personer med demens. Det stämmer överens med en studie gjort av Koppitz et al. (2017) där det påvisade att 52 procent av vårdpersonal som jobbar på särskilt boende saknar adekvata utbildningar för att kunna vårda personer med demens. Vidare tycker vårdpersonal i denna studie att smärtskattningsinstrument är en hjälp för dem att kunna upptäcka smärta på ett lättare och adekvat sätt. Även Blomqvist (2011) skriver att smärtskattningsinstrument som bygger på observation och beteende kan användas som hjälpmedel till vårdare att kunna lättare upptäcka smärta. Vidare skriver Blomqvist (2011) skriver att smärtskattningsinstrument som hjälp till att kunna även följa effekten av smärtlindrings åtgärder hos personer med demens. Det finns en rad olika smärtskattningsinstrument som kan vara användbara till bedömning av smärta hos personer med demens. Även Bergh (2015) skriver om Abbey Pain Scale och Doloplus-2 validerade och användbara smärtskattning instrumenten för att kunna bedöma smärta hos personer med demens. Vårdpersonal i denna studie upplever att

de inte hade information om det fanns några smärtskattningsinstrument för bedömning av smärta hos personer med demens.

Vårdpersonal upplever även att de inte får tillräckligt med information om smärtskattning från sjuksköterskan. Vidare uppger vårdpersonal att det inte fanns några rutiner kring smärtskattning som vårdpersonal tyckte var brist på förbättringsområde. Det tolkar författarna i denna studie som ett hinder i samarbete mellan sjuksköterskor och vårdpersonal. För att vårdpersonal inte får tillräckligt med information. Detta överensstämmer med en studie gjort av Karlsson et al. (2012) där det tas upp olika hinder som uppstår mellan sjuksköterskan och vårdpersonalen bland annat tidsbristen är en faktor som hindrar samarbetet mellan dem, som i sin tur leder till sämre smärtbehandling. Men i denna studies resultat förekom inte problemet med tidsbrist. Däremot begränsade information och undervisning av smärtskattningsinstrument. Enligt Bergh (2015) är bedömning och behandling av smärta en av sjuksköterskans huvuduppgifter. För att sjuksköterskan ska kunna behandla smärta behöver smärtan först identifieras. Detta görs med hjälp av vårdpersonal som jobbar närmast till personer med demens inom särskilt boende (Karlsson et al., 2012). Det stämmer med studies resultat att vårdpersonal berättar om sina upplevelser att identifiera smärta.

Enligt Karlsson et al. (2012) sjuksköterskor har en annan roll inom särskilt boende. Därför sjuksköterskor delegerar vissa arbetsuppgifter till vårdpersonal. Enligt Socialstyrelsen i SOSFS 1997:14 i delegering ingår utbildning och uppföljning av vårdpersonalens delegerade arbete. Vidare betonar socialstyrelsen i SOSFS 1997:14 att dessa vårdpersonalen ska ha tillräckligt med kunskap och erfarenheter inom arbetet för att kunna utföra arbetsuppgifter på ett bra sätt. Trots dessa riktlinjer kring delegering och information till vårdpersonal så saknas det kunskap av validerade smärtskattningsinstrument hos vårdpersonal i denna studie. I studiens resultat visar det sig att sjuksköterskor har lämnat begränsat information till vårdpersonal om smärtbedömning. Därför visar vårdpersonal i denna studie frustration över att inte har få tillräckligt med information om smärtskattning samtidigt de visar stor intresse att kunna få utbildning av olika smärtskattningsinstrument och även önskar ha smärtskattnings formulär på avdelning. Detta korrelerar med en studie gjort av Jansen et al. (2017) att vårdpersonal känner sig frustrerade över att inte få tillräckligt med information samt vårdpersonal önskar utbildningar om validerad smärtskattning.

Det är viktigt att nämna att resultat av denna studie är utifrån vårdpersonalens perspektiv att upptäcka smärta hos personer med demens inom särskilt boende, inte sjuksköterskans perspektiv. Författarna i denna studie anser att det kan vara intressant med en annan studie av samma fenomen utifrån sjuksköterskans perspektiv. Författarna tror att studera detta fenomen utifrån sjuksköterskans synvinkel kan ge mer detaljerade svar till varför det saknas kunskap av smärtskattning hos vårdpersonal att upptäcka smärta och på vilket sätt kan sjuksköterskor lösa det här problemet.

Metoddiskussion

I syftet att öka trovärdigheten av arbetet har författarna valt att beskriva tydligt

tillvägagångssätt av studien. Enligt Kristensson (2014) i kvalitativa studier är det viktigt att metoden tydliga för att öka trovärdigheten. Kvalitativ metod var relevant till denna studie eftersom intervjuerna framställde studiens fenomen innehållsrika beskrivningar. (Danielson, 2017). Intervjuerna svarar även på studiens syfte då det anses vara relevant metod till denna studie. Alternativt kunde en kvantitativ metod användas då Polit och Beck (2017) menar att en kvantitativ studie kan ge svar på ett fenomen utifrån olika synvinkel. I fallet kvantitativ metod skulle behövas tillräckligt många vetenskapliga artiklar om vårdpersonalens upplevelser inom särskilt boende i Sverige. Det skulle inte ha gett svar på studiens syfte då det skulle ha gett svar om hela världen och olika yrkeskategorier samt olika område inom vården inte bara vårdpersonal inom särskilt boende och i Sverige. Då Henricson (2017) menar att detta ger giltighet att genomföra kvalitativ studie. Författarna anser att kvalitativ metod var lämpligt metod och gav svar till studiens syfte.

Semistrukturerade intervjuer valdes till denna studie för att intervjuaren saknar erfarenhet av intervju. Enligt Kristensson (2014) kan en oerfaren intervjuare använda sig av semistrukturerade intervjuform för att känna tryggheten under intervjuprocess. En öppen intervjuform kan annars ge mera möjligheter till fritt berättande av deltagaren. Men det valdes inte för att Kristensson (2014) skriver denna intervjuform som utmanande och behöver stor erfarenhet och flexibilitet av att intervju.

Tid och rum av intervjuerna valdes i samråd med deltagarna då Kristensson (2014) skriver att intervju platsen ska bestämmas av deltagare. Vidare rekommenderar Kristensson (2014) att intervjun ska äga rum där det inte finns risk för störningar. Intervjuerna har ägt rum i enskilda rum där det inte fanns störande faktorer. Förutom två intervjuer där cheferna kom in i rummet medan intervjun pågår men intervjuaren har fortsatt lyssna aktiv på deltagaren och deltagarens svar blev inte påverkad.

Deltagarna har blivit utvalda av verksamhetschefer men de har fått skriftlig och muntlig information studiens frivilliga deltaganden (Sandman & Kjellström, 2018). Deltagarna har även gett samtycke skriftligt och muntligt som spelades in i samband med intervjun (Helgesson, 2015). Deltagarna har fått att information om ljudinspelning av intervjun då Kristensson (2014) betonar vikten av information om ljudinspelningen till deltagaren och deltagarnas tillstånd inhämtas innan ljudinspelning börjades. Intervjuer inleds med en kort presentation av författarna och sedan lämnat information om studiens syfte och bakgrund. Deltagarna har fått tydligt information om att det inte finns rätt eller fel på deras svar och författarna har inte facit till deltagarnas svar. Dessutom har deltagarna fått information om att de själva styr sina svar samt kan avbryta deltagandet under intervjuprocessen eller kan få paus under intervjun (Kristensson, 2014).

En styrka i denna studie är variation av kön, ålder och olika verksamheter i olika kommuner i Sverige. Enligt Kristensson (2014) variation ökar trovärdigheten av studien. Deltagare i denna studie är mellan 30-58 års ålder. Samt två av samtliga deltagaren är man och sju deltagare är kvinnor. Deltagarna har erfarenhet av demensvård från 3-23 år då Danielson (2017) menar att stor variation bland deltagare med olika bakgrund och erfarenhet bidrar till innehållsrika svar till studiens syfte (Danielson, 2017).

I denna studie valdes en intervjuare eftersom enligt Danielson (2017) med två intervjuare kan vara tidskrävande och kan störa deltagaren. Däremot menar Trost (2010) att två intervjuare kan bidra till bättre intervju samt framställer innehållsrika svar till syftet.

Författarna har kommit fram till att det har fungerat bra med en intervjuare i denna studie och har fått relevanta svar till studiens syfte.

Författarna har tagit med sig frågeguiden, ljudinspelningsinstrument, papper och penna för att anteckna viktig information vilket rekommenderas av Kristensson (2014) att ha dessa material på alla intervjuar. Frågeguiden utformades då Kristensson (2014) menar att frågeguiden hjälper att ha struktur i arbetet. Frågeguiden består av öppna frågor men det har funnits även slutna frågor i början som sedan justeras efter provintervjuer. Eftersom författarna har fått korta svar på frågorna och det menar även Kristensson (2014) att slutna frågor ger korta svar som inte svarar på studiens syfte. Författarna anser att det var för mycket öppna frågor i frågeguiden vilket Kristensson (2014) menar kan försvåra svaren. Författarna har reflekterat det eftersom intervjuguide innehöll alltför öppna frågor. Detta är på grund av författarnas mindre erfarenhet av att formulera frågeguide samt tidsbristen som nämndes tidigare i denna studie.

En svaghet i denna studie är att tre intervjuer genomfördes per dygn på grund av tidsbrist. Enligt Kristensson (2014) är det bra med en intervju per dygn då det ska finnas tid till reflektion efter intervjun och tid till att göra förändringar till nästa intervju. Författarna i denna studie anser att det skulle gå bättre med en intervju per dag då kanske det skulle påverka svaren som författarna har fått. Men författarna har reflekterat efter genomförda intervjuer varje dag kanske inte på det viset som Kristensson (2014) rekommenderar. Författarna har skrivit om sina känslor och tankar kring varje intervjutillfälle i syfte att förbättra till nästa intervju i enlighet med (Kristensson, 2014).

Slutligen transkriberades alla intervjuer noggrant och i sin helhet i enlighet med (Kristensson, 2014). Därefter analyserades alla transkriberade data noggrant och av båda författarna. Både författaren har gått igenom hela transkriberade texten var för sig eftersom och sedan har diskuterats all text tillsammans då Kristensson (2014) menar det ökar trovärdigheten av arbetet.

Slutsats

Resultat i denna studie visar att vårdpersonal har begränsade kunskaper av validerad smärtskattning. Det visar sig även att delegeringen av smärtskattning är bristfällig för att samtliga undersköterskor inte hade fått tillräckligt med information av ansvariga sjuksköterskan på de särskilda boenden där deltagarna arbetade. Det saknades även rutiner för smärtskattning på vissa särskilda boenden. Undersköterskor i studien önskade att få utbildning om smärtskattningsinstrument samt att det skulle finnas smärta skattningsformulär tillgänglig på boendet. Kunskap om validerad smärtskattning kan hjälpa vårdpersonal att upptäcka smärta hos personer med demens samt följa upp behandlingens effekt. Detta kan i sin tur leda till minskad lidande hos personer med demens som lider av smärta.

Fortsatta studier

Författarna anser att det kan vara intressant med en uppföljande studie om att undersöka sjuksköterskors upplevelser att upptäcka smärta hos personer med demens samt delegering av smärtskattning till vårdpersonal. Det kan hjälpa att hitta svar till varför det saknas kunskap av validerad smärtskattning hos vårdpersonal. Med hjälp av sjuksköterskornas svar kan både resultat jämföras och hitta en gemensam lösning till detta problem.

Klinisk tillämpbarhet

Denna studie förväntas att ha stor klinisk betydelse i smärtskattning av personer med demens samt för undersköterskor/vårdbiträdens behov av kunskap om smärtskattning. Studien belyser flera faktorer som är viktiga och avgörande i demensvård såsom sjuksköterskans delegering och mörkertalet vad gäller smärtan hos vissa personer med demens samt okunskap om smärtskattning hos undersköterskor och vårdbiträden. Denna studie kan vara av betydelse för både sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden inom särskilt boende för att kunna planera och organisera omvårdnaden för att personer med demens ska slippa onödigt lidande på grund av obehandlad smärta.

REFERENSER

Bagcivan, G., Cinar, F. I., Cinar, M., Oflaz, F., Uzun, S., & Pay, S. (2015). Living with pain in ankylosing spondylitis: A qualitative study. *Contemporary nurse*, 51(2-3), 135–47. doi: 10.1080/10376178.2016.1157028

Berggren, I. (2014). Vårdandets etik. I E-D. Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: En introduktion till yrke och ämne* (2. uppl., ss. 130-131). Lund: Studentlitteratur.

Bergh, I. (2015). Smärta. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2.uppl., ss. 427–431). Lund: Studentlitteratur.

Blomberg, A.M., Hållstam, A., & Gottzén, E. (2013). Smärta Omvårdnad. Hämtad 30 april, 2018, från <http://www.viss.nu/Handlaggning/Omvårdnadsprogram/Smarta/>

Blomqvist, K. (2011). Att känna igen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens* (2.uppl., ss. 271-283). Lund: Studentlitteratur.

Blomqvist, K. & Petersson, P. (2014). Vårdkedjans aktörer och organisering. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl., ss. 180-181). Lund: Studentlitteratur.

Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., Kvarstein, G., & Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17–24. doi:10.1093/bja/aen103

Bueno-Gómez, N. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics & Humanities in Medicine*, 12, 1–11. doi: /10.1186/s13010-017-0049-5

Börsbo, B., Gerdle, B., Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophizing on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1387–1396. doi: 10.3109/09638280903419269

Carlsson, E., & Brämberg, E. B. (2015). Kommunikationssvårigheter. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2.uppl., ss. 460-461). Lund: Studentlitteratur.

Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature Reviews Neurology*, 8(5), 264–274. doi:/10.1038/nrneurol.2012.53

Cunningham, El., McGuinness, B., Herron, B., & Passmore, AP. (2015). Dementia. *The Ulster Medical Journal*, 4(2), 79-87. Hämtad från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488926/>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 285-297). Lund: Studentlitteratur.

De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., ... Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16, 1–11. doi:/10.1186/s12904-017-0184-1

Edberg, A. -K. (2015). Kognitiv svikt. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2.uppl., ss. 645-655). Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A. -K., Törnquist, A., & Hasson, H. (2014). Sjuksköterskans roll som ledare inom kommunal vård och omsorg för äldre. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl., ss. 287-290). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, S.-L., Jönhagen, M. E., Fratiglioni, L., Graff, C., Jansson, W., Kivipelto, M.,... Wahlund, L.-O. (2011). *Alzheimer*. Karolinska Institutet University Press.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan* (2. uppl.). Stockholm: Liber.

Finnström, B. (2014). Den professionella sjuksköterskan i dagens vård. I E-D. Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (2. uppl., ss. 79-80). Lund: Studentlitteratur.

Fransson Sellgren, S. (2015). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & Wallin, L. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl., ss. 253-258.). Lund: Studentlitteratur.

Garland, E. L. (2012). Pain processing in the human nervous system: A selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Primary Care*, 39 (3), 561-571. doi:10.1016/j.pop.2012.06.013

- Gibson, S. J., & Lussier, D. (2012). Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain Medicine*, 13(1-2), 23-26. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x
- Gresz, M., & Borbás, F. F. (2017). Patients with dementia and Alzheimer's in Hungary. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), 1–2. doi: <https://doi.org/10.5334/ijic.3915>
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Prkachin, K. M., Craig, K. D., Gibson, S. J., Lukas, A., & Smith, J. H. (2014). Pain assessment in elderly adult with dementia. *The Lancet Neurology*, 13(12), 1216-1227. doi:10.1016/S1474-4422(14)70103-6
- Hadjistavropoulos, T., Browne, M. E., Prkachin, K. M., Taati, B., Ashraf, A., & Mihailidis, A. (2018). Pain in severe dementia: A comparison of a fine-grained assessment approach to an observational checklist designed for clinical settings. *European Journal Of Pain*, 22(5), 915-925. doi:10.1002/ejp.1177
- Haegerstam, G. (2010). Smärta och lidande. I M. Werner & I. Leden (Red.), *Smärta och smärtbehandling* (2. uppl., ss. 77-80). Stockholm: Liber.
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 63, S240–S252. doi:/10.1002/acr.20543
- Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 411-418). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- International Council Of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Rev.utg.). Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Terminology: Pain terms*. Hämtat från: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- Jennings, A. A., Linehan, M., & Foley, T. (2018). The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia. *BMC Family Practice*, 19(1), N.PAG. doi:/10.1186/s12875-018-0853-z
- Kajmero, K. -N., Johansson, E., & Wallin, L. (2014). Kunskapsbaserad omvårdnad- från kunskap till säker och effektiv vård. I A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (2. uppl., ss. 287-290). Lund: Studentlitteratur

- Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2012). Registered Nurses' View of performing pain assessment among persons with dementia as consultant advisors. *The Open Nursing Journal*, 62-70. doi:10.2174/1874434601206010062
- Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 22,13–14, 1880-1889. doi:10.1111/jocn.1219
- Koppitz, A., Bosshard, G., Blanc, G., Hediger, H., Payne, S., & Volken, T. (2017). Pain Intervention for people with Dementia in nursing homes (PID): Study protocol for a quasi-experimental nurse intervention. *BMC Palliative Care*, 16, 1–8. doi: [/10.1186/s12904-017-0200-5](https://doi.org/10.1186/s12904-017-0200-5)
- Koskinen, C., Aho, S., & Nyholm, L. (2016). Life with an unwelcome guest: Caring in a context of protracted bodily pain. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(4), 774-781. doi: 10.1111/scs.12304.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Krupic, F., Sadic, S., Seffo, N., Biscevic, M., Fazlic, M., Custovic, S., & Samuelsson, K. (2018). Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia. *Medicinski Glasnik*, 15(1), 75-80. doi :10.17392/942-18
- Kuk, N. O., den Ouden, M., Rixt Zijlstra, G. A., Hamers, J. P. H., Kempen, G. I. J. M., Bours, G. J. J. W., & Zijlstra, G. A. R. (2017). Do nursing staff encourage functional activity among nursing home residents?: A cross-sectional study of nursing staff perceived behaviors and associated factors. *BMC Geriatrics*, 17, 1–10. doi:/10.1186/s12877-017-0412-9
- Kupeli, N., Leavey, G., Moore, K., Harrington, J., Lord, K., King, M., ... Jones, L. (2016). Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. *BMC Palliative Care*, 15, 1–15. doi /10.1186/s12904-016-0103-x
- Lamb, A., Misener, R.M., Lukosius.D.B., & Latimer. M. (2018). Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study. *Nursing open*, 5(3), 400-413. doi: 10.1002/nop2.150
- Lautenbacher, S., Walz, A. L., & Kunz, M. (2018). Using observational facial descriptors to infer pain in persons with and without dementia. *BMC Geriatrics*, 18(1), 88. doi:10.1186/s12877-018-0773-8
- Liden, E. (2014). Att samordna och planera med personal i annan organisation. I E-D. Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (2. uppl., ss. 227- 230). Lund: Studentlitteratur.
- LoGiudice, D., & Watson, R. (2014). Dementia in older people: an update. *Internal Medicine Journal*, 44(11), 1066–1073. doi: /10.1111/imj.12572

Lyu, W., & Wolinsky, F. D. (2017). The Onset of ADL difficulties and changes in health-related quality of life. *Health & Quality of Life Outcomes*, 15(1), 217. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0792-8>

Marcusson, J., Blennow, K., Skoog, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

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(1), 25. doi:10.1186/s12904-018-0282-8

Noroozian, M., Raeesi, S., Hashemi, R., Khedmat, L., Vahabi, Z. (2018). Pain: The neglect issue in old people's life. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(9), 1773-1778. doi: 10.3889/oamjms.2018.335.

Norrbrink, C., Lund, I. & Lundeberg, T. (2014). Smärtanalys och smärtskattning. I C. Norrbrink & T. Lundeberg (Red.), *Om smärta - ett fysiologiskt perspektiv* (2. uppl., ss. 95-100). Lund: Studentlitteratur.

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

Price, P. E., Fagervik-Morton, H., Mudge E. J., Beele, H., Ruiz, J. C., Nyström, T. H.,... Harding K. G. (2008). Patients' experience of wound-related pain: An international perspective. *International Wound Journal*, 5(2), 159-71. doi: 10.1111/j.1742-481X.2008.00471.x.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018). *Etikboken: Etik för vårdande yrken* (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Schaap, F. D., Fokkens, A. S., Dijkstra, G. J., Reijneveld, S. A., & Finnema, E. J. (2018). Dementia care mapping to support staff in the care of people with intellectual disability and dementia: a feasibility study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(6), 1071–1082. doi: /10.1111/jar.12464

Schreier, A.-M., Johnson, L. A., Vohra, N. A., Muzaffar, M., & Kyle, B. (2018). Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. *Pain Management Nursing*, 1524-9042 (18), 30155-3. doi:10.1016/j.pmn.2018.09.005

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård..* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Sidor/SimpleSearchPage.aspx?q=delegering&defqe=hidden:-meta:siteseeker.archived:archived>

Svensk sjuksköterskeförening, SSF. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: SSF. Hämtat från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjuksköterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Thorslund, M., & Wånell, S.-E. (Red.). (2006). *Åldrandet och äldreomsorgen*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tsai, I., Jeong, S. Y., & Hunter, S. (2017). Pain assessment and management for older patients with dementia in hospitals: An Integrative Literature Review. *Pain Management Nursing*, 19(1), 54-71. doi:10.1016/j.pmn.2017.10.001

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

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (2.uppl., ss. 269-283). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (Red.). (2017). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2017). *Dementia: number of people affected to triple in next 30 years*. Hämtad från <http://www.who.int/news-room/detail/07-12-2017-dementia-number-of-people-affected-to-triple-in-next-30-years>

World Medical Association. (2018). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 18 januari, 2019, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zwakhalen, S., Docking, R. E., Grass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N., & Schofield, P. (2018). Pain in older adult with dementia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 32(5), 364-373. doi:10.1007/s00482-018-0290-x

BILAGA A

Information till verksamhetschef

Stockholm 2018-11-02

Till verksamhetschef
Särskilt boende.....

Vi heter Sadaf Ahmedi och Gasha Aziz och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5 som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör vårdpersonalens upplevelser av att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende. (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid

Om Du godkänner att studien genomförs vid, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga och därefter returnera det i bifogat svarskuvert. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs på boendet skulle vi uppskatta om du kan meddela det. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare. För vår planering skulle vi uppskatta att snart höra från dig!

Med vänliga hälsningar

Sadaf Ahmedi

Gasha Aziz

Students namnteckning
Sadaf Ahmedi, Sjuksköterskestudent
xx-xxxxxxx
Sadaf.Ahmedi@stud.shh.se

Students namnteckning
Gasha Aziz Sjuksköterskestudent
xx-xxxxxxx
Gasha.Aziz@stud.shh.se

Handledare: Louise Eulau, leg. ssk, fil. dr.
Telefon: xx-xxxxxxx

Information om studien

Smärta hos äldre personer kan vara en utmaning, särskilt när det gäller personer med demenssjukdom. Deras smärta förblir därför är inte sällan underbehandlad. Kommunikationssvårigheter hos personer med demenssjukdom är den största orsaken som leder till smärtans felbedömning. Enligt en studie gjort av Karlsson et al. (2013) undersköterskor/ vårdbiträdens smärtbedömning baseras på deras subjektiva upplevelse av smärta inte på validerad smärtskattning Även enligt en annan studie gjort av Kopitz et al. (2017) är kunskapsbrist hos vårdpersonal en viktig källa som kan leda till oupptäckt eller felbedömd smärta hos personer med demenssjukdom. Mot denna bakgrund vill vi undersöka hur vårdpersonal går tillväga för att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende. Därför vill vi ställa följande fråga till vårdpersonalen vid boendet:

Hur identifierar vårdpersonalen smärta hos personer med demenssjukdom?

Deltagarna i studien kommer att få skriftligt information om innehållet av studien. Dessutom ska de få information om att under hela processen har de möjligheten att avbryta och tacka nej till att delta i studien utan att behöva ge anledning till avståndstagande. Vi kommer även att upprepa denna information muntligt i samband med intervjutillfället. För att kunna bevara deltagarnas autonomi och personliga integritet behöver vi deltagarnas samtycke innan intervjuerna ska ske.

Intervjuernas tid och plats bestäms i överenskommelse med deltagarna. Tiden till intervjuerna är beräknad till ca 15-25 minuter. Efter deltagarnas godkännande, kommer ljudinspelning att användas under intervjutillfällena för datainsamling. Transkribering av intervjuerna kommer att ske inom 48 timmar.

All forskning ska utgå från god forskningsetik. Datainsamling, analys och rapportering kommer därför att genomföras i enlighet med de rekommendationer som ges i Vetenskapsrådets Codex[1] och i Helsingforsdeklarationen[2]. I det fall vårt arbete blir föremål för en vetenskaplig artikel kommer alla data att avpersonifieras och endast presenteras på gruppnivå. Vidare kommer vi inte att närmare informera om var studien genomförts annat än som ett särskilt boende i eller i närheten av en större stad i Sverige. För eventuella frågor kring detta svarar vi givetvis gärna.

Jag godkänner härmed att Sadaf Ahmedi och Gasha Aziz får utföra studien ”
Vårdpersonalens upplevelser av att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom
inom särskilt boende” på kliniken under tidsperioden 20181105-20181215.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

[1] <http://codex.vr.se/> elektroniskt tillgänglig 160125

[2] <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>, tillgänglig 160125

Brev till deltagarna

Vi heter Sadaf Ahmedi och Gasha Aziz och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5 som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör vårdpersonalens upplevelser av att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende. (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få intervjua dig och kunna få ta del av dina erfarenheter.

Om Du godkänner att delta i studien, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga.

Med vänliga hälsningar

Sadaf Ahmedi

Gasha Aziz

Students namnteckning

Sadaf Ahmedi, Sjuksköterskestudent

xx-xxxxxxxx

Sadaf.Ahmedi@stud.shh.se

Handledare: Louise Eulau, leg. ssk, fil. dr.

Telefon: xx-xxxxxxxx

Students namnteckning

Gasha Aziz Sjuksköterskestudent

xx-xxxxxxxx

Gasha.Aziz@stud.shh.se

Information om studien till deltagarna

Vårdpersonalens upplevelser av att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende.

Smärta hos äldre personer kan vara en utmaning, särskilt när det gäller personer med demenssjukdom. Deras smärta förblir därför är inte sällan underbehandlad. Kommunikationssvårigheter hos personer med demenssjukdom är den största orsaken som leder till smärtans felbedömning. Enligt en studie gjort av Karlsson et al. (2013) undersköterskor/ vårdbiträdens smärtbedömning baseras på deras subjektiva upplevelse av smärta inte på validerad smärtskattning Även enligt en annan studie gjort av Kopitz et al. (2017) är kunskapsbrist hos vårdpersonal en viktig källa som kan leda till oupptäckt eller felbedömd smärta hos personer med demenssjukdom. Mot denna bakgrund vill vi undersöka hur vårdpersonal går tillväga för att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende. Därför vill vi ställa följande fråga till er vårdpersonalen vid boendet:

Hur identifierar vårdpersonalen smärta hos personer med demenssjukdom?

Deltagarna i studien kommer att få skriftligt information om innehållet av studien. Dessutom ska de få information om att under hela processen har de möjligheten att avbryta och tacka nej till att delta i studien utan att behöva ge anledning till avståndstagande. Vi kommer även att upprepa denna information muntligt i samband med intervjutillfället. För att kunna bevara deltagarnas autonomi och personliga integritet behöver vi deltagarnas samtycke innan intervjuerna ska ske.

Intervjuernas tid och plats bestäms i överenskommelse med deltagarna. Tiden till intervjuerna är beräknad till ca 15-25 minuter. Efter deltagarnas godkännande, kommer ljudinspelning att användas under intervjutillfällena för datainsamling. Transkribering av intervjuerna kommer att ske inom 48 timmar.

All forskning ska utgå från god forskningssed. Datainsamling, analys och rapportering kommer därför att genomföras i enlighet med de rekommendationer som ges i Vetenskapsrådets Codex och i Helsingforsdeklarationen. I det fall vårt arbete blir föremål för en vetenskaplig artikel kommer alla data att avpersonifieras och endast presenteras på gruppnivå. Vidare kommer vi inte att närmare informera om var studien genomförts annat än som ett särskilt boende i eller i närheten av en större stad i Sverige. För eventuella frågor kring detta svarar vi givetvis gärna.

INFORMANTENS SAMTYCKE

Jag har härmed tagit del av informationen om att delta i *studien "Vårdpersonalens upplevelser av att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom inom särskilt boende"*

Jag har förstått att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan avstå från deltagandet utan att behöva ge orsak till avståndstaganden. Härmed ger jag mitt samtycke och godkännande att delta i denna studie.

_____ Ort, datum

_____ Namnteckning, Deltagare

_____ Namnförtydligande, Deltagare

FRÅGEGUIDE

Allmänna frågor

Hur gammal är du?

Hur länge har du jobbat som undersköterska/vårdbiträde?

Hur länge har du varit verksam inom särskilt boende?

Hur länge har du arbetat på demensavdelning?

Har du jobbat på andra avdelningar förutom demensavdelning?

Upplevelser och erfarenheter

Kan du berätta hur viktigt det är för dig att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom?

Varför är det viktigt?

Skulle du kunna berätta hur upptäcker du smärta hos personer med demens?

Ser du några svårigheter i att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom?

Finns det skillnader mellan att upptäcka smärta hos personer med somatiska besvär och personer med demenssjukdom?

Kan du ge exempel på skillnader?

Använder ni några smärtskalor för att upptäcka smärta?

Vilka smärtskalor?

Får ni undervisning av smärtskalor när ni börjar jobba eller under arbetsgång?

Vid Nej --Hur känns det att inte ha kännedom av smärтинstrument?

Varför? kan du utveckla ditt svar?

Vilka åtgärder tar du när du upptäcker smärta hos personer med demenssjukdom?

Vilka åtgärder tar sjuksköterska när ni kontaktar dem?

Kan du ge exempel på några åtgärder

Upplever du att du får adekvat information om smärtskattning av din sjuksköterska?

På vilket sätt ?

kan du förtydliga ditt svar?

Hur ofta pratar ni om smärtskattnings vikt med sjuksköterskan?

Vid nej : Hur känns det att inte alls prata om smärtskattning?

Har ni några rutiner kring smärtskattning?

Kan du Ge exempel...

Vid inga rutiner ----Vad tycker du att inte alls ha rutiner kring smärtskattning? Skulle du vilja ha rutiner?

Hur utvärdera ni smärtproblematiken? Kan du ge några konkreta exempel?

Reflekterar du över hur dina andra arbetskamrater smärtskattar personer med demenssjukdom? Kan du utveckla ditt svar

Hur upplever du stödet som du får av din sjuksköterska angående smärtskattning/behandling?

Kan du utveckla ditt svar

Har du något att lägga till att sjuksköterskor skulle kunna förbättra sitt ledarskap, delegering av smärtskattning och behandling

