

SJUKSKÖTERSORS ATTITYDER TILL OCH KUNSKAP OM SMÄRTA HOS PERSONER MED DEMENSSJUKDOM

En litteraturstudie

Nurses' attitudes to and knowledge of pain in people with dementia

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning demensvård, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Avancerad nivå

Examensdatum: 2020-03-30

Kurs: Ht 2019

Författare:

Johanna Besili

Lillemor Snygg

Handledare:

Åke Grundberg

Examinator:

Jonas Sandberg

SAMMANFATTNING

Personer med demenssjukdom är en växande patientgrupp som kommer att ställa höga krav på den framtida demensvården. Demens är ett tillstånd som försämrar de kognitiva funktionerna. Inom vården av personer med demenssjukdom är smärta ett vanligt och vanligtvis ett obehandlat symtom. Smärta är en subjektiv upplevelse som endast kan värderas av den som har ont. Eftersom många personer med en demenssjukdom har en nedsatt kommunikationsförmåga är det en stor utmaning för sjuksköterskor att identifiera och lindra smärta hos dessa personer.

Syftet var att belysa sjuksköterskors attityder till och kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom.

En litteraturoversikt genomfördes för att besvara studiens syfte. Sökningar utfördes i databaserna PubMed, CINAHL och Psycinfo. Femton vetenskapliga artiklar inkluderades i studien efter noggrann kvalitetsgranskning.

Resultatet påvisade att sjuksköterskor saknade kunskap om demenssjukdomar, smärtlindring och behandling. Vilket påverkade sjuksköterskors förmåga att identifiera och bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Vidare påvisade resultatet att sjuksköterskor kände en oro för de ökade riskerna med att använda narkotikaklassade läkemedel hos den äldre befolkningen. Sjuksköterskor oroade sig även för biverkningar som förstoppning, illamående, fallrisk och missbruk. I resultatet framkommer ett flertal hinder och barriärer för att bedöma smärta, svårigheter att kommunicera, tidsbrist och en hög arbetsbelastning. Strategier som underlättade identifieringen och bedömningen av smärta var teamarbete, ett gott samarbete med kollegor och att ta stöd av anhöriga. Sjuksköterskor använde sig av den icke-verbala kommunikation, när den muntliga kommunikationen inte fungerade. Beröring var en effektiv strategi för att kommunicera med demenspatienter och kunde användas för att stimulera och förmedla trygghet.

Slutsatsen är att vård av personer med demenssjukdom bör vara personcentrerad. Och sjuksköterskor är i behov av utbildning om demenssjukdomar för att kunna identifiera och bedöma smärttillstånd hos denna patientgrupp.

Nyckelord: Demenssjukdom, Personcentrerad vård, Smärta, Smärtlindring, Teamarbete

ABSTRACT

People with dementia are a growing patient group that will place high demands on future dementia care. Dementia is a condition that impairs the cognitive functions and pain is a common and usually an untreated symptom in patients with dementia. Pain is a subjective experience that can only be valued by the one in pain. Because many people with dementia have a reduced communication ability, identifying and reducing pain in these people is a major challenge for nurses.

The aim was to elucidate nurses' attitudes towards and knowledge of pain in people with dementia.

A literature review was conducted to answer the purpose of the study. Searches were performed in the databases PubMed, CINAHL and Psycinfo. Fifteen journal articles have been considered and included after careful and excellent review.

The result shows that nurses lacked knowledge of dementia, pain relief and treatment. Which affected nurses' ability to identify and assess pain in people with dementia. In addition to this, the results revealed that nurses are concerned about the increased use of using drug-rated drugs in the elderly population. Nurses also worried about side effects such as constipation, nausea, fall risk and abuse. The result shows a number of obstacles and barriers to assessing pain, difficulty communicating, lack of time and a high workload. Strategies that facilitated the identification and assessment of pain were teamwork, good collaboration with colleagues and the support of relatives. Nurses used the non-verbal communication when the oral communication did not work. Touch was an effective strategy for communicating with dementia patients and could be used to stimulate and convey security.

The conclusion is that the care of people with dementia should be person-centered. And that there is a need for training in nurses working in the care of people with dementia.

Keywords: Dementia, Person-centered care, Pain, Pain Relief, Teamwork

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Demenssjukdom kontra kognitiv svikt	1
Kommunikation	2
Smärta	3
Palliativ vårdfilosofi och palliativt förhållningssätt.....	4
Nationella lagar	5
Specialistsjuksköterskans ansvar	5
Problemformulering	7
SYFTE	7
METOD	7
Design	7
Urval.....	7
Datainsamling.....	8
Manuell sökning (t.ex. beskrivning av använt instrument)	9
Dataanalys	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	11
Sjuksköterskors bristande kunskap att identifiera smärta	11
Sjuksköterskors bristande förmåga att bedöma smärta.....	12
Hinder som påverkar sjuksköterskors bedömning av smärta	13
Sjuksköterskors rädsla och ovilja att lindra smärta	15
Teamet och samarbetets betydelse för bedömning och hantering av smärta	16
Organisatoriska hinder för kunskapsutveckling	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats	23
Klinisk tillämpbarhet.....	23
REFERENSER	24

Bilaga A- Bedömningsunderlag

Bilaga B- Artikelmatris

INLEDNING

En obehandlad smärta kan leda till ett ökat lidande samt ha en negativ inverkan på livskvaliteten. Inom vården av äldre personer med en demenssjukdom beräknas upp emot 80 procent lida av smärta. Trots detta är smärta fortfarande ett underdiagnostiserat och underbehandlat symtom. Enligt International Council of Nurses [ICN] etiska kod har sjuksköterskor ett moraliskt ansvar för sina bedömningar och beslut, den etiska koden betonar även fyra ansvarsområden där ett av områdena är att lindra lidande. Demens är ett obotligt, fortskridande sjukdomstillstånd som leder till döden och där vården bör utgå från ett palliativt förhållningssätt. Idag beräknas omkring 130 000 till 150 000 personer i Sverige ha en demensdiagnos. Antalet drabbade spås öka till det dubbla år 2050, vilket kommer ställa höga krav på den framtida demensvården i form av ökade resurser, kompetens, forskning och ett nytänkande arbetssätt. För att kunna erbjuda personer med en demenssjukdom en god och värdig vård krävs kompetens i hur olika demenssjukdomar utvecklas samt hur sjukdomen påverkar den enskilda individen.

BAKGRUND

Demens är ett paraplybegrepp för att beskriva en samling sjukdomar som kännetecknas av en progressiv förlust av kognitiva funktioner (Ellis & Astelle, 2017). Det finns över 100 olika sjukdomar under samlingsnamnet demens, där det gemensamma är att tankeförmågan och minnet försämras (Socialstyrelsen, 2017). Idag finns inget botemedel eller behandling mot olika demenssjukdomar (Ellis & Astelle, 2017), utan åtgärderna inriktas på att lindra symtom och kompensera för de handikapp som sjukdomen för med sig (Socialstyrelsen, 2017). Demens är inte ett normalt åldrande (LoGiudice och Watson, 2014), utan demens är en diagnos för en rad symtom som beror på olika sjukdomar och skador (Achterberg et al., 2013). Achterberg et al. (2013) definierar demens som ett ”kliniskt syndrom som orsakas av skador i hjärnan, i regel av en progressiv karaktär, som leder till störningar av funktioner som minne, tänkande, orientering, förståelse, beräkning, inläring, språk och bedömning”. Riskfaktorer för att drabbas av demens är framförallt en hög ålder. Andra riskfaktorer är arv, kvinnligt kön, upprepade slag mot huvudet, låg utbildning, högt blodtryck och höga blodfetter (Eriksdotter Jönhagen, 2011).

Demenssjukdom

Demenssjukdomar brukar delas in i primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundära tillstånd. Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom som ensam utgör 60 procent av alla demenssjukdomar. Andra vanliga demenssjukdomar är vaskulär demens, frontotemporal demenssjukdomar, Lewykroppsdemens samt blanddemens som innebär att personer har både Alzheimer och vaskulär demens (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013).

Alzheimer sjukdom

Alzheimer sjukdom är den vanligaste orsaken till demens och även den vanligaste primärdegenerativa sjukdomen. Sjukdomens debut kommer ofta smygande och påverkar tidigt minne och inlärningsförmåga (LoGiudice & Watson, 2014). Tidiga symtom vid Alzheimer är svårigheter att komma ihåg händelser i närtid, lätta språkstörningar, koncentrationssvårigheter, nedsatt orienteringsförmåga och svårigheter att minnas namn. Symtomen ökar allt eftersom sjukdomen fortskrider, i ett senare stadium har personen svårt att kommunicera (Socialstyrelsen, 2017). Även muskelryckningar och epileptiska anfall är vanligt i den senare fasen och personerna är ofta sängliggande. Över 80 procent av alla personer med en Alzheimer drabbas någon gång under sjukdomen av neuropsykiatriska symtom, som sammanfattas under begreppet beteende mässiga och psykiska symtom vid

demens [BPSD]. Beteendesymtomen brukar delas i under fyra huvudgrupper, affektiva symtom, psykossymtom, hyperaktivitet och apati som dessutom är den vanligaste beteendesymtomen. Sjukdomsdurationen har angetts till nio år med en spridning mellan ett och tjugotre år från sjukdom till död. Alzheimer leder inte bara till en förtidig död utan är även den fjärde största dödsorsaken (Basun et al., 2013).

Vaskulär demens

Vaskulär demens är den näst vanliga demenssjukdomen med en frekvens på ungefär 25 till 30 procent (Wahlund, 2013). Sjukdomsdebuten sker oftast plötsligt och orsakas av blödningar eller proppar i hjärnan som leder till hjärncellsdöd eller syrebrist. Symtomen varierar och beror på vilken del av hjärnan som är skadad. Personlighetsförändringar brukar innebära en skada i pannloben, nedsatt minne beror på skador i tinningloben och skador i hjässloben brukar leda till en nedsatt analysförmåga (Socialstyrelsen, 2017).

Frontotemporal demenssjukdom

Frontotemporal demens är en neurodegenerativ process som startar i främre delen av hjärnan. Sjukdomsförloppet kommer oftast smygande, när kontrollfunktionerna som sitter i frontalloberna sviktar leder det till att personen gör det som faller personen in, vilket uppfattas av omgivningen som ett beteende av omdömeslöshet och egocentriskt beteende (Basun et al., 2013). Andra tidiga tecken på sjukdomen är personlighetsförändringar, nedsatt språklig förmåga dock brukar minnet till en början fungera bra (Socialstyrelsen, 2017). Sjukdomen kännetecknas även av bortfall av empati, sympati, engagemang och motivation. Senare i sjukdomsfasen påverkas även förmågor som problemlösning och ett abstrakt tänkande. Sjukdomen debuterar vanligen mellan 50 till 65 års ålder (Basun et al., 2013).

Leykroppsdemens

Leykroppsdemens är den yngsta demenssjukdomen och så sent som år 2005 föreslogs diagnostiska kriterierna för sjukdomen. Av den anledningen är det svårt att ange en exakt förekomst av sjukdomen, men en gissning är fem till tio procent. Leykroppsdemens betraktas ha ett släktskap med både Alzheimer och Parkinson (Basun et al., 2013). Sjukdomens funktioner kan delas in i tre kategorier av nedsatt kognitiv förmåga, nedsatt fysisk förmåga med parkinsonism samt beteende och psykiatriska fenomen med synhallucinationer (Jellinger & Korczyn, 2018). Tidiga tecken på sjukdomen är trötthet, nedsatt rumslig orientering och uppmärksamhet (Socialstyrelsen, 2017). Andra vanliga symtom är sömnstörningar, upprepade fall, svimningar, apati, depression och allvarliga överkänslighet mot antipsykotiska läkemedel (Jellinger & Korczyn, 2018).

Kommunikativa förmågor

Demens är ett tillstånd som försämrar de kognitiva funktionerna som tankeförmåga, perception, minne och språk. De nedsatta förmågorna resulterar i att personer med demenssjukdom i ett senare skede i sjukdomen inte förstår anvisningar eller förklaringar, personerna har även svårigheter att uttrycka behov, be om hjälp, rapportera symtom eller uttrycka sina känslor (McGilton et al., 2016). Personer med demenssjukdom kan även i ett senare skede av sjukdomen helt förlora sin förmåga att kommunicera verbalt, där personer som har tappat sin verbala kommunikativa förmåga oftast ignoreras av vårdpersonal. Den nedsatta förmågan att kommunicera och integrera leder till svårigheter att upprätthålla sociala relationer, vilket ökar risken för att socialt uteslutas (Ellis & Astelle, 2017; McGilton et al., 2016). När personer med demenssjukdom inte kan förstå andra personer eller förmedla sina behov kan beteendeproblem som agitation och depression uppstå (McGilton et al., 2016).

Smärta

Smärta är ett komplicerat och komplext symtom (Corbett et al., 2014). Det finns ett flertal definitioner på smärta, en definition är att smärta är vad patienten säger att det är och att smärta existerar när patienten säger att den gör det. Definitionen belyser svårigheterna för personal inom demensvården i mötet med personer som inte kan förmedla sin smärta och upplevelse med ord (Blomqvist, 2011). En annan definition är International Association for the Study of Pain [IASP], 2017 där smärta definieras som 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.

Total pain

Smärta är inte enbart en fysisk fråga, utan smärta har många dimensioner, där speciellt en kronisk smärta har en stor inverkan på livet (Strang & Strang, 2012). Begreppet ”total pain” som inkluderar fysisk, psykisk, social och existentiell/andlig smärta, för in en helhetssyn på begreppet smärta, där smärtan inte begränsas till en fysisk fråga (Mehta & Chan, 2008; Strang & Strang, 2012). Mehta och Chan (2008) menar att en kombination av dessa element leder till en mer specifik och individualiserad situation för varje person som upplever smärta. Enligt Strang och Strang (2012) är existentiell smärta ett begrepp som är svårt att definiera, begreppet har dock en given plats i den palliativa vården, där själen nämns som odelbar och där det ena påverkar det andra. Att smärta och ångest samvarierar är känt sedan tidigare, där smärta kan leda till nedstämdhet och ångest medan ångest och depression kan förstärka upplevelsen av en befintlig smärta.

Förekomst av smärta hos personer med demenssjukdom

Smärta är ett vanligt och stort problem för personer med demenssjukdom boende på särskilt boende, där smärta är både underdiagnostiserat och underbehandlat (Apinis, Tousignant, Arcand & Tousignant-Laflamme, 2014 ; Jennings, Linehan & Foley, 2018). Förekomsten av smärta på särskilt boende ligger på en frekvens mellan 40 och 80 procent (Alpinis et al., 2014; Husebo, Ballard, Cohen-Mansfield, 2012; Strang & Beck-Friis, 2012; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad & Berger, 2006). Vissa smärttillstånd ters sig bli vanligare med en ökad ålder. En överskuggande orsak till smärta hos äldre med en demenssjukdom är skador eller sjukdomar i rörelseapparaten, som ledsjukdomar, kotkompressioner och frakturer. Andra tillstånd är kontrakturer, cancersjukdomar, venösa- och arteriella sår. Neurogen smärta vid Stroke, bältros, eller polyneuropati (Blomqvist, 2011). Hoffman (2011) betonar även att tillstånd som inflammation, infektion, skav, förstoppning, njursten eller stenar i gall- eller urinblåsan kan orsaka smärttillstånd.

Smärtbedömning av personer med demenssjukdom

Smärtbedömning hos äldre personer har erkänts som ett ämne av stor betydelse, där en adekvat bedömning av smärta är det första avgörande steget mot en adekvat behandling. En underbehandlad smärta kan leda till beteendeproblem som sömnstörningar, agitation, viktminskning och depression (Zwakhalen, Hamers & Berger, 2007a), samt en negativ inverkan på sociala aktiviteter, fysisk förmåga och livskvalitet. Trots att smärta ibland upptäcks hos personer med demenssjukdom finns det flera orsaker som kan leda till underbehandling, dels felaktiga uppfattningar om huruvida äldre upplever smärta men även undermåliga behandlingsstrategier (Apinis et al., 2014).

Det finns många faktorer som kan påverka upptäckten av smärta, dels personens kognitivförmåga förmåga att rapportera smärta (Ferrell et al., 1995; Westerbotn et al., 2008). Dels vårdpersonalens attityder och intresse att försöka tolka tecken på smärta hos personer

med demenssjukdom, ett annat problem är att vårdpersonal uppfattar smärta som ett normal åldrande. Det största hindret att upptäcka smärta är att vårdpersonal förlitar sig på språket som kommunikationskälla (Blomqvist, 2011). Hoffman (2013) betonar att smärta är ett symptom som alltid ska uteslutas hos personer som inte kan förmedla sin upplevelse. En förutsättning för att upptäcka smärta hos personer med en demenssjukdom är dels att ha kunskap om personens sjukdom och livshistoria, men även att vården är personcentrerad och teambaserad.

Det saknas relevanta mätinstrument för att mäta smärta hos personer med demenssjukdom (Corbett et al., 2014). De mätinstrument som anses vara optimalt för att mäta smärta är självskattning, vilket anses tveksamt att personer med nedsatt kognitiv förmåga kan tolka, komma ihåg och förmedla sin smärta. Personer med demenssjukdom förlorar gradvis sin förmåga att bearbeta information, vilket leder till en oförmåga att uttrycka smärta på ett typiskt sätt (Zwakhalen et al., 2007a). Smärtskattningsinstrument som lämpar sig bättre för personer med demens är skalor som istället mäter ansiktsuttryck, kroppsrörelser och vokaliseringar, dock anses skalorna vara svår använda och det saknas kunskap om de olika skalors tillförlitlighet (Corbett et al., 2014). Även fysiologiska symptom som hjärtfrekvens och blodtryck brukar ingå tillsammans med andra beteendemässiga symptom i smärtbedömningar, dock anses de fysiologiska indikationerna inte helt tillförlitliga eftersom de kan indikera på andra symptom och sjukdomar (Zwakhalen, et al., 2006).

Palliativ vårdfilosofi och palliativt förhållningssätt

Demenssjukdom är en obotbar sjukdom som leder till döden där vården bör utgå från en palliativ vårdfilosofi (Basun et al., 2013). Socialstyrelsen (2013) skriver att palliativ vård syftar till att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada, det innebär också att beakta fysiska, psykiska, social och existentiella behov. Genom att tidigt upptäcka, analysera och behandla problem ges möjlighet att förebygga och lindra lidande. Beck-Friis och Strang (2012) betonar att en döende människa oavsett sjukdom drabbas i slutfasen i stort sett av samma symptom såsom smärta, oro, ångest, andnöd, och illamående och att farmakologisk behandling ska finnas tillgänglig. Palliativ vårdfilosofi är att verka för att uppnå högsta möjliga livskvalitet för den sjuke och närstående. Den förmedlar ett förhållningssätt som stämmer väl överens med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för personer med demenssjukdom. Den palliativa vårdfilosofin beaktar att ha en helhetssyn, där anhöriga görs delaktiga, att arbeta i multiprofessionellt team, men också ha kunskap om kommunikation när språket hos den sjuke inte längre fungerar. Dessa delar benämns som hörnstenarna i den palliativa vården (Socialstyrelsen, 2013).

Den palliativa vården delas in i två faser, en palliativ tidig fas och en palliativ sen fas. Den tidigare fasen syftar till att ha kontroll över livsförlängande behandling och att främja högre livskvalitet. I den senare fasen som oftast är mycket kortare, är målet att lindra lidande, övergången mellan faserna är ofta flytande och det är svårt att avgöra när vårdandet övergår från livsförlängande till lindrande. Övergångarna benämns som brytpunkter och den senare fasen benämns palliativ vård i livets slutskede (Socialstyrelsen, 2017).

Lidande

Begreppet lidande hänvisar till den mänskliga existensen som en helhet där upplevt lidande kan innebära att helheten hotas och att lidande påverkar livets betydelse och på djupet kan förändra det. Som vårdare är det nödvändigt att förstå patientens värld och sätta sig in i denna för att kunna lindra lidande (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004). Corbett et al. (2014) betonar att obehandlad smärta leder till ökat lidande, skapar andra symptom såsom agitation, oro och sömnproblem och ger sämre livskvalitet.

Nationella lagar

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 2017:30) och Socialtjänstlagen [SOL] (SFS 2001:453) är de två regelverk som styr över vård och omsorg av äldre personer med demenssjukdom i Sverige. I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] 1 §, kap. 3, i SFS, 2017:30 betonas att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska även ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. I Socialtjänstlagen (SFS 2001: 453), stadgas i 1 § att samhällets socialtjänst skall främja för människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkoren samt värna om ett aktivt deltagande i samhällslivet. Vidare skall Socialtjänstens omsorg sörja för att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (SFS, 2011:5, kap. 5, 4 §).

Specialistsjuksköterskans ansvar

Dagligen hanterar sjuksköterskor svåra etiska frågor och problem som uppstår i arbetet med patienter och deras närstående, med andra yrkeskategorier och inom hälso- och sjukvårdssystemet (Stievano & Tschudin, 2019). Stievano och Tschudin (2019) beskriver International Council of Nurses [ICN] etiska kod som en kritisk modell för etiska standarder inom sjukvårdsyrket. Där koden betonar ansvar för sjuksköterskors arbete inom sjukvården och lägger tonvikt på att sjuksköterskor är förespråkare för de mänskliga rättigheterna för patienten, deras närstående samt i sociala frågor. Styrkan med International Council of Nurses [ICN] etiska kod för sjuksköterskor är att den vägleder sjuksköterskor i världen till ett gemensamt förhållningssätt oberoende av nationella lagar. All omvårdnad har en etisk dimension där det finns ett moraliskt ansvar för sjuksköterskors bedömningar och beslut. Sjuksköterskornas etiska kod sammanfattar riktlinjerna med fyra grundläggande ansvarsområden, att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (International Council of Nurses, 2012).

Svensk hälso- och sjukvård blir alltmer komplex, resurskrävande och samarbete över professionsgränser kommer att öka. Detta gör att kraven på specialistsjuksköterskans kunskapskunnande kommer att ställa inte bara krav på fördjupning inom det egna huvudområdet omvårdnad, utan även inom den generella kompetensen som delas med andra professioner och över discipliner. Den avancerade kunskapen som specialistsjuksköterskan besitter måste också ses mot den bakgrund att den bedrivs och styrs av samhällets värderingar, prioriteringar och resursfördelningar. God kvalitet inom omvårdnaden förutsätter att bästa tillgängliga kunskap används (Edberg et al., 2013).

Kärnkompetenserna

Inom hälso- och sjukvården behövs nödvändiga kunskaper hos samtliga professioner som benämns kärnkompetenser, samtliga professioner inkluderar specialistsjuksköterskan. De sex kärnkompetenserna är personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och informations- och kommunikationsteknologi (Edberg et al., 2013). Det personcentrerade förhållningssättet innebär ett partnerskap mellan patient, närstående och vårdpersonal, där partnerskapet är det centrala då hela förhållningssättet bygger på ömsesidig respekt för varandras kunskap (Ekman & Norberg, 2013). Den personcentrerade vården innebär även att se personen och inte sjukdomen. Vidare ska vården se till patientens resurser, hinder och förutsättningar samt bygga på patientens egen berättelse (Edvardsson, Winblad och Sandman, 2008). Teamarbete handlar om att olika professioner och deras kompetenser samarbetar och där varje kompetens används där den gör störst nytta för patienten. Specialistsjuksköterskans roll är att kommunicera, främja och samarbeta med teamet, med insikt att teamet kan prestera mer i jämförelse med individuella prestationer i både svårbemästrade lägen som rutinmässiga

arbeten (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). Teamet ska främja för en öppen kommunikation, ömsesidig respekt och ett delat beslutsfattande för att uppnå en patientvård av hög kvalitet som fungera effektivt (Cronenwett et al., 2007). Evidensbaserad vård syftar till att använda metoder som gör störst nytta för patienten och som därtill är mest kostnadseffektiv (Johansson & Wallin, 2013). Den evidensbaserade vården handlar även om att integrera bästa möjliga vetenskapliga bevis med klinisk expertis för att optimera vården för den enskilde i vårdarbetets beslutsprocesser (Cronenwett et al., 2007). Vilket innebär att i en omvårdnadssituation ska specialistsjuksköterskan identifiera, lindra, förebygga, behandla och utvärdera omvårdnadsproblem, där omvårdnadsåtgärderna ska vara vetenskapligt underbyggda (Johansson & Wallin, 2013). Kvalitet är ett komplext begrepp som har många definitioner, gemensamt för dem alla är att det rör sig om en beskrivning av en positiv bemärkelse som går att mäta, möjlig att uppnå och ger vinst när teamet arbetar mot samma mål. Specialistsjuksköterskan har en viktig roll i kvalitetsutvecklingen med ett ansvar att tillföra organisationen kunskap inom sitt specialistområde men även hur ett förbättringsarbete kan bedrivas (Hommel, Idvall & Andersson, 2013). Säker vård är en betydelsefull kärnkompetens, där utvecklade system och arbetsprocesser kan minimera risker för fel och skador. För att öka kunskapen och skapa en säkrare vård ska det finnas en struktur för att analysera avvikelser. Patientsäkerhet definieras som ett skydd mot vårdskador och där syftet är att skydda patienter mot undvikbara skador vid vård och behandling. Undvikbara skador innebär skador som inte skulle ha uppkommit om rätt riktlinjer eller rutiner efterföljts, eller om patienten vårdats av rätt kompetens med relevanta evidensbaserade metoder (Öhrn, 2013).

Personcentrerad vård

McCormack och McCance (2006) har utvecklat en modell för personcentrerad omvårdnad som består av de fyra sfärerna förväntat mätbart resultat, bra ledarskap, vårdmiljö samt sjuksköterskan förutsättningar eller personliga egenskaper. Sjuksköterskans förutsättningar handlar om förutsättningar i förmåga att fatta beslut, ha kunskap och förmåga att kommunicera. Vårdmiljön syftar till att vara ett stödjande system för att uppnå delad makt samt förutsättning för innovationer. Bra ledarskap handlar om de personcentrade processer, om kommunikation och information. Förväntat mätbart resultat ska kunna mätas i hur patienten känner sig involverad eller nöjd (McCormack & McCance, 2006). McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan och Repper (2010) menar att en god personcentrerad vård handlar om att lära känna den person som ska vårdas, vilket är ett centralt inslag i begreppet personcentrerad vård. McKeown et al. (2010) beskriver att levnadsberättelsen hos personer som har nedsatt förmåga att kommunicera verbalt har en betydande och avgörande roll, för att förstå människan bakom sjukdomen. Där levnadsberättelsens syfte är att lära känna personen bakom sjukdomen dess preferenser och önskemål. De Witt Jansen et al. (2017) betonar vikten av att skapa en relation till personer med en demenssjukdom för att få en helhet vid förändrade beteenden. En daglig nära kontakt gynnade relationen och resulterade i en detaljerad kunskap om det normala beteendet och mönstret, som sedan låg till grund för bedömning när detta vara avvikande, det var också lättare att då identifiera eller utesluta smärta. Enligt McKeown et al. (2010) kan levnadsberättelsen även förmedla personens syn på döden och personens önskemål i livets slutskede. Socialstyrelsen (2017) uttrycker att övergripande för vård och omsorg av personer med demenssjukdom är att den ska ges utifrån ett personcentrerat förhållningssätt, det syftar till att ha en mer personlig omvårdnad och att ha förståelse för de olika problem och svårigheter som kan uppstå i samband med sjukdomen.

Problemformulering

Smärta kan vara ett odiagnostiserat och obehandlat symptom inom demensvården. Ett flertal studier påvisar att mellan 40 och 80 procent av personer med demenssjukdom inom äldreården har smärta. Trots att smärta har en stor betydelse för både välbefinnandet och livskvaliteten är inte alltid en adekvat smärtlindring tillräckligt beaktad inom vården av personer med demenssjukdom. Smärta är en subjektiv upplevelse som endast kan värderas av den som drabbats av smärta. Vilket leder till en komplex situation för personer med en demenssjukdom som tappar sin verbala kommunikativa förmåga och i ett senare skede av sjukdomsförloppet även kan drabbas av stumhet. För att personer med en demenssjukdom inte ska bli underbehandlade krävs det att omgivningen kan tolka de signaler personerna uttrycker. Detta ställer ökade kunskapskrav på sjuksköterskor för att möta denna komplexa patientgrupp. Idag saknas det sjuksköterskor med en specialistutbildning inom demens, vilket också medför att kunskapen om demenssjukdomar är begränsad inom vård och omsorg. Författarna till detta arbete anser att det är av stort värde att få belysa och utforska sjuksköterskors attityder och kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom.

SYFTE

Syftet var att belysa sjuksköterskors attityder till och kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom

METOD

Design

Metoden för denna studie är en litteraturöversikt som forskningsdesign. Syftet med en litteraturöversikt är att söka, kritiskt granska och sammanställa data från tidigare empiriska studier i ett resultat (Polit & Beck, 2017). En litteraturöversikt ger en bred överblick av aktuell kunskap inom valt problemområde och bygger på ett tydligt utformat syfte eller frågeställning, som besvaras systematiskt genom att urskilja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016). En litteraturöversikt ger en möjlighet att inhämta en bred kvantitet av aktuell forskning utifrån både kvalitativ och kvantitativ forskning i databaserna PubMed, CINAHL samt Psycinfo. Syftet med en kvantitativ forskning inom omvårdnaden är att finna bevis för vilken behandlingsmetod, omvårdnadsåtgärder eller rutin som gagnar patienten på bästa sätt. En litteraturstudie kan belysa nya forskningsperspektiv inom valt problemområde (Polit & Beck, 2017). En välskrivna litteraturöversikt kan också vara praktiskt användbar i kliniskt arbete samt vara ett underlag för en evidensbaserad vård (Friberg, 2016).

Urval

Tydliga inklusions- och exklusionskriterier används för att erhålla relevanta artiklar och stärka litteraturstudiens validitet och reliabilitet (Polit & Beck, 2017). Ett antal inklusions- och exklusionskriterier valdes för att erhålla artiklar som överensstämmer med litteraturöversiktens syfte. Inklusionskriterier var att artiklarna var referegranskade originalartiklar vilket innebär att artiklarna är granskade av andra forskare på en vetenskaplig tidskrift (Forsberg & Wengström, 2016). Vidare inklusionskriterier var artiklar med tillgång till abstrakt och fulltext, som var skrivna på svenska, norska eller engelska. Artiklar som inte inkluderade sjuksköterskor exkluderades. Andra exklusionskriterier var artiklar som var äldre än femton år. Och artiklar som saknade abstrakt exkluderades med anledning av att det är svårt att förstå en studies syfte utan en sammanfattning.

Datainsamling

Inledande databassökningar påbörjades i augusti 2019 för att hitta en grund för syfte och problemformulering. När syftet var etablerat gjordes en pilotsökning med avseende att undersöka om det fanns relevanta artiklar som svarar till studiens syfte, samt för att formulera vidare sökord för att hitta fler relevanta artiklar (Östlund, 2017). Artikelsökningar av vetenskapliga artiklar relevanta för studiens syfte gjordes därefter under oktober 2019 och januari 2020. Sökningar gjordes i databaserna PubMed, PsycInfo och i Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL]. PubMed är en databas som täcker områden som omvårdnadsforskning, medicin och odontologi, medan PsycInfo täcker forskning och angränsade ämnen som psykiatri, sociologi, beteendevetenskap och medicin. Databasen CINAHL täcker områden som omvårdnad, arbetsterapi och sjukgymnastik. De olika databaserna har olika system för ämnesord (Forsberg & Wengström, 2016). PubMed söksystem kallas Medical Subject Headings [MeSH] och databasen CINAHL använder sig av söksystemet Cinahl Headings. De sökord som har använts utgår från studiens syfte. För att hitta relevanta sökord har demenssjukdom, sjuksköterska, smärta, kunskap och attityd översatts via svenska MESH-termer. De sökord som framkom var dementia, nurses, pain, knowledge och attitudes. Fritextsökord som använts är Alzheimer, cognitive impairment, assessment, perception och nurse perspective. De booleska operatorerna AND, OR har använts med anledning att bredda och smalna av sökningarna utifrån syftet. Trunkering [*] användes vid en sökning i PubMed för att vidga sökningen, där ändelsen på sökordet nurses togs bort (Forsberg & Wengström, 2016). Under databassökningarna valdes artiklar ut med rubriker som förväntades svara på studiens syfte, där författarna till denna studie läste abstrakten. Därefter valdes artiklar ut som ansågs besvara studiens syfte och lästes i sin helhet. De artiklar som enskild författare till denna studie ansåg passa syftet eller eventuellt passa studiens syfte lästes därefter av båda författarna till denna studie. I sin helhet lästes 59 antal artiklar, varav 33 antal artiklar lästes av båda författarna till denna studie. Efter databassökningarna och en genomgång av alla artiklar valdes 13 artiklar ut som berörde valt ämne och svarade på studiens syfte. En manuell sökning gjordes därefter genom att studera artiklars referenslistor av artiklar som vidrör problemområdet. Genom att söka igenom referenslistor har 2 artiklar inkluderats. Författarna till detta arbete har även sökt i tidskriften Ä, som är en tidskrift från riksföreningen sjuksköterskan inom äldre och demensvård för att finna relevanta artiklar till resultatet, dock utan framgång.

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 20190829	MeSH Dementia AND Pain, AND Nurse (10 år, engelska, svenska, norska)	97	29	19	8
PubMed 20190829	MeSH Dementia OR Cognitive impairment OR Alzheimer AND Pain, AND Nurses	117	17	6	0
PubMed 20190829	MeSH dementia AND nurs* AND Pain AND knowledge. (10 år, engelska, svenska, norska)	41	8	4	0

PubMed 20191213	MeSH dementia AND perception AND pain (10 år, med abstract, engelska, svenska, norska)	68	4	2	1
Psykinfo 20191211	Cognitive impairment AND pain AND nurses	34	5	2	0
CINAHL 20191213	Dementia AND pain AND nurs* AND knowledge	64	12	6	2
PubMed 20191213	Assessing AND Pain AND dementia	146	24	8	1
PubMed 20191213	Dementia OR Alzheimer AND Pain AND Knowledge. (10 år, med abstract, engelska)	192	17	8	0
PubMed 20200107	Dementia AND Pain AND Nurses (engelska)	183	8	4	1
TOTALT		942	124	59	13

Tabell 1. Presentation av databassökning i Psykinfo, Pubmed och CINAHL,

Manuell sökning

Av inkluderade artiklar har två stycken artiklar valts ut genom manuell sökning, där författarna till denna studie har sökt igenom referenslistor på artiklar som svarar på syfte och problemformulering. Författarna till denna studie har även sökt i tidskrifter, dock utan resultat. Två artiklar Kaaslainen et al., (2006) och Zwakhalen, Hamers Pejnenburg och Berger (2007) har inkluderats efter att författarna till denna studie har läst och tagit del av ett stort antal vetenskapliga artiklar som berör problemformulering och syfte. Där valda artiklar ligger till grund för en stor kunskap inom valt problemområdet och där ett stort antal författare flitigt refererar till dessa två studier. Författarna till detta arbete anser att de två valda artiklarna bidrar med en gedigen kunskap om sjuksköterskors attityder och kunskap om smärta, trots att artiklarna är äldre än tio år. Enligt Forsberg och Wengström (2016) kan en manuell sökning ske på ett flertal olika sätt. Dels genom att studera referenslistor på artiklar som rör problemområdet och därigenom finna andra artiklar som berör ämnet. Men även genom att läsa tidskrifter inom valt område och söka i innehållsförteckningen eller tidskriftens index över publicerade artiklar. Ett annat sätt är att kontakta forskare i ämnet och fråga om aktuell forskning.

Databearbetning

Vid en litteraturoversikt är det viktigt att artiklar som inkluderas i studien granskas avseende dess kvalitet, där bedömning görs för att minimera risken för systematiska fel och samt för att öka tillförlitligheten i studien (Kristensson, 2014). Vad som utgör studiers kvalitet är beroende på om vilken ansats och design som använts. Kvantitativa studier granskas utifrån sin validitet och reliabilitet, där validiteten betyder giltighet och beskriver om mätinstrumentet mäter det som avsetts att mätas eller undersökas. Reliabiliteten handlar om mätinstrumentets tillförlitlighet och möjlighet till reproducerbarhet vid upprepade mätningar. Vid kvalitativ metod används begrepp såsom generaliserbarhet och pålitlighet som indikatorer på att bedöma vetenskaplig kvalitet och fokuserar på en tydlighet i analysprocessen (Henricsson, 2017).

De inkluderade artiklarna kvalitetsgranskades utifrån Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) (Bilaga A). De 15 artiklar som inkluderades efter kvalitetsgranskning presenterades i artikelmatris (Bilaga B). 12 artiklar bedömdes ha hög kvalitet och tre artiklar bedömdes ha medelnivå. Ingen artikel med kvalitet låg inkluderades.

Dataanalys

I denna studie används integrerad analys som analysmetod och för att redovisa resultatet. Integrerad analys är enligt Kristensson (2014) ett bra sätt att redovisa resultatet för att få det mer överskådligt och där resultatet ställs i relation till varandra. Analysförfarandet delas in i tre olika steg: identifiering av övergripande likheter och skillnader, identifiering av kategorier som relaterar till varandra samt sammanställning av resultatet under olika kategorierna.

En genomläsning av samtliga femton artiklar som valts ut till resultatet gjordes, därefter delades artiklarna upp mellan författarna för en sammanfattning av respektive artikels resultat. Resultatet översattes till svenska och därefter lästes samtliga sammanfattningar enskilt. Det sammanfattade resultatet av respektive artikel placerades sedan i ett samlat dokument, där varje artikel färgkodades för en tydlighet. Det samlade resultatet lästes sedan i sin helhet av båda författarna för att jämföra att det fanns en liknande uppfattning av resultatet. Likheter och skillnader identifierades som relaterade till varandra, dessa skrevs ned som preliminära kategorier och diskuterades sedan mellan författarna för att sedan sammanställas som resultatets rubriker.

Författarna har i möjligaste mån genom diskussion med varandra analyserat materialet fördomsfritt utan egna värderingar. Vi är medvetna om att en viss förförståelse kring syftet finns som vi skaffat genom utbildning och erfarenhet, men som vi genom reflektion försökt lägga åt sidan. Enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) påverkas resultatets trovärdighet även av hur forskarnas förförståelse genom teoretisk kunskap, erfarenhet och förutfattade meningar satt sin prägel på resultatet, det finns olika uppfattningar om denna förförståelse ska användas eller ej då förförståelsen oftast är en omedveten företeelse.

Forskningsetiska överväganden

Etiska aspekter bör alltid beaktas vid genomförandet av en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2016). Forskning som berör människor ska efterfölja bestämmelser i lagen om etikprövning (SFS 2003:460). Lagens syfte är att värna om varje enskild persons integritet vid forskning. Forsberg och Wengström (2016) betonar att resultatet som presenteras i litteraturöversikten ska vara trovärdig. Samtliga relevanta artiklar ska presenteras, även de artiklar som inte stödjer forskarens åsikt eller hypotes. Att endast inkludera artiklar som stöder ens åsikter, anse oetiskt. Författarna till denna studie eftersträvade ett objektiva förhållningssätt under datainsamlingen samt analysen av artiklarna. Ett stort antal abstrakt lästes under urvalsprocessen för att undvika att utifrån rubriker dra en subjektiv slutsats. Endast artiklar som svarade på studiens syfte inkluderades. Polit och Beck (2017) betonar att oredlighet i forskning, inte får förekomma oavsett om syftet till plagiering eller fabricering är avsiktlig eller oavsiktlig.

RESULTAT

Resultat är speglat ur sjuksköterskors perspektiv och inkluderar både sjuksköterskor på särskilda boende, hemsjukvård och på sjukhusavdelningar. Resultatet presenteras under följande sex huvudkategorier.

Sjuksköterskors bristande kunskap att identifiera smärta	Sjuksköterskors rädsla och ovilja att lindra smärta
Sjuksköterskors bristande kunskap att bedöma smärta	Teamarbets betydelse för bedömning och hantering av smärta
Hinder som påverkar sjuksköterskors bedömning av smärta	Organisatoriska hinder för kunskapsutveckling

Sjuksköterskors bristande kunskap att identifiera smärta

Sjuksköterskor ansåg att det var en utmanande omvårdnadsuppgift att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom (Burns & McIlpatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Krupic et al., 2020; Lillekroken & Slettebø, 2013). Monroe et al. (2015) menar att sjuksköterskors kliniska kunskaper påverkar förmågan att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Vilket påvisades tydligt i en studie av Gilmore-Bykovskiy och Bowers (2013) där sjuksköterskor saknade specifik kunskap om demens samt att tolka beteende som kan tyda på smärta.

Sjuksköterskor upplevde att de måste gissa vad som är rätt sak att göra när personer med demenssjukdom blir oroliga (Seffo et al., 2020). Till skillnad från sjuksköterskor i Zwakhalen et al. (2007b) studie som ansåg att det inte var en gissningslek att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Där 80 procent av sjuksköterskorna tyckte att de ägnade stor uppmärksamhet att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Och 83 procent av sjuksköterskorna var övertygade att de hade bedömt smärtan korrekt och att personerna med demenssjukdom var adekvat smärtlindrande på deras avdelning. I studien framkommer dock en skillnad på kunskap om smärta och demenssjukdomar mellan specialistutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor som var grundutbildade. Studien påvisade att specialistsjuksköterskor hade en mer realistisk uppfattning och kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom. I en studie av Neville et al. (2006) ansåg en majoritet på 52 procent av sjuksköterskorna att de hade genomsnittlig kunskap var det gäller äldre personer med demenssjukdom. Medan 26 procent av deltagarna ansåg att de inte hade tillräckligt med kunskap. De flesta sjuksköterskor i Brorson et al. (2012) studie upplevde att de hade förmåga att observera och tolka patienters individuella smärtsignaler och att denna förmåga utvecklades genom erfarenhet. I en studie av Krupic et al. (2020) uppgav sjuksköterskorna att det är en utmaning att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom men att de förlitade sig på sina kunskaper, sina kollegor och de kurser som majoriteten av dem hade genomfört.

Sjuksköterskor var osäkra om smärta är en naturlig del av åldrandet (Barry, Parsons, Passmore & Hughes, 2012; Burns & McIlpatrick, 2015; Zwakhalen et al., 2007b). Enligt Barry, et al (2012) var sjuksköterskor med en lång erfarenhet inom vården av personer med demenssjukdom mer benägna att tro att smärta är en naturlig del av åldrandet. Kaasalainen et al. (2006) menar att myten att smärta är en del av det naturliga åldrande lever kvar. Dock påvisade sjuksköterskorna i en norsk studie att de hade kunskap om smärta och

äldre, där sjuksköterskorna ansåg att det är en myt att smärta är ett normaltillstånd hos äldre och att äldre tål smärta mer än yngre (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Sjuksköterskors bristande förmåga att bedöma smärta

I flera av studierna framkommer att kunskaperna kring att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom var bristfällig (Barry et al., 2012; Brorson et al., 2012; Burns & McIlpatrick, 2015; De Witt Jansen. 2017b; Gilmore-Bykovskiy & Bowers 2013; Kaasalainen et al., 2006; Karlsson et al., 2015; Krupic et al., 2018; Krupic et al., 2020; Lillekroken & Slettebø 2013; Monroe et al., 2015; Zwakhalen et al., 2007b). Att bedöma smärta hos personer med en avancerad demens ansågs vara en komplex process och en stor utmaning (Gilmore-Bykovskiy & Bowers 2013; Monroe et al., 2015). Det fanns en stor vilja hos sjuksköterskorna att bedöma smärta och om inte tillräcklig information kunde ges av patienten själv använde de andra sätt såsom att söka information hos annan vårdpersonal, granskning av patientens tidigare anamnes eller ringde anhöriga (Krupic et al., 2018).

Tillräcklig kunskap om vårdmottagaren är avgörande i smärtbedömningssituationer, i synnerhet hos personer som hade svårighet att beskriva smärta verbalt (Karlsson et al., 2015). Liknande framkommer i Monroe et al. (2015) där sjuksköterskor sökte efter olika ledtrådar såsom verbala och beteendemässiga, granskning av journaler, utvärderade patientens miljö såsom ljudnivåer och temperatur samt att försöka skilja på emotionellt lidande och fysiskt obehag. Sjuksköterskor ansåg även att ett förändrat beteende kunde indikera på smärta hos personer med demenssjukdom (Barry et al., 2012; Brorson et al., 2012; Burns & McIlpatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bower, 2013; Krupic et al., 2020; Monroe et al., 2015; Seffo et al., 2020). Vanliga beteendeförändringar vid smärta var motorisk orolighet, förvirring, oro och ångest (Karlsson et al., 2015; Krupic et al., 2020; Steffo et al., 2020). Andra beteende som kunde indikera på smärta var nervositet, agitation, rastlöshet, skrik, sömnstörningar, aptitlöshet och i vissa fall och aggression (Krupic et al., 2020).

I Monroe et al. (2015) framkom även ett flertal faktorer som påverkar sjuksköterskors förmåga att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom, såsom kliniska kunskaper, kommunikation med närstående, en längre tids kännedom om personen samt kommunikation med teamet. Krupic et al. (2018) visar liknande, där de tre vanligaste sätten för att uppmärksamma smärta var att se, lyssna och analysera, vilket även framkommer i Karlsson et al. (2012) men där det menas att det krävdes tid hos patienten för detta, vilket oftast inte fanns. Enligt Lillekroken och Slettebø (2013) ansåg sjuksköterskorna att de var tvungna att ta hänsyn till ett flertal faktorer som polyfarmaci, personens ålder och samsjuklighet när de gjorde sin kartläggning.

Sjuksköterskors använde olika strategier för att observera personers beteende vid bedömning av smärta (Barry et al., 2012; Brorson et al., 2012; Monroe et al., 2015; Krupic et al., 2018; Krupic et al., 2020). Dock framkommer i Monroe et al. (2015) att sjuksköterskorna ibland trots deras yttersta ansträngning att förstå den enskildes smärtupplevelse kände sig osäkra kring i sin bedömning. Gilmore-Bykovskiy och Bowers (2013) redovisar i sin studie hur sjuksköterskor använde sig av olika säkerhetsnivåer i sin bedömning, där identifiering utgick från tre typer av smärtindikatorer; beteenden som tyder på smärta, beteenden som tyder på mycket smärta och allmänna beteendeförändringar. Ändå kände sjuksköterskorna sig osäkra på tillförlitligheten i sin bedömning hos personer med demenssjukdom, och osäkerheten gjorde att de inte vågade helt förlita sig på denna och fastställa smärta. I Karlsson et al. (2015) studie menar sjuksköterskor att smärtbedömning är en utforskande uppgift och samt att detta ofta kan vara kopplad till etiskt dilemma på grund av att den kognitiva funktionsnedsättningen

där patienten inte har förmåga att heller ta till sig att den har smärta och vägrar att samarbeta trots att smärta tydligt har framkommit. Vilket påvisar att det inte enbart är bedömningen som är en utmaning utan att själva mottagandet av behandlingen blir problematisk.

Många verksamheter saknade riktlinjer för smärtbedömning hos personer med demenssjukdom (Barry et al., 2012; Kaasalainen et al., 2006; Lillekroken & Slettebø, 2013). Medan sjuksköterskor saknade både kunskap och rutiner för att använda smärtskattningsinstrument (Burns & McIlfatrick, 2015; Lillekroken & Slettebø, 2013; Zwakhlen et al., 2007b). I en studie av Krupic et al. (2019) använde vissa sjuksköterskor olika smärtskattningsverktyg, dock ansåg sjuksköterskorna att de inte gav några resultat eftersom dessa patienter inte kunde svara på frågorna och att de inte kunde komma ihåg sin smärta. De vanligaste bedömningsinstrumenten var numeriska värderingsskalan och visuell analog skala. Emellertid använde majoriteten av erfarna sjuksköterskor i studien inte smärtskattningsverktyg eftersom de trodde att skalorna inte hjälpte och menade att dessa personer med en demenssjukdom inte kunde uppskatta sin smärta med hjälp av dessa hjälpmedel. Samma uppfattning hade sjuksköterskorna i en studie av Burns och McIlfatrick (2015) som ansåg att personer med demenssjukdom inte kunde självrapportera sin smärta, vilket gjorde att det fanns en osäkerhet i användningen av smärtbedömningsverktyg. Vilket får stöd av sjuksköterskor från flera studier som ansåg att mäta smärta med hjälp av en analog skala, inte var användbart för personer med en demenssjukdom (Karlsson et al., 2014; Lillekroken & Slettebø, 2013). I stället för att använda smärtskattningsinstrument registrerades dygnsrytmen på ett vårdhem, sjuksköterskorna ansåg att dygnsrytmen kunde spegla personernas smärtstatus över ett dygn (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Hinder som påverkar sjuksköterskors bedömning av smärta

I olika studier framkommer att det finns hinder eller barriärer som negativt påverkar bedömning av smärta och lyfts upp som tidsbegränsningar, personalbrist och hög arbetsbelastning (Burns & McIlfatrick 2015; Karlsson et al., 2012; Lillekroken & Slettebø, 2013; Seffo et al., 2020). Att vårda personer med demenssjukdom är mer tidskrävande jämfört med personer som är kognitivt intakta (Krupic et al., 2020; Seffo et al., 2020). Sjuksköterskor i Krupic et al. (2020) studie påtalade att smärtbedömningar av personer med demenssjukdom var mer tidkrävande än för personer utan demens. Sjuksköterskor i Seffo et al. (2020) studie menar att det är av stor vikt att anpassa vårdbehovet efter varje unik patient, vilket upplevdes svårt i miljön på akutmottagningen, där det förekom en ökad stress, brist på personal, besparingar och tidsbrist. Vidare menar Seffo et al. (2020) att vårdprocessen på akuten tar flera timmar av förberedelser och samordning med andra enheter både internt och externt. Vilket även inkluderar ett samarbete med anhöriga, allt för att uppnå de bästa förutsättningar för vården av personer med demenssjukdom.

I Karlsson et al. (2012) reflekterade sjuksköterskorna över svårigheter på grund av att de inte längre deltog i den dagliga kontakten med patienten utan mer arbetade som konsulter, detta innebar avlägsenhet från patienten och ledde till en stor brist i möjligheten att bedöma smärta. Karlsson et al. (2015) betonar vikten av personalkontinuitet för att utveckla relationer som bidrog till bättre förståelse kring smärta, om alltför många sjuksköterskor var inblandade blev kontinuiteten sämre och försvårade både tolkning och bedömningar av smärta. Karlsson et al. (2012) menar att organisationen var sådan att sjuksköterskor inte alltid befann sig där patienten befann sig utan var beroende av annan vårdpersonals rapport och dokumentation, vilket många gånger ansågs bristfällig och informationen kändes begagnad. Tre studier visar att det fanns en stor brist på informationsutbyte vid både överrapportering och i patientjournaler (Krupic et al., 2018; Krupic et al., 2020, Seffo et al., 2020). Krupic et al.

(2018) menar att ibland var det enda informationsutbytet som skedde en kort muntlig rapport, vilket upplevdes som otillräcklig information. Sjuksköterskor i Seffo et al. (2020) studie påtalar brister i vårdkedjan där vården saknar sammankopplade journalsystem, vilket leder till att sjuksköterskor får spendera mer tid för att leta efter data om personerna.

Samtliga studier lyfter fram verbal kommunikationen hos personer med demenssjukdom var svår. Krupic et al. (2018) visar att sjuksköterskor upplevde det problematiskt och utmanande att kommunicera med personer som hade en demenssjukdom. I en studie av Brorson et al. (2012) rapporterade sjuksköterskor att kommunikation ofta var ett hinder eftersom personer med demenssjukdom i allmänhet har svårigheter med verbal kommunikation och inte kunde uttrycka sin smärta verbalt och om de uttryckte sig verbalt och smärta identifierades, fanns det svårigheter i att bestämma smärtans natur såsom berätta vart det gör ont, på vilket sätt det gör ont och hur mycket det gör ont på grund av kommunikationssvårigheter. Majoriteten av sjuksköterskorna i Krupic et al. (2020) var medvetna om dessa patienters kommunikationsförmågor och de fokuserade vanligtvis på andra saker snarare än att kommunicera med dem, dock fanns en oenighet hur sjuksköterskor kommunicerade en del av sjuksköterskorna uppgav att det pratade normalt men använde ett enklare språk, medans andra pratade om att personen med demenssjukdom inte förstod någonting. I Seffo et al. (2020) studie belyser sjuksköterskor vikten av interaktion mellan dem och personerna med demenssjukdom. Och där kommunikation anses naturlig men att den måste anpassas till individernas förmåga att förstå sin omgivning för ett positivt resultat.

I studien av Karlsson et al. (2015) beskriver sjuksköterskorna att de använder olika strategier för att bedöma smärta, beroende på hur de lyckas kommunicera med vårdmottagaren, men att den första strategin var att de förlitade sig på personens förmåga att beskriva smärta verbalt. På grund av oförmåga att uttrycka smärta verbalt hade personer med demens en stor risk att inte få sin smärta bedömd på ett tillräckligt sätt (Kaasalainen et al., 2006). Krupic et al. (2020) menar att det är viktigt att lyssna på patienten och att sjuksköterskorna på så sätt uppmärksammade dem även om kommunikationen inte gav någonting. Karlsson et al. (2015) menar att lita på vad personen säger är grunden för bedömning, men att det gäller att vara medveten om faktum att demens försämrar minnet och abstrakt tänkande, och att måste baseras på enklare intervjueteknik med enkla frågor.

När muntlig kommunikation inte var effektiv övergav sjuksköterskor den och använde icke-verbal kommunikation som ett verktyg för att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt (Krupic et al., 2020; Seffo et al., 2020). Om det finns en verbal kommunikationsbarriär på grund av vårdmottagarens kognitiva försämring, försöker sjuksköterskorna utnyttja andra strategier för att undersöka smärta, en andra strategi är att undersöka rörelsekapacitet och kontrollera reaktioner för att avgöra om nedsatt kroppsfunction kan vara en indikator på smärta (Karlsson et al., 2014). I Krupic et al. (2020) studie betonas vikten av att vara medveten om sitt eget kroppsspråk i kommunikationen med en demenssjuk person. Andra viktiga delar av kommunikationen var att personer med demenssjukdom interagerade med leenden, beröring, ton och ögonkontakt (Krupic et al., 2020; Seffo et al., 2020). Karlsson et al. (2015) betonar att en tredje strategi handlar om att observera beteendeförändringar för att identifiera eventuella förändringar som kan orsakas av smärta och var förknippad med en professionell motivation att avgöra om vad personen lider av och att identifiera eventuell smärta, detta gjorde genom att ha en iakttagande attityd och utforska förändringar i både beteende och kroppsrörelse och försöka förstå dessa förändringar. Krupic et al. (2020) noterar vikten av att förstå ansiktsuttryck, gester och hållning då dessa förmedlar känsla och mening om någonting.

I studien av Krupic et al. (2018) uppgav sjuksköterskor att de kommunicerade med personerna genom att hålla handen smeka deras händer samtidigt som de pratade genom ett enkelt språk med mild framtoning om smärta och under tiden var uppmärksamma på patienternas reaktion och att känslan som de flesta sjuksköterskor uppgav var att de kunde identifiera sig med patientens smärta, trots att de kanske saknade svar från patienten. Krupic et al. (2020) visar att beröring var en effektiv metod för att kommunicera med demenspatienter och kunde användas för att stimulera, förmedla trygghet och värme i syfte att lugna och få patienten att slappna av. Dock visar denna studie också att vissa patienter inte gillade att bli berörda och att det därför var viktigt att vara uppmärksam och försiktig.

Sjuksköterskors rädsla och ovilja att lindra smärta

Sjuksköterskor kände en osäkerhet huruvida opioider ska användas som smärtstillande hos personer med demenssjukdom (Barry et al., 2012; Burns & McIlfatrick, 2015; Kaasalainen et al., 2006; Neville et al., 2006; Zwakhalen et al., 2007b). Det fanns även en rädsla hos sjuksköterskorna att administrering av opioider kan leda till ett missbruk.

I en studie av Neville et al. (2006) uppgav en majoritet av sjuksköterskorna att ett intag av starka smärtmediciner som morfinpreparat leder till ett narkotikamissbruk hos personer med demenssjukdom. Även Burns och McIlfatrick (2015) och Zwakhalen et al. (2007b) påvisar i sina studier en osäkerhet bland sjuksköterskor kring smärtstillande läkemedel som morfinpreparat och huruvida de leder till missbruk.

I en studie av Kaasalainen et al. (2006) var sjuksköterskor ytters oroad för att hantera biverkningar av smärtstillande läkemedel innehållande opioider. Dels fanns en oro för de ökade riskerna med att använda narkotikaklassade läkemedel hos den äldre befolkningen. Dels oroad sig sjuksköterskorna för biverkningar som förstoppning, illamående och en ökad fallrisk. Ett flertal studier tar även upp rädslan hos sjuksköterskor för att personer med demenssjukdom drabbas av biverkningar på grund av polyfarmaci, där narkotikaklassade läkemedel kombineras med ett flertal andra läkemedel (Kaasalainen et al., 2006; Lillekroken & Slettebø, 2013; Seffo et al., 2020). Enligt Lillekroken och Slettebø (2013) ansågs biverkningarna av smärtstillande läkemedel lätta att förväxla med symptom på svår demens eller psykiska symtom. Sjuksköterskor i Kaasalainen et al. (2006) studie uppgav att de alltid arbetar för att minimera antalet läkemedel eftersom de var oroliga för de konsekvenser många läkemedel kan utveckla i framtiden. Sjuksköterskor upplevde sig nöjda när de kunde påverka att antalet läkemedel minskade i antal inklusive smärtstillande, med en attityd att "less is more".

Observerbara förändringar i personernas beteende var ett kriterium för att utvärdera smärtlindring (Lillekroken & Slettebø, 2013; Neville et al., 2006). Där sjuksköterskor i Lillekroken och Slettebø (2013) studie ansåg om personerna lugnade ner sig hade läkemedlet en smärtlindrande effekt. Medan sjuksköterskor i Neville et al. (2006) studie trodde att personerna verbaliserar åtminstone viss smärta som indikerar att smärtbehandlingen är ineffektiv. En majoritet av sjuksköterskorna trodde dessutom att smärta var nödvändigt innan nästa dos av smärtlindring administreras och 17 procent ansåg att "mycket smärta" är nödvändigt innan nästa dos erbjuds. I en studie av Barry et al. (2012) ansåg 8,3 procent av sjuksköterskorna att personer med demenssjukdom kunde självrapportera sin smärta.

Det fanns en osäkerhet huruvida en optimal smärtlindring uppnås med kontinuerlig smärtbehandling eller med behovsordinationer (Burns & McIlfatrick, 2015; Zwakhalen et al., 2007b). Sjuksköterskor upplevde att det var utmanande att ge injektioner till personer med

demenssjukdom med en låg nivå av kroppsfett och muskulatur. Där det fanns en rädsla för att injektionerna skulle leda till en oro och uppfattas som smärtsamma för personerna. Sjuksköterskorna föredrog suppositorier och depotplåster som ansågs som en mindre invasiv metod (De Witt Jansen et al., 2017b). Sjuksköterskor i Seffo et al. (2020) studie var oroliga för konsekvenserna om personerna fick mer smärtstillande än de kunde hantera, vidare upplevde sjuksköterskorna att gränsen för vad personer med demenssjukdom tål är känslig, där de i värsta fall kan sluta att andas. Sjuksköterskor ansåg därav att det var lättare att titrera uppåt än att ge en rimlig dos från början. Till skillnad från sjuksköterskor i Brorson et al. (2012) studie som ansåg att det är bättre att överbehandla än att underbehandla då obehandlad smärta ansågs skapa ett större lidande än om de fick för mycket smärtstillande läkemedel i livets slutskede.

Sjuksköterskor upplevde att det var en utmaning när personer med demenssjukdom inte samarbetade vid administrering av smärtstillande läkemedel. Sjuksköterskorna ansåg att de hade för avsikt att lindra smärta hos patienterna men att de stötte på etiska dilemman när patienterna vägrade att ta sina läkemedel (Burns & McIlpatrick, 2015; Lillekroken & Slettebö, 2013; Karlsson et al., 2015). Sjuksköterskor uppfattade att ångest och rädsla hos personer med demenssjukdom, vid administrering av läkemedel berodde på brister i personernas kognition, som påverkade förmåga att förstå syftet med smärtlindringen (De Witt Jansen et al., 2017b). Sjuksköterskor upplevde det frustrerande att försöka övertala patienterna att ta sina mediciner och att det inte fanns resurser eller tid att motivera patienterna att inta sina smärtstillande. En sista utväg föll på tvångsbehandling när det inte fanns ett annat alternativ (Lillekroken & Slettebö, 2013).

Teamets och samarbetets betydelse för bedömning och hantering av smärta

Flera studier visar att ett gott interprofessionellt samarbete var viktigt för att uppnå smärtlindring hos personer med demens (Brorson et al., 2012; Karlsson et al. 2012; Krupic et al. 2020; Seffo et al., 2020). Sjuksköterskor var beroende av ett gott samarbete med kollegor, anhöriga och medföljande personal, speciellt i en stressande och kaotisk miljö som ibland uppstår på en akutmottagning (Steffo et al., 2020). Även Brorson et al. (2012) påtalar att det var av stort värde att känna varandra inom teamet för att se till helheten. I Krupic et al. (2020) beskriver sjuksköterskor att de försöker se patienten som en hel person och att denne består av olika dimensioner och inte sågs som en sjuk person. Brorson et al. (2012) lyfter särskilt upp att samarbete mellan vårdpersonal och olika professioner var en resurs, men om samarbetet inte fungerade blev detta en barriär och förhindrade ett personcentrerat förhållningssätt. Även Karlsson et al. (2012) indikerar vikten av att det personcentrerat förhållningssätt vid smärtbedömningssituationer var av stort värde, men att faktorer som snäva tidsramar och brist på personalkontinuitet upplevdes som ett stort hinder för vården blev personcentrerad. I Karlsson et al. (2012) reflekterade sjuksköterskorna över svårigheter på grund av att de inte längre deltog i den dagliga kontakten med patienten utan mer arbetade som konsulter, detta innebar avlägsenhet från patienten och ledde till en stor brist i möjligheten att bedöma smärta. Krupic et al. (2020) menar också att mindre erfarna sjuksköterskor behövde erfarna kollegor att fråga i sin smärtbedömning och hur de skulle tolka olika signaler.

Olika studier lyfter fram att samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare var extra betydelsefullt och att positiva relationer som byggde på ömsesidig professionell respekt skapade en god grund för en personcentrerad smärtbedömningen (De Witt Jansen et al., 2017b; Kaasalainen et al., 2006). Även Seffo et al. (2020) påtalar vikten av att samarbeta i team. Sjuksköterskor upplevde att samarbetet mellan läkare, räddningstjänst, akutmottagning, röntgen och andra avdelningar på sjukhuset var av hög standard, vilket i slutändan ledde till

en kort väntetid för vidare behandling för personer med demenssjukdom. I Kaasalainen et al. (2006) studie framkommer det dock att sjuksköterskornas kliniska färdighetsnivå och deras rapporter kunde utgöra ett hot mot kvalitén av smärtbedömning samt behandling av smärta då läkaren blev motvillig till att förskriva starkare läkemedel om de fick en bristfällig rapport och om den kom från mindre erfarna sjuksköterskor. Sjuksköterskor i Krupic et al. (2020) studie påtalar också att samarbetet mellan olika instanser både externt och internt måste bli bättre.

Sjuksköterskor hade både en positiv och negativ syn på anhörigas delaktighet i vården av personer med demenssjukdom (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015). Sjuksköterskor i Seffo et al. (2020) studie menar för att optimera vården för personer med demenssjukdom, krävs det att se personen som en helhet, vilket kräver ett samarbete i vårdkedjan som inkluderar anhöriga. I två av studierna beskrivs tydligt hur relationerna till anhöriga var en påverkande faktor för smärtbedömning och lyfter upp dessa som en förutsättning för ett personcentrerat förhållningssätt (Brorson et al., 2012; Monroe et al., 2015). Dock kunde relationen med anhöriga även vara en stor utmaning och att konflikt kunde uppstå när anhörigas önskemål inte alltid var i linje med patienten själv (Lillekroken & Slettebø, 2013; Monroe et al., 2015). Sjuksköterskor i Lillekroken och Slettebø (2013) studie ansåg att anhöriga kunde vara behjälpliga med att tolka beteende eftersom de kände personerna bättre. Anhöriga kunde även bidra med betydelsefull information om personer med demenssjukdoms livshistoria. Dock ansåg en del sjuksköterskor att anhöriga kunde vara krävande och blanda sig i för mycket. Likaså ansåg sjuksköterskor i Monroe et al. (2015) studie att det kunde uppstå etiska frågor och tveksamheter i samarbetet med anhöriga, i synnerhet när det gällde smärtlindring med starkare preparat och främst vid vård i livets slut.

Sjuksköterskor reflekterade över sin roll i smärtbedömning och hantering hos invånare med svår demens. De identifierade ett antal ansvarsområden, behovet av ständig vaksamhet, vård av hela familjen, villighet att pröva och göra fel samt prioritera boendekomfort och livskvalitet. Under hela studien visade sjuksköterskorna entusiasm och ibland starka känslor som ytterligare stödde detta underämne (Monroe et al., 2015). Tidspress ansågs som ett hinder för att utföra en adekvat bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom (Lillekroken & Slettebø, 2013; Karlsson et al., 2015). Sjuksköterskor i Karlsson et al. (2015) studie ansåg att tid var en viktig komponent vid bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom. Där tiden avsågs avgörande, eftersom det krävdes ett långsamt tempo för att bygga en relation som möjliggör tillräcklig kartläggning hos personer med demenssjukdom. Brist på tid kan äventyra kommunikationen, vilket får sjuksköterskan att förbise tecken på smärta. Att skapa en framgångsrik dialog vid bedömning av smärta hos personer som lever med demens innebär att skapa en relation snarare än att konstruera vårdssituationen som en tillfällig bekant.

Organisatoriska hinder för kunskapsutveckling

Sjuksköterskorna i många studier är medvetna om att de saknar kunskap och ställer sig positiva till utbildning samt önskar mer kunskap om både demenssjukdom och smärtlindring (Barry et al., 2012; Brorson et al., 2012; Burns & McIlfatrick 2015; De Witt Jansen et al., 2017b; Gilmore-Bykovskiy & Bowers 2013; Krupic et al., 2018; Neville et al., 2006; Lillekroken & Slettebø 2013). I studien av De Witt Jansen et al. (2017b) framkommer att det finns en ojämlikhet mellan utbildnings- och utvecklingsmöjligheter för sjuksköterskor beroende på om de arbetar på sjukhus, vårdhem eller inom akutsjukvård, vilket lyfts upp som ett dilemma då kvalitén på smärtbehandling hos personer med demenssjukdom är beroende av vart de vårdas. I Barry et al. (2012) uttrycker majoriteten av sjuksköterskorna ett tydligt intresse att lära sig mer om smärtutvärdering specifikt hos personer med demenssjukdom samt kunskap om demenssjukdom och behandlingsmöjligheter. Sjuksköterskorna i Burns och

McIlfatrick (2015) önskar utveckling av utbildningsprogram öka kunskapen om effektiv bedömning och hantering av smärta. Det framkommer också i Gilmore-Bykovskiy och Bowers (2013) studie ett brådskande behov i att öka kunskapen och att evidensbaserade riktlinjer arbetas fram. Lillekroken och Slettebö (2013) anser att riktlinjer för både smärtbedömning och smärtlindring hos personer med demenssjukdom borde utformas. De Witt Jansen et al. (2017b) menar att det är viktigt att sjuksköterskor får tillräckligt med stöd och utrustas med lämpliga kunskaper och färdigheter för en effektiv hantering i smärtbedömning, smärtlindring då med inriktning specifik kunskap hos personer med demenssjukdom. Barry et al. (2012) menade att det saknas, men behövs kunskap om alternativa terapier för smärthantering.

Dock framkommer i olika studier att sjuksköterskorna upplevde att deras verksamheter inte försåg dem med tillräcklig kunskapsutveckling, resurser, stöd och information om smärtbehandling hos personer med demenssjukdom, även att det fanns önskemål (Barry et al., 2012; Krupic et al., 2018; Neville et al., 2006). Barry et al. (2012) betonar att utbildning och praktisk utveckling bör vara en pågående process och utbildning var behovsbaserat utifrån sjuksköterskors önskemål. För att få en bättre förståelse för sambandet demens och smärta ansågs att alla sjuksköterskor skulle ha kompetensen för ett effektivt arbete (Krupic et al., 2018). Sjuksköterskor i Barry et al. (2012) betonar att tillgången till möjlig yrkesutveckling inom detta område var avgörande för en god standard i helhetsvård för personer med demenssjukdom i alla stadier av sjukdomen. Sjuksköterskorna i Burns och McIlfatrick (2015) visade att sjuksköterskorna hade fått utbildning i smärthantering hos personer med demenssjukdom som var vård i livets slut, men de föreslog också behov av bättre kvalitet på utbildning om enbart demensvård och smärtbehandling.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metodvalet svarar upp till de krav som ställs för att kunna skapa en översikt gällande befintlig forskning inom det valda ämnesområdet (Forsberg och Wengström, 2016). Författarna till detta självständiga arbete valde att göra en litteraturöversikt vilket också är i enlighet med Sophiahemmet högskolas rekommendationer. Enligt Polit och Beck (2017) ger litteraturöversikt ett bredare kunskapsunderlag inom det valda ämnesområdet, där ny kunskap kan skapas. Kristensson (2014) menar att litteraturöversikt är ett sätt att sammanställa forskningsresultat för att besvara en specifik fråga. Författarna till detta självständiga arbete anser att litteraturöversikt som metod har skapat förutsättning för en bred faktagrund inom det valda området och skapat en möjlig aktuell uppfattning inom ämnet.

I litteraturöversikten har ingen avskiljning gjorts mellan artiklar med kvalitativ eller kvantitativ ansats, då inkludering av de olika ansatserna gör att olika synvinklar skapas och skapar en bredare faktagrund. Enligt Forsberg och Wengström (2016) är det en fördel att använda sig av båda forskningsansatserna för att belysa fenomen ur olika synvinklar. För att bedöma de valda artiklarnas vetenskapliga klassificering samt kvalitet har vedertaget bedömningsunderlag för Sophiahemmet högskola använts (Bilaga A). Författarna till detta självständiga arbete anser att de valda artiklarna skapar ett tillförlitligt resultat då det funnits tydliga inklusions- och exklusionskriterier i urvalet av artiklar som följts. Enligt Polit och Beck (2017) ökar tillförlitligheten och reproducerbarheten av tydliga och väl beskrivna inklusions- och exklusionskriterier i urvalet.

Sökning av artiklar gjordes i databaserna PubMed, PsycInfo och CINAHL, som ansågs vara de bäst lämplighet för studiens syfte. Då databaserna är uppbyggda utifrån olika söksystem har både MeSH-termer, Cinahl Headings och fritexttermer använts i sökningen. Pubmed var den som gav bäst träffar och valdes till förstahandsalternativ vid vidare databassökning, då den också erbjuder störst utbud av artiklar inom omvårdnadsvetenskap. För att finna relevanta sökord utgick författarna från vilka ämnesord som kan svara upp mot syftet. För att avgränsa och bredda sökningen kombinerades sökorden med booelska operatörer. Booelska operatörer är enligt Forsberg och Wengström (2016) logiska sökoperatörer som med fördel används för att smala eller bredda sökningen. Forsberg och Wengström (2016) menar att en bred sökning ger en god bild av vård som helhet där likheter och skillnader mellan verksamhetsformer kan upptäckas. Detta också enligt Polit och Beck (2017) där en litteraturöversikt kan fördjupas genom att välja ett specifikt verksamhetsområde. Författarna har inte i valet av artiklar tagit hänsyn till verksamhetsområde, då detta inte ansågs vara relevant för svara på studiens syfte då sjuksköterskor arbetar inom många områden och detta skulle troligen ge ett för smalt perspektiv. En systematisk kvalitetsgranskning av varje inkluderad artikel vad gäller syfte, design, urval, datainsamling, analys och slutligt resultat har gjorts och ger urvalet av artiklar en större tyngd och presenteras i en artiklematris (Bilaga B).

Samtliga inkluderade artiklar har kvalitetsgranskats och dess nivå har bedömts av båda författarna, vilket ses som en styrka med studien, samt att av de inkluderade femton artiklarna bedömdes elva artiklar ha hög nivå och fyra artiklar med medelnivå, vilket också ger studien styrka. Ingen artikel med låg nivå inkluderades, vilket hade blivit en svaghet i studien. Analysförfarandet utgick ifrån Kristenssons (2014) modell att genomföra en integrerad analys. Författarna till litteraturöversikten anser att arbetsmetoden för integrerad analys passade väl in på det litteraturöversikten ämnade undersöka då det blir överskådligt. Enligt Polit och Beck (2017) bygger denna metod på att artiklarna ska läsas distanserat och inget ska exkluderas i processen, vilket författarna till litteraturöversikten nogsamt strävat efter att uppnå. Författarna har under analysens genomförande varit väl medvetna om att förförståelse kring ämnet fanns och kan ha påverkat resultatet, samtidigt kan det ses som en fördel med att författarna haft en kunskap när det gäller tolkning av begrepp som lyfts upp i de olika artiklarna. Enligt Lundman och Hällgren Granheim (2017) påverkas resultatets trovärdighet hur forskarnas förförståelse genom teoretisk kunskap, erfarenhet och förutfattade meningar satt sin prägel på resultatet, men det finns dock olika uppfattningar om denna förförståelse ska användas eller ej. Författarna anser att den förförståelsen som funnits inte negativt påverkat resultatets trovärdighet, då det snarare kan ha varit en fördel för att få en djupare förståelse för de olika studiernas resultat.

Författarna till litteraturöversikten menar att inget som kan tolkas som oetisk utifrån forskningsetik har förekommit under arbetets gång. Utifrån det beskrivna tillvägagångsättet under metodavsnittet i litteraturöversikten med kompletterande diskussion under metoddiskussionsavsnittet, menar författarna till litteraturöversikten att tillförlitligheten är tillräckligt stärkt.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att granska vetenskapliga artiklar som belyser sjuksköterskors attityder till och kunskaper om smärta hos personer med demenssjukdom. Författarna till denna studie anser att resultatet svarar på studiens syfte. I studiens resultat framkommer det att sjuksköterskor saknade kliniska kunskaper att identifiera och bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor saknade även kunskap om demenssjukdomar, smärtlindring och behandling. Resultatet visade även på faktorer som både försvårade och underlättade sjuksköterskors identifiering och bedömning av smärta. Hinder och barriärer som framkom var kommunikationssvårigheter, speciellt när personer med demenssjukdom saknade förmågan att uttrycka sig verbalt. Andra hinder var tidsbegränsningar, personalbrist och en hög arbetsbelastning. Även verksamheternas brister av stöd, resurser och kunskapsutveckling nämns av sjuksköterskor. Medan faktorer som ansågs underlätta identifieringen var ett gott samarbete med kollegor, att arbeta teambaserat och ta stöd av anhöriga.

Resultatet påvisade att sjuksköterskor hade bristande kunskaper och attityder till smärta, vilket inte förvånade författarna till detta arbete. Dock överraskar brister i verksamhetens inverkan på sjuksköterskors förmågor att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Samtidigt som författarna till detta arbete hade en förförståelse att det förekommer brister i verksamheter, med en negativ inverkan på vården av personer med demenssjukdom. Är resultatet inte förväntat, där sjuksköterskor från ett flertal studier lade stor vikt vid att det förekom stora brister i verksamheter som påverkar sjuksköterskors omvårdnadsarbete och bedömning av smärta inom vården av personer med demenssjukdom. McCormack och McCance (2006) menar att även om den enskilda sjuksköterskan har ett ansvar för kvaliteten på sin praxis och hur den utvecklas, så har vårdmiljön den största inverkan på en personcentrerad vård. Vårdmiljön har störst potential att antingen begränsa eller förbättra stödandet av personcentrerade processer. Där vårdmiljön påverkas av kvaliteten av ledarskap och potentialer till förbättringsarbete i organisationen samt möjligheter att utveckla en innovativ kultur.

Det framkommer i resultatet att sjuksköterskor hade en bristfällig kunskap om smärta hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor saknade även kliniska kunskaper (Monroe et al., 2015) och kunskaper om demenssjukdomar som i sin tur påverkade deras förmåga att tolka beteende som kunde tyda på smärta (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). Resultatet stöds av Hoffman (2013) som betonar att kunskap om demenssjukdomar är en förutsättning för att upptäcka smärta hos denna grupp. Vidare beskrivs betydelsen av kunskap om personens levnadsberättelse samt en personcentrerad och teambaserad vård. Endast en studie i resultatet betonar vikten av en levnadsberättelse (Lillekroken och Slettebø, 2013). Dock talar ett flertal studier om vikten av ett teamarbete och en personcentrerad vård. Enligt McKeown et al. (2010) har levnadsberättelsen en betydande och avgörande roll för att förstå personen bakom sjukdomen och för att omvårdnaden ska utgå från personens önskemål och preferenser. Författarna ställer sig frågande till huruvida vården kan vara personcentrerad utan en levnadsberättelse, som speglar en persons livsvärld av erfarenheter från nuet och det förflutna.

I resultatet framkommer det att sjuksköterskor kände en osäkerhet huruvida opioider skulle användas som smärtstillande hos personer med demenssjukdom, det fanns även en oro att opioider kunde leda till ett missbruk (Barry et al., 2012; Burns & McIlpatrick, 2015; Kaasalainen et al., 2006; Neville et al., 2006; Zwakhalen et al., 2007). Författarna till detta arbete tänker att resultatet kan spegla kulturella skillnader i sjuksköterskornas kompetens och syn på personer med demenssjukdom och smärtlindring med narkotikaklassade läkemedel.

Trots kulturskillnad, så har sjuksköterskor världen över en gemensam etisk kod som beskriver att sjuksköterskor har ett moraliskt ansvar för bedömningar och beslut som inkluderar att lindra lidande (International Council of Nurses, 2012). Vidare menar Basun et al. (2013) att demenssjukdom är en palliativ sjukdom som leder till döden. Författarna till detta arbete ställer sig därför frågande om det är relevant att fundera på huruvida narkotikaklassade läkemedel leder till ett missbruk för den här patientgruppen. Enligt Strange (2012) är personer med demenssjukdom mer benägna att få biverkningar av läkemedel, oavsett känslighet har de rätt att få en fullgod smärtbehandling. Strange understryker att en obehandlad smärta utgör en större risk att utveckla oro och akut delirium än att sätta in analgetika innehållande opioider. Likaså betonas att en obehandlad smärta utgör en större risk än eventuella biverkningar.

Författarna till detta arbete anser att sjuksköterskors uppfattning om kunskap av smärta hos personer med demenssjukdom var motsägelsefullt i Zwakhalen et al. (2007b) studie. Studiens resultat påvisade att sjuksköterskor saknade kunskap om både smärta och smärtbehandling hos personer med demenssjukdom. Trots kunskapsbrister var sjuksköterskorna säkra på att smärtbedömningarna var korrekt utförda och att personerna med demenssjukdom var adekvat smärtlindrande på deras avdelning. Författarna till denna studie tänker att en av orsakerna till underbehandlad smärta hos personer med demenssjukdom, beror på att sjuksköterskor tror att de besitter kunskap, trots kunskapsbrister. Vilket i sin tur leder till att sjuksköterskor uppfattar att de bedömer och behandlar smärta korrekt. Vilket skulle kunna förklara den förmodat höga förekomsten av underbehandlad smärta på särskilda boende (Alpinis et al., 2014; Husebo et al., 2012; Strang & Beck-Friis, 2013; Zwakhalen et al., 2006).

I resultatet framkom det att sjuksköterskor ansåg att det var en utmanande omvårdnadsuppgift att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom (Burns & McIlfatrick, 2015; Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Krupic et al., 2020; Lillekroken & Slettebø, 2013). Författarna till detta arbete anser precis som Johansson och Wallin (2013) att varje omvårdnadssituation, liksom att bedöma smärta ska utgå från ett evidensbaserat förhållningssätt som framförallt ska göra störst nytta för patienten. En omvårdnadssituation består förutom av att identifiera, lindra, förebygga, behandla även av att utvärdera omvårdnadsproblem, där omvårdnadsåtgärderna ska vara vetenskapligt underbyggda. Författarna till detta arbete anser att lika viktigt som det är att identifiera och behandla smärta är det att utvärdera smärtbehandlingen. I resultatet var det endast två studier som nämner någon sorts utvärdering (Lillekroken & Slettebø, 2013; Neville et al., 2006).

I studiens resultat framkommer brister i så väl verksamheter som i vårdkedjan (Burns & McIlfatrick 2015; Karlsson et al., 2012; Lillekroken & Slettebø, 2013; Seffo et al., 2020). Brister i personalkontinuitet (Karlsson et al., 2015) samt bristfälliga och inaktuella rapporter och dokumentationer från kollegor nämns av sjuksköterskor (Karlsson et al., 2012). Ett flertal studier påtalar även om stora brister i informationsutbyte vid både överrapportering och i patientjournaler (Krupic et al., 2018; Krupic et al., 2020, Seffo et al., 2020). Även brister i vårdkedjan där vården saknar sammankopplade journalsystem poängterades av sjuksköterskor (Seffo et al., 2020). Författarna till detta arbete tänker att dessa brister utgör stora risker för patientsäkerheten. Där bristfällig dokumentation och rapportering kan leda till att patienter inte får rätt vård och behandling eller att behandlingar inte följs upp. Öhrn (2013) beskriver patientsäkerhet som ett skydd mot vårdskador, med ett syfte att skydda patienter mot undvikbara skador vid vård och behandling. Ett sätt att undvika skador är patienten vårdats av rätt kompetens med relevanta evidensbaserade metoder och att rätt riktlinjer eller rutiner efterföljs.

Socialstyrelsen (2017) uttrycker övergripande att vård och omsorg av personer med demenssjukdom ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt. Den personcentrerade vården är enligt Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay, (2009) ett koncept som under senare år blivit likvärdigt med vård av bästa praxis. Edvarsson, Sandman och Borell (2014) beskriver att den personcentrerade vården utgår från ett socialt, holistiskt och humanistiskt perspektiv som bygger på en grundläggande respekt av subjektivitet och personlighet. Vilket innebär att vården ska utgå från personen och inte sjukdomen och dess symtom, och där respekt ska ges för personernas värderingar och preferenser i största möjliga utsträckning. Vidare ska personer med demenssjukdom och deras förståelse av verkligheten respekteras i alla vårdaspekter, där beslut och aktiviteter anpassas till personernas nuvarande, tidigare och framväxande livshistoria. I resultatet lyfter samtliga studier svårigheter med den verbala kommunikationen, där brister i kommunikationen var ett hinder för att identifiera smärta. Dock framkommer strategier för att identifiera smärta när en person saknade kommunikationsförmåga, som att använda ett enklare språk, att integrera med personen genom leende, beröring, ton, kroppsspråk och ögonkontakt. Författarna till detta arbete tänker att det är positivt att försöka hitta vägar för att kommunicera, men tänker att kommunikationen skulle underlättas av att sjuksköterskor känner personen bakom sjukdomen. Vilket stöds av McKeown et al. (2010) som betonar att levnadsberättelsen har en betydande och avgörande roll, för att förstå personen bakom sjukdomen. Andra strategier för att identifiera smärta som framkommer i resultatet, var att observera beteendeförändringar, undersöka rörelsekapacitet, tyda ansiktsuttryck och kroppshållning. Författarna till denna studie tänker att alla strategier för att identifiera smärta är positivt, men om inte vården är personcentrerad och sjuksköterskor saknar personkännedom, är det då möjligt att tyda beteendeförändringar, ansiktsuttryck och kroppshållning? Enligt De Witt Jansen et al. (2017a) måste sjuksköterskor skapa en relation till personen som vårdas där kunskap om personens normala beteende och mönster, är en förutsättning för att bedöma ett förändrat beteende.

Ett flertal studier i resultatet lyfter vikten av en personcentrerad vård vid smärtbedömning. De Witt Jansen et al. (2017b) och Kaasalainen et al. (2006) påtalade att ett gott samarbete mellan sjuksköterskor och läkare skapade en god grund för en personcentrerad smärtbedömning. Medan sjuksköterskor i Brorson et al. (2012) och Monroe et al. (2015) studie menade att en god relation med anhöriga var en förutsättning för en personcentrerad vård. Författarna till denna studie tänker liksom McCormack och McCance (2006) att ett teambaserat arbete främjar en personcentrerad vård. Dock ställer sig författarna till detta arbete frågande huruvida någon av dessa verksamheter arbetar personcentrerat då ingen av studierna diskuterar ett samarbete eller på något sätt involvera personerna i vården. Vilket stöds av McCormack och McCance (2006) som menar att förutsättning för en personcentrerad vård bygger på samtliga fyra kärnbegrepp, förutsättningar, vårdmiljö, personcentrerade processer och förväntat resultat. Där de personcentrerade processerna innebär att sjuksköterskor tar hänsyn till patienters tankar, värderingar, resurser och fysiska behov, och där patienter görs delaktiga i vårdprocessen.

Det finns ett mycket begränsat utbud av tidigare studier som belyser studiens syfte. Orsaker till att det finns ett fåtal studier om ämnet, tror författarna till denna studie beror på att det finns begränsat med forskning om smärta vid demenssjukdom, orsaken till det svala intresset kan författarna endast spekulera i. Dock anser författarna att det är anmärkningsvärt med tanke på att Socialstyrelsen (2017) hävdar att demenssjukdomar är en den fjärde största folksjukdomen och dödsorsaken, och dessutom utgör en stor samhällskostnad. De flesta tidigare studier om sjuksköterskors kunskaper om smärta hos personer med demenssjukdom, har ett fokus på identifiering eller smärtbedömning och smärtlindring. Vilket leder till en

osäkerhet huruvida studiens resultat är unikt. Om undersökningen skulle upprepas med ett fokus på smärta hos äldre personer med demenssjukdom antar författarna till detta arbete att ett liknande resultat skulle framkomma.

Slutsats

Slutsatsen är att personer med demenssjukdom som tappar sin kommunikativa förmåga löper en hög risk att få leva med en odiagnostiserad och obehandlad smärta. Sjuksköterskor är i behov av utbildning om demenssjukdomar och smärttillstånd, för att kunna identifiera och bedöma smärta hos denna patientgrupp. Sjuksköterskor är även i behov av utbildning och en ökad kompetens i personcentrerad vård, vilket är en förutsättning för en god vård av personer med demenssjukdom.

Klinisk tillämpbarhet

Denna litteraturstudie kan ur ett samhällsperspektiv bidra med klinisk relevans, där nyttan av författarnas utvecklade kunskap kan bidra till en ökad kompetens inom vård- och omsorg av personer med demenssjukdom. Verksamheter som möter eller vårdar personer med demenssjukdom kan dra nytta av studien i syfte att identifiera förutsättningar eller hinder för att bedriva en vård av god kvalitet för personer med demenssjukdom. Vidare förväntas arbetet ligga till grund för att öka kunskapsläget om vikten av att identifiera och behandla smärta hos personer med demenssjukdom, för att minska lidandet och öka livskvalitén hos denna grupp. Studien kan även användas som ett arbetsmaterial för att identifiera förbättringsområden och för att inspirera till ett fortsatt utvecklingsarbete inom området. Litteraturstudien kan också användas för att styrka behovet av utbildade specialistsjuksköterskor i verksamheter för personer med demenssjukdom.

Författarna till denna studie anser att det skulle vara intressant med fortsatta studier huruvida smärtskattningsinstrument är anpassade för att skatta smärta hos personer med demenssjukdom. Samt hur ett framtida skattningsinstrument kan utvecklas som är anpassat för personer med en nedsatt kommunikativ förmåga.

REFERENSER

Achterberg, M., Pieper, A., Van Dalen-Kok, A., De Waal, M., Husebo, B., Lautenbacher, S., ... Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471–1482. doi: 10.2147/CIA.S36739

Apinis, C., Tousignant, M., Arcand, M., & Tousignant-Laflamme, Y. (2014). Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments? *Pain Medicine*, 15, 32–41. doi:10.1111/pme.12297

*Barry, HE., Parsons, C., Passmore, P A., & Hughes, CM. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258–1266. doi:10.1002/gps.3770

Basun, H., Skog, M., Wahlund, L.-O., & Wijk, H. (Red.). (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2012). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF

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

*Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: Nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain management nursing*, 15(1), ss. 315-323. doi:10.1016/j.pmn.2012.10.005

*Burns, M., & McIlpatrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479–487. doi:10.12968/ijpn.2015.21.10.479

Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013) Teamarbete i vården. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Clark, D. (1999). "Total Pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social science and medicine*, 49, 727-736. doi:10.1016/s0277-9536(99)00098-2

Corbett, A., Husebo, B.S., Achterberg, W.P., Aarsland, D., Erdal, A., & Flo, E. (2014). The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin*, 111, 139-148. doi: 10.1093/bmb/Idu023

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131. doi: 10.1016/j.outlook.2007.02.006

*De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlffactrick, J. S., ... Parsons, C. (2017b). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-20),1234-1244. doi:10.1111/jocn.13442

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxweel, D., McIlffatrick, J.S., ... Parson, C. (2017a). 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 (6). doi:10.1186/s12904-017-0184-1

Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén. J. (Red.). (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a Continuation of self and normality: person-centred care as described by people With dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2611-2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. doi: 10.1017/S1041610214000258

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P-O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The lancet neurology*, 7(4), 362-67. doi:10.1016/S1474-4422(08)70063-2

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård: teori och tillämpning. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Ellis, M., & Astell, A. (2017). Communicating with people living with dementia who are nonverbal: The creation of Adaptive Interaction. *Public Library of Science*, 1(8),1-21. doi: 10.1371/journal.pone.0180395

Eriksdotter Jönhagen, M. (2011). Demenssjukdomar: en översikt. I A-K, Edberg (Red.), *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Ferrell BA., Ferrell BR., & Rivera L. (1995). Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Pain symptom management*, 10(8), 591-598. doi:10.1016/0885-3924(95)00121-2

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.

*Gilmore-Bykovskiy, A. L., & Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 127–138. doi: 10.3928/19404921-20130110-02

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hoffman, W. (2013). Palliation vid demenssjukdom: att lindra när bot inte finns. I H. Basun., M. Skog., L-O, Wahlund., & H. Wijk (Red.). (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Hommel, A., Idvall, E., & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk., & J, Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B., & Ljunggren, A.E. (2010). Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation- Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(2), 380-391. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x

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>

International Council of Nurses. (2012). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Jellinger, K.A., & Korczyn, A.D. (2018). Are dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? *BMC Medicine*, 16(34), 1-16. doi.org/10.1186/s12916-018-1016-8

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), doi:/10.1186/s12875-018-0853-z.

Johansson, E., & Wallin, E. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk & J, Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

*Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos T., Emili Hamilton, A. & Ploeg, J. (2007) Pain management decision making among long term care physicians and nurses. *Wester Journal Of Western Reserch*, 29(5), 561-580. doi:10.1177/0193945906295522

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

* 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*, (6), 62-70. doi:10.2174/1874434601206010062

Kristensson, J. (2014). Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur och kultur.

*Krupic, F., Bišćević, M., Spahic, E., Jašarević, A., Jašarević, M., Grbic, K., ... Westin, O. (2020) Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes. *Medicinski Glasnik*,17(1). doi: 10.17392/1042-20

*Krupic, F., Sadic, S., Seffo, N., Biscevic, M., Fazlic, M., Custovic, S., Samuelsson, K. (2018). Experiences of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia. *Medicinski Glasnik*,15(1),75–80. doi:10.17392/942-18

*Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013). Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer. *Nordic Journal Of Nursing Research Studies*, 33(3), 29-33. doi:10.1177/010740831303300307

LoGiudice, D., & Watson, R. (2014). Dementia in older people: an update. *Internal Medicine Journal*, 44(11), 1066–1073. doi: /10.1111/imj.12572

Lundman, B., & Hällgren Granehim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

McCormack, B., & McCance T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

McGilton, K., Rochon, E., Sidani, S., Shaw, A., Ben-David, B., Saragosa, M., ... & Pichora-Fuller, K. (2017). Can We Help Care Providers Communicate More Effectively with Persons Having Dementia Living in Long-Term Care Homes? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*,32(1),41-50. doi:10.1177/1533317516680899

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Olders People Nursing*,5,148-158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x

Mehta, A., & Chan, L. (2008). Understanding of the Concept of "Total Pain". *Journal of hospice and palliative nursing*, 10(1), 26-32. doi: 10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a

*Midtbust, H. M., Alnes, E. R., 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(25). doi:10.1186/s12904-018-0282-8

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

*Neville, C., McCarthy, A., & Laurent, K. (2006). Pain management skills of regional nurses caring for older people with Dementia: A needs analysis. *Collegian*,13(2), 31-36. doi:10.1016/s1322-7696(08)60522-3

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2016/2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian journal of caring sciences*,18(3), 264-272. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x

*Seffo, N., Hamrin Senorski, E., Westin, O., Svantesson, E., & Krupic, F. (2020). Communication and assessment of pain in hip fracture patients with dementia - experiences of healthcare professionals at an accident and emergency department in Sweden. *Medicinski Glasnik*,17(1). doi: 10.17392/1090-20.

Shega, J W., Rudy, T., Keefe, F J., Caitlin Perri, L., Telgarska Mengin, O.,& Weiner, D K. (2008). Validity of pain behaviors in persons with mild to moderate cognitive impairment. *The American Geriatrics society*,56, 1631-1637. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01831.x

Socialstyrelsen (2013). Nationellt kunskapsstöd 2013. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom: stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Riksdagen Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

SOFS 2001: 453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Riksdagen. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/sosfs-2011-9>

Strang, P. (2012). Smärta och demens. I P. Strang & B, Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.

Strang, P., & Strang, S (2012). Existentiell smärta-ett sjukvårdsperspektiv. I P. Strang., & B, Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.

Stievano, A., & Tschudin, V. (2019) The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International Nursing Review*, 66(2), 154-156. doi: 10.1111/inr.12525

Svenskt demenscentrum (2017) *Guiden till Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Svenskt demenscentrum. Hämtat från:

http://www.demenscentrum.se/globalassets/publicerat_pdf/sdc_pdf/guiden_2018_3.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Wahlund, L-O. (2013). Vaskulär demens. I H. Basun., M, Skog., L-O, Wahlund., & H, Wijk (Red.). (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Westerbotn, M., Hillerås, P., Fastbom, J., & Agüero-Torres, H. (2008). Pain reporting by very old Swedish community dwellers: the role of cognition and function. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(1), 40-46. doi:10.1007/bf03324746

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Zwakhaleh, S.M.G, Hamers, J.P.H Abu-Saad, H H., & Berger M, P.F. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *Bio Medical central Geriatrics*, 6(3). doi:10.1186/1471-2318-6-3

Zwakhaleh, S.M.G., Hamers, J.P.H., Peijnenburg, R.H.A., & Berger, M.P.F. (2007a). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 493–502. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04255.x

*Zwakhaleh, S.M.G., Hamers, J.P H., Peijnenburg, R.H A., & Berger, M.P. F. (2007b). Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain research Management*, 12(3), 177-84. doi: 10.1155/2007/518484

Öhrn, A. (2013). Säker vård. I A-K, Edberg., A, Ehrenberg., F, Friberg., L, Wallin., H, Wijk & J, Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59-82). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga A

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening,	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod,		Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig

<p>upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).</p>	<p>transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/ reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.</p>	<p>*</p>	<p>resultatredovisning.</p>
--	---	----------	-----------------------------

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet/ Typ
Barry, HE., Parsons, C., Passmore, P A., & Hughes, CM. 2012 Storbritannien	An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors kunskaper, attityder och värderingar om bedömning och hantering av smärta hos personer med demenssjukdom.	<u>Design:</u> Kvantitativ studie med frågeformulär. <u>Urval:</u> 96 sjuksköterskor som arbetar som chefer från på särskilda boende för personer med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär med sex avsnitt, som utvecklats av studiens forskare. <u>Analys:</u> Svar på frågeformulär kodades och angavs i Predictive Analytics software [PAWS] öppna frågor kodades i MS Word och analyserades kvalitativt	N= 244 (148)	Sjuksköterskor med en längre erfarenhet hade en större tendens att tro att smärta är en del av det naturliga åldrandet. Sjuksköterskor kände sig i allmänhet osäkra på hur smärta skulle hanteras hos personer med demenssjukdom. Drygt hälften av sjuksköterskorna ansåg att smärta borde hanteras likvärdigt oavsett demenssjukdom eller inte. En stor andel sjuksköterskor saknade kunskap om smärtbehandling och ansåg att personer med demenssjukdom inte ska behandlas med opioider.	II P

<p>Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K. & Bolmsjö, I. 2014 Sverige</p>	<p>Pain Relief at the End of Life: Nurses’ Experiences Regarding End- of-Life Pain Relief in Patients with Dementia</p>	<p>Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter avseende smärtlindring i slutet av livet hos patienter med demens.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ studie. <u>Urval:</u> Sju kvinnliga sjuksköterskor i åldrarna 26- 52 år, som alla hade erfarenhet att vårda och smärtlindra personer med demenssjukdom i livets slutskede. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervju med öppna frågor. <u>Analys:</u> Burnards innehållsanalys.</p>	<p>N=7 (0)</p>	<p>Resultatet påvisar komplexiteten av smärtlindring hos personer med demenssjukdom i livets slutskede utifrån sjuksköterskors perspektiv. Sjuksköterskor upplevde att det var en utmaning att ge rätt smärtlindring till personerna. Sjuksköterskor uppgav att orsaker till att personer med demenssjukdom inte erhåller en adekvat smärtlindring var deras nedsatta kommunikations- förmåga, avsaknad av personernas livshistoria och samarbete. En annan orsak var sjuksköterskors kompetens och erfarenhet, samt erfarenhet att använda sig av smärtskattnings- instrument.</p>	<p>I K</p>
---	---	--	---	----------------	---	----------------

<p>Burns, M., & McIlfratrick, S. 2015 Storbritannien</p>	<p>Nurses knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.</p>	<p>Studiens syfte var att fastställa sjuksköterskors kunskaper och attityder till smärtbedömning för personer med demenssjukdom boende på ett särskilt boende.</p>	<p><u>Design:</u> Tvärsnittundersökning. <u>Urval:</u>96 sjuksköterskor från 17 särskilda boende för personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna hade arbetat i minst sex månader. <u>Datainsamling:</u> Enkät, tre delar, en med öppna frågor. <u>Analys:</u> De öppna frågorna analyserades med tematisk analys, de andra delarna kodades och analyserades med hjälp av programmet SPSS Version 22.</p>	<p>N=96 (44)</p>	<p>Sjuksköterskor förstod svårigheten att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor trodde även att personer med demenssjukdom hade svårt att självrapportera sin smärta. Det fanns också en viss osäkerhet kring smärtbedömningsverktyg, val av smärtlindring och användning av opioider. Där det fanns en rädsla för att användning av opioider skulle leda till ett missbruk hos personer med demenssjukdom. Andra hinder för en effektiv smärtbedömning ansågs vara en låg bemanning, en hög arbetsbelastning och brist på medicinskt stöd.</p>	<p>I RCT</p>
--	---	--	--	------------------	---	------------------

<p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, J. S., Morgan, M. S., Watson, M., Parsons, C. 2016</p> <p>Storbritannien</p>	<p>Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study</p>	<p>Studiens syfte var att utforska särskilt boende hospice samt akutvårdssjuksköterskors upplevelser av smärtbehandling samt vilka hinder som påverkar smärtbehandlingen men även vad som underlättar bedömningen för smärtbehandling hos personer med demenssjukdom under livets sista månader.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> 24 Sjuksköterskor med erfarenhet av arbeta med patienter med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerad intervju <u>Analys:</u> Tematisk analys</p>	<p>N=24</p>	<p>Resultat identifierade tre kategorier, utmaningar att administrera smärtstillande, relationen mellan sjuksköterska och läkare samt utveckling. Sjuksköterskor upplevde en rädsla att administrera smärtstillande läkemedel i injektionsform i livets slutskede hos personer med demenssjukdom dels på grund av en rädsla för att personerna ska bli oroliga, eller uppleva smärta vid injektionen på grund att personerna ofta var magra. I stället föredrogs depotplåster och suppositorier. Samarbetet mellan sjuksköterskor och läkare var extra betydelsefull, den positiva relationen byggde på en ömsesidig professionell respekt. Sjuksköterskor önskade utveckla sina kunskaper för att hantera bedömning och lindring av smärta demenssjuka.</p>	<p>I K</p>
---	--	--	---	-------------	--	----------------

<p>Gilmore Bykovskiy, A. L., & Bowers, B.J. 2013 USA</p>	<p>Understanding Nurses Decisions to Treat Pain in Nursing Home Residents with Dementia</p>	<p>Syfte med studien var att undersöka huruvida sjuksköterskor bedömer smärta och fattar beslut om smärtbehandling hos personer med demenssjukdom. samt att identifiera vad som påverkar besluten.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> 13 sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Djupintervju med öppna frågor. <u>Analys:</u> Grounded dimensional analyses” användes för att analysera innehållet av intervjuerna.</p>	<p>N=13</p>	<p>Sjuksköterskor i studien påvisade en hög grad av osäkerhet att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna uppgav att tecken på smärta var ett förändrat beteende. Dock ledde sällan smärtbedömningarna till behandlingsinterventioner, där studien påvisar att personer med demens- sjukdom löper en hög risk att underbehandlas.</p>	<p>I K</p>
<p>Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoul os, T., Emili, A., Ploeg , J. 2007 Kanada</p>	<p>Pain management decision making among long-term care physicians and nurses.</p>	<p>Studiens syfte var att utforska hur sjuksköterskors åsikter och attityder påverkar förskrivning och administrering av smärtstillande för personer med kognitiv nedsättning boende på särskilt boende.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ analys. <u>Urval:</u> 24 sjuksköterskor från fyra särskilda boende för äldre med en kognitiv nedsättning. <u>Datainsamling:</u> Intervjustudie. <u>Analys:</u> Grounded dimensional analyses” användes för att analysera innehållet av intervjuerna.</p>	<p>N=24</p>	<p>Sjuksköterskor hade en bristande kunskap gällande bedömningar och behandling av smärta. Sjuksköterskorna kände en osäkerhet att ge patienterna ”starkare läkemedel” och en oro fanns att patienterna skulle bli slöa och ramla. Sjuksköterskor är ansvariga för administrationen av läkemedel, men skyllde på läkarna när patienternas smärta inte vart behandlade</p>	<p>1 K</p>

<p>Karlsson, C. E., Ernst Bravell, M., Ek, K., & Bergh, I. 2015 Sverige</p>	<p>Home healthcare teams' assessments of pain in care re- cipients living with dementia: a Swedish exploratory study</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors uppfattning om smärtskattning hos personer med demenssjukdom.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor verksamma på särskilt boende för personer med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Intervjuer med öppna frågor. <u>Analys:</u> Hermeneutisk studie.</p>	<p>N=21 (13)</p>	<p>Bedömning av smärta hos personer med demens- sjukdom påvisade sig vara en utmanande uppgift. Sjuksköterskor påtalade vikten av samarbete i team som byggde på tillit och inkluderade anhöriga. Andra viktiga aspekter var behov av att använda flera strategier för att bedöma smärta, kontinuitet av personal och behovet av mer tid för att bedöma smärta.</p>	<p>II K</p>
<p>Karlsson, C.E., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernst Bravell, M. 2012 Sverige</p>	<p>Registered nurses view of performing pain assessment among persons with dementia as consultant advisors</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors uppfattning att bedöma smärta hos personer med demenssjukdom hos personer med demenssjukdom som konsultrådgivare.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar som konsulter i kommunal verksamhet. <u>Datainsamling:</u> Fokusgrupp- intervjuer. Individuella intervjuer med öppna frågor. <u>Analys:</u> Hermeneutisk analysmetod.</p>	<p>N=11 (2)</p>	<p>Resultatet påvisade att sjuksköterskorna kände en frustation att vara rådgivare, där de ifrågasatt sin roll som sjuksköterska. Vidare upplevde de att en kontroll över omvårdnadsarbetet var förlorat och ute hos patienterna rådde en brist på tid. Sjuksköterskorna ansåg även att de oftast fick förlita sig på undersköterskors observationer av smärta. Även stora brister i dokumentation påtalades.</p>	<p>I K</p>

<p>Krupic, F., Bišćević, M., Spahic, E., Jašarevic, A., Jašarevic, M., Grbic, K., ... Westin, O. 2020 Sverige</p>	<p>Experience of nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients suffering from dementia in nursing homes</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter att utvärdera postoperativ smärta hos personer med demenssjukdom boende på särskilt boende.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> 24 sjuksköterskor från särskilda boende för personer med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Självadministrerade frågeformuläret med 23 frågor adresserade demografiska och sociala data, information om kommunikation och smärtbedömning. <u>Analys:</u> En kvalitativ innehållsanalysmetod. För att skära ner data till ett begränsat antal teamen med huvudkategorier underkategorier, koder.</p>	<p>N=24</p>	<p>Sjuksköterskor ansåg att det är en komplex situation att bedöma smärta hos patienter med en höftfraktur som har en demenssjukdom. Sjuksköterskor ansåg att en stor del av den verbala kommunikation förlorades och den icke-verbal kommunikation vart istället mer viktig för att optimera vården för dessa patienter.</p>	<p>I K</p>
---	--	--	---	-------------	---	-----------------

<p>Krupic, F., Sadic, S., Seffo, N., Biscevic, M., Fazlic, M., Custovic, S., Samuelsson, K. 2018 Sverige</p>	<p>Experience of registered nurses in assessing postoperative pain in hip fracture patients with dementia</p>	<p>Syfte med studien var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av att bedöma smärta hos höftfrakturpatienter med demens sjukdom i en postoperativ miljö.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> 51 legitimerade sjuksköterskor i åldrarna 35-55 år. Erfarenhet 6- 28 år som legitimerade sjuksköterskor. Kravet för att delta, var en erfarenhet på minst fem år av ortopedpatienter med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppsintervjuer. Individuella intervjuer med öppna frågor. <u>Analys:</u> En kvalitativ innehållsanalysmetod. För att skära ner data till ett begränsat antal teamen med huvudkategorier underkategorier och koder.</p>	<p>N=51 (9)</p>	<p>Resultatet påvisade att sjuksköterskors bedömer smärta hos personer med demenssjukdom genom att först observera och göra en visuell bedömning av patienten. Därefter kommunicerar sjuksköterskorna med patienterna. Samtliga sjuksköterskor upplevde att ju mer avancerad demenssjukdom, desto svårare var det att avläsa personernas ansiktsuttryck, eftersom ansiktsuttryck och kroppsspråk var det vanligaste sättet för personerna att uttrycka sin smärta. Alla sjuksköterskorna upplevde det svårt att tolka smärta genom en icke-verbal kommunikation.</p>	<p>I K</p>
--	---	---	---	-----------------	--	----------------

Lillekroken, D., & Slettebø, Å. (2013) Norge	Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer.	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors erfarenheter av smärtbedömning och smärtlindring hos patienter med demenssjukdom	<u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> 18 Sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppintervjuer. samt en semistrukturerad intervju. <u>Analys:</u> Genom Long-table metoden, en manuell metod.	N=18 (0)	Resultatet påvisade att sjuksköterskor sällan använde smärtskattningsverktyg. Patienternas självrapportering av både behov och effekt låg till grund för en smärtlindring. Vid demens skedde kartläggning av patientens beteende eller kroppsspråk. Att kartlägga smärta hos personer med en demenssjukdom sågs som en utmaning. Ett annat dilemma var hög ålder, medicinering och polyfarmaci.	I K
Monroe, T., Parish, A., & Mion, L. 2015 USA	Decision factors of nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia	Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors metoder för att identifiera och lindra smärta hos personer med demenssjukdom boende på särskilt boende.	<u>Design:</u> Kvalitativ design. <u>Urval:</u> Sjuksköterskor som arbetar på särskilt boende för personer med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Fokusgrupp- intervjuer. Individuella intervjuer med öppna frågor. <u>Analys:</u> "Scissor and sort technique" användes för analysering.	N=29	Resultatet påvisade att sjuksköterskor upplevde att bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom var komplext och ett detektivarbete. Viktiga faktorer för att identifiera var att känna patienten samt att ha en god relation till anhöriga. En annan viktig aspekt var sjuksköterskans erfarenhet av demenssjukdomar.	II K

<p>Neville, C., McCarthy, A. & Laurent, K. 2006 Australien</p>	<p>Pain Management skills of regional nurses caring for older people with dementia: a needs analysis</p>	<p>Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors kunskap om smärthantering hos personer med demenssjukdom.</p>	<p><u>Design:</u> Kvantitativ. <u>Urval:</u> 197 sjuksköterskor från 13 särskilda boende för personer med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Frågeformulär med 40 frågor som bedömde kunskap om smärta, smärtbedömning, uppfattning om utbildning. <u>Analys:</u> Resultaten fördes in i en SPSS- databas. (version 11) Medel och standardavvikelser beräknades för kontinuerlig data medan frekvenserna tabellerades för nominella data</p>	<p>N=418 (197)</p>	<p>Studiens resultat påvisade att sjuksköterskor som arbetade med personer med demenssjukdom, saknade rätt kunskap och kompetens att hantera smärta på ett effektfullt sätt. Sjuksköterskorna upplevde även att det saknades relevanta utbildningar.</p>	<p>I CCT</p>
--	--	---	--	------------------------	--	------------------

Seffo, N., Hamrin Senorski, E., Westin, O., Svantesson, E., & Krupic, F. 2020 Sverige	Communication and assessment of pain in hip fracture patients with dementia - experiences of healthcare professionals at an accident and emergency department in Sweden.	Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att bedöma smärta och erfarenhet av att kommunicera med höftfrakturpatienter med demenssjukdom på en akutavdelning	<u>Design:</u> Kvalitativ. <u>Urval:</u> 21 sjuksköterskor, med erfarenhet av personer med demenssjukdom och höftfraktur. <u>Datainsamling:</u> Fokusgruppsintervjuer med öppna frågor, efter en intervjuguide och kvantitativ innehållsanalys. <u>Analys:</u> Kvalitativ innehållsanalys.	N=21	Resultatet påvisade att samtliga sjuksköterskor upplevde att bedöma smärta och kommunicera med personer med demenssjukdom var en komplex situation. Mötet upplevdes som mycket stressigt, med snabba korta möten som efterföljde, snabba beslut och snabba behandlingar vid bedömning av smärta.	I K
Zwakhaleh, S.M.G., Hamers, J.P.H., Peijnenburg, R.H.A., & Berger, M.P.F. 2007 Nederländerna	Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia	Studiens syfte var att bedöma kunskaper och övertygelse hos sjuksköterskor om smärta hos personer med demenssjukdom, samt att undersöka skillnader baserat på arbetslivserfarenhet och utbildningsnivå.	<u>Design:</u> Kvantitativ. <u>Urval:</u> 167 sjuksköterskor. <u>Datainsamling:</u> Tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats. <u>Analys:</u> Principal Component Analysis (PCA), Mann-Whitney U test, Bonferroni korrekt alpha.	N=167 (44)	Studiens resultat påvisade sjuksköterskors brister i kunskap av flera aspekter om smärta och smärtlindring av personer med demenssjukdom. Sjuksköterskorna påvisade stora kunskapsbrister, dock var sjuksköterskorna nöjda med hur smärta bedömdes och behandlades. Sjuksköterskor som hade en högre utbildning påvisade en högre kompetens gällande smärta och smärtlindring hos personer med demenssjukdom.	I CCT

Källa: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006, sid 84). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.