



**FÖRUTSÄTTNINGAR SOM BEHÖVS FÖR ATT VÅRDPERSONAL
SKA KUNNA IDENTIFIERA OCH LINDRA SMÄRTA HOS PERSONER
MED KOGNITIV SJUKDOM**

En litteraturöversikt

**CONDITIONS REQUIRED FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS TO IDENTIFY
AND RELIEVE PAIN IN PERSON WITH NEUROCOGNITIVE DISORDER**

A literature review

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård vid kognitiv sjukdom, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 1 april 2022
Kurs: Vt-22

Författare:
Therese Kleveland

Lena Rhedin

Handledare:
Ragnhild Hedman

Examinator:
Jonas Sandberg

SAMMANFATTNING

I Sverige lever cirka 160 000 personer med en kognitiv sjukdom. Flertalet av dessa personer löper risk att utveckla en försämrad förmåga att själv kunna förmedla eventuell smärtupplevelse, vilket leder till ett ökat lidande och försämrad livskvalitet. För att vårdpersonal ska kunna utföra en personcentrerad och säker vård för personer med kognitiv sjukdom och lindra lidande behövs vissa förutsättningar.

Syfte med litteraturöversikten var att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom.

Som metod för det självständiga arbetet valdes en allmän litteraturöversikt. I denna har befintlig forskning sammanställts för att besvara litteraturöversiktens syfte. Sökning av artiklar har genomförts i databaserna Cinahl och Pubmed vilket resulterade i att 16 artiklar kvalitetsgranskades av författarna och inkluderades i litteraturöversikten.

I litteraturöversiktens resultat framkom att det behövs ett flertal förutsättningar för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Det behövs en adekvat personalbemanning, rutiner och riktlinjer att följa, att vård och omsorgsarbetet utgår från multiprofessionella team samt att vårdpersonal har möjlighet till kompetensutveckling inom området. Dessa förutsättningar är grunden för att vårdpersonal ska kunna arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och ha möjlighet att skapa en god relation med personen, vilket främjar möjligheten att identifiera och lindra smärta.

Slutsatsen var att en personcentrerad vård är en förutsättning för att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. För detta behövs ett flertal fungerande organisatoriska faktorer samt en ökad kunskap inom området.

Nyckelord: Förutsättningar, Kognitiv sjukdom, Lindra lidande, Smärta, Vårdpersonal.

ABSTRACT

In Sweden approximately 160.000 individuals live with a cognitive disorder. The majority of these individuals are at risk of impaired ability to convey eventual pain, which increases suffering and decreases quality of life. Certain conditions are necessary in order for healthcare professionals to care for patients living with a cognitive disorder that is based on patient-centered care and safe healthcare.

The aim of this study was to explore the conditions required for healthcare professionals to be able to identify and alleviate suffering in people with cognitive disorder.

A literature review was chosen as the method. Existing research has been compiled in order to answer the aim of the study. In order to find appropriate scientific articles, Cinahl and Pubmed were used as databases. This resulted in 16 scientific articles, quality reviewed by the authors and included in the literature review.

The results showed that there are a number of conditions required in order to alleviate pain in individuals that live with a cognitive disorder. There is a need for adequate staffing, routines and guidelines to act in accordance with, a care that is based on multi-professional teams as well as an opportunity for health care staff to develop skills within their profession. These conditions constitute the bases that are necessary in order for health care staff to work based on a person-centered approach along with the opportunity to create a good relationship with the regarding person. This promotes the ability to identify and alleviate pain.

The conclusion was that a person-centered care is a necessity in order to identify and alleviate pain in individuals that live with a cognitive disorder. That requires a number of functioning organizational factors as well as increased knowledge within this area.

Keywords: Alleviate suffering, Neurocognitive disorder, Conditions, Health professionals, Pain.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Kognitiv sjukdom	1
Smärta	2
Omvårdnad vid smärta hos personer med kognitiv sjukdom	5
Teoretisk utgångspunkt - Eriksson “Den lidande människan”	7
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Ansats och Design	8
Urval	8
Datainsamling	9
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	13
Organisatoriska faktorer	13
Kunskap och kompetens	15
Personcentrerad vård	17
DISKUSSION	18
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	22
Slutsats	24
Klinisk tillämpbarhet	25
REFERENSER	26
Bilaga A-B	I - XIX

INLEDNING

Personer med en kognitiv sjukdom utvecklar över tid en försämrad förmåga att förmedla sin upplevda livsvärld till sin omgivning vilket medför utmaningar för vårdpersonal i omvårdnadssituationer (Bullock et al., 2020). Studier visar att äldre personer med en kognitiv sjukdom ofta upplever smärta men att de har en försämrad förmåga att förmedla det till sin omgivning. Trots denna vetskap är smärtskattning och adekvat smärtbehandling sällan förekommande av personer med kognitiv sjukdom vilket medför ett ökat lidande för personen (Husebo et al., 2016; Malara et al., 2016).

Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden därav är det av yttersta vikt att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (International Council of Nurses [ICN], 2012). Med förutsättningar menas de faktorer som kan påverka vårdpersonalens möjligheter att identifiera och lindra smärta, till exempel brist på kunskap inom ämnet.

BAKGRUND

Kognitiv sjukdom

Idag lever cirka 55 miljoner människor runt om i världen med en kognitiv sjukdom och varje år insjuknar ytterligare 10 miljoner personer i sjukdomen (World Health Organization [WHO], 2021). I Sverige uppskattas cirka 160 000 personer ha en kognitiv sjukdom vilket till år 2050 beräknas ha fördubblats då medellivslängden ökar hos befolkningen (Socialstyrelsen, 2017a). Kognitiva sjukdomar ökar med stigande ålder och drabbar i första hand personer över 65 år men sjukdomen förekommer även hos yngre personer (WHO, 2021). Då ingen botande behandling finns att tillgå inriktar sig hälso- och sjukvården på att erbjuda en personcentrerad vård som minskar lidandet och främjar en god livskvalitet för personer med kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2017a).

I diagnosmanualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5] som American Psychiatric Association [APA] ger ut presenterades år 2013 termen kognitiv sjukdom istället för benämningen demenssjukdom. Termen kognitiv sjukdom ska spegla den kognitiva funktionsnivån hos en person snarare än en specifik sjukdom, därav används termen kognitiv sjukdom i denna litteraturöversikt (APA, 2013).

Vid kognitiv sjukdom sker patologiska förändringar i hjärnan som påverkar kognitionen vilket leder till att personen som drabbas får svårigheter att hantera sin vardag (Gale et al, 2018). Det kan vara förmågor som minne och inlärning, språket, exekutiva förmågor, visospatiala förmågor och motorik som försämrats från en tidigare funktionsnivå och som förekommit under de senaste sex månaderna (APA, 2013). För att fastställa vilken typ av kognitiv sjukdom som föreligger genomförs en basal utredning vilket innehåller samtal med patient och anhörig, fysisk och psykiatrisk undersökning, blodanalyser, hjärnabbildande undersökning, minnestester och en funktionsbedömning (Cunningham et al., 2015).

Då en basal utredning inte kan fastställa vilken typ av kognitiv sjukdom som föreligger genomförs en utvidgad utredning som innehåller lumbalpunktion, utökade hjärnabbildningar samt neurokognitiv testningar (Socialstyrelsen, 2017a). Kognitiva sjukdomar delas in i olika

grupper där primärdegenerativ sjukdom, vaskulär sjukdom och sekundär sjukdom ingår (Cunningham et al., 2015).

Alzheimers-, Lewy Body - och frontotemporal sjukdom ingår i gruppen primärdegenerativa sjukdomar (Ljubenkov & Geschwind, 2016). Vid dessa sjukdomar uppstår en patologisk process i centrala nervsystemet där hjärncellerna av okänd etiologi angrips och hjärnan atrofierar vilket medför progredierande kognitiva svårigheter för personen (Alzheimer's Association, 2016). Alzheimers sjukdom är den vanligaste primärdegenerativa sjukdomen och står för ungefär 60% av de primärdegenerativa diagnoserna därefter kommer Lewy Body och frontallobsjukdom (Cunningham et al., 2015). Symtombilden är minnessvårigheter, sänkt initiativförmåga, ordglömska, försämrad orienteringsförmåga, fysiska och motoriska funktionsinskränkningar, hallucinationer, personlighetsförändring samt språksvårigheter (Bang et al., 2015; Sanford, 2018; Scheltens et al., 2016)

Vid vaskulär kognitiv sjukdom finns en underliggande kärlsjukdom som medför en störd blodförsörjning och multipla skador i hjärnan vilket leder till olika grader av kognitiv nedsättning. Vaskulär kognitiv sjukdom står för 20–25 % av samtliga fall av kognitiv sjukdom men ofta föreligger ett blandtillstånd av vaskulär sjukdom och Alzheimers sjukdom (Iadecola, 2013). Beroende på vilket område i hjärnan som påverkas av skadorna uppträder olika typer av symtom. Depression är ofta ett tidigt symtom därutöver framträder exempelvis symtom som minnessvårigheter, försämrad språklig förmåga och hallucinationer (Iadecola, 2013) Det finns även ett flertal andra sjukdomar och tillstånd som kan ge upphov till kognitiva symtom till exempel infektionssjukdomar, hjärntumör, vitaminbrist och alkoholmissbruk. Vissa av dessa sjukdomar och tillstånd kan leda till en kognitiv sjukdom men inte nödvändigtvis (Marcusson et al., 2011).

Symtombild och sjukdomsförlopp skiljer sig ofta åt dels mellan de olika kognitiva sjukdomarna och dels mellan olika individer (Cunningham et al., 2015). Generellt brukar sjukdomsförloppet delas in i tre faser; mild, måttlig och svår fas. Vid mild fas kan personen med kognitiv sjukdom ofta hantera sin vardag relativt självständigt. Vid måttlig fas förvärras symtomen och personen behöver ökat stöd från omgivningen för att klara sin vardag och vid svår fas uppvisar personen stort vårdbehov och behöver stöd med de flesta aktiviteter i sin vardag (Socialstyrelsen, 2017a). Vid måttlig till svår fas får personen med kognitiv sjukdom ofta svårigheter att verbalt uttrycka sig. Språkförståelsen och nyansering i talet blir försämrat vilket medför en ökad risk för att personen inte längre kan förmedla en upplevd känsla som till exempel smärta. Det kan leda till att vårdpersonal har svårt att diagnostisera smärta hos personen och ge en adekvat smärtbehandling (Hoffman, 2018).

Smärta

Smärta definieras enligt International Association on the study of pain [IASP] (2019 s. 250) som “An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage”. Definitionen beskriver att smärta är både en sensorisk och emotionell upplevelse vilket ska ses som en helhet (Strang et al., 2004).

Sjuksköterskan Cicely Saunders myntade begreppet “Total pain” på 1950-talet, vilket innebär att smärta också har en psykisk, social och en existentiell dimension och inte enbart är fysisk lidande. Samtliga dimensioner kan ge upphov till smärta (Saunders & Sykes, 1993; Wood, 2021). En smärtupplevelse är alltid subjektiv och varje enskild person tolkar smärtan utifrån sina

erfarenheter och personliga egenskaper, vilket gör varje persons smärta unik (Strang et al., 2004).

Smärta hos personer med kognitiv sjukdom

Med ökad ålder ökar risken att utveckla smärtrelaterade sjukdomar samt kognitiv sjukdom då hög ålder är den största riskfaktorn till sjukdomen (Corrada et al, 2010; Socialstyrelsen, 2017b). Studier påvisar att upp till hälften av äldre personer (>65 år) som bor i eget boende upplever långvarig smärta vilket ofta orsakas av artros, osteoporos, frakturer och ospecifik rygg- och ledsmärta (Gibson & Lussier, 2012; Socialstyrelsen, 2017b). Ungefär hälften av de personer som lever med en avancerad kognitiv sjukdom bor på ett särskilt boende i Sverige och 60–80% av dem lever med någon typ av smärta (Danielsson Öberg & Rolfer, 2016; Achterberg et al., 2020; Pieper et al., 2013). Personer med kognitiv sjukdom uppvisar en högre grad av komorbiditet och fysiska symtom än äldre personer utan kognitiv sjukdom, varav smärtsamma tillstånd som reumatoid artrit och cancer är vanliga (Clague et al, 2017).

Personer med mild till medelsvår kognitiv sjukdom har på grund av de hjärnskador som utvecklas vid kognitiv sjukdom, troligtvis en lägre smärtröskel och är därmed mer känsliga för smärta (Defrin et al., 2015). Hjärnskadorna leder dessutom till en förlust av placebo-effekt vilket gör att dessa individer är i behov av högre doser läkemedel för att uppnå samma effekt som personer utan kognitiv sjukdom, samtidigt som det finns en ökad känslighet för biverkningar (Defrin et al., 2015). Studier som genomförts visar att äldre personer med en kognitiv sjukdom erhåller minst smärtbehandling då de ofta har försämrade språklig förmåga och svårigheter att själva rapportera sin smärta (Achterberg et al., 2020; Husebo et al., 2016; Flo et al., 2014). Andra studier bekräftar att det finns en signifikant skillnad i förskrivning av analgetika mellan personer med eller utan kognitiv sjukdom, där personer med kognitiv sjukdom erhåller mindre smärtstillande läkemedel trots en jämförbar förekomst av tillstånd förknippat med smärta (Tan et al., 2015).

Att identifiera och behandla smärta hos personer med kognitiv sjukdom utgör en särskild utmaning för vårdpersonal inom hälso- och sjukvården (Achterberg et al., 2021). Personer med kognitiv sjukdomen utvecklar ofta en försämrade förmåga att själv kunna beskriva sin upplevda smärta vilket gör att vårdpersonal behöver uppmärksamma andra tecken på smärta (Kress et al., 2014). Achterberg et al. (2020) menar att komplexiteten av smärtbedömning av personer som inte kan smärtskatta sig själv utgör en anledning till obehandlad smärta hos patientgruppen. Den kognitiva funktionsnedsättningen kan orsaka att personen har glömt att den nyligen hade smärta på grund av närminnesproblematik eller inte längre förstår innebörden av orden smärta/värk/ont på grund av afasi/verbal amnesi (Kress et al., 2014; Sampson, 2019). Personcentrerad vård blir då en grundläggande faktor för en adekvat bedömning och behandling för personen som inte verbalt kan kommunicera sin smärta och eventuella smärtlindring (Edberg et al., 2017; Sampson, 2019).

Smärtupplevelse hos personer med kognitiva sjukdom kan ge sig uttryck på flera sätt. Det finns ett bevisat samband mellan psykotiska symtom som vanföreställningar hos personer med kognitiv sjukdom och smärta (Habiger et al., 2021).

Smärta kan också orsaka konfusion hos patientgruppen (Habiger et al., 2016). Andra studier bekräftar att beteendemässiga och psykiska symtom vid kognitiv sjukdom [BPSD] som aggressivitet, rop, gråt, skrik, apati, ångest, sömnlöshet, nedstämdhet i första hand orsakas av smärta (Achterberg et al., 2013; Corbett et al., 2012). Sampson (2019) menar att vårdpersonal bör ha kunskap om den höga prevalensen av smärta hos personer med kognitiv sjukdom och

direkt initiera smärtskattning och eventuell behandling omgående då vårdpersonalen ser förändrad funktion, humör eller beteende. ”See change – think pain!” (Sampson, 2019, s 252).

Smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom

För att identifiera smärtförekomst hos personer med kognitiv sjukdom kan olika skattningsinstrument användas (Edberg et al., 2019). Dessa utgår ofta från att vårdpersonal ska observera personen utifrån olika ansiktsuttryck, förändrat kroppsspråk och beteende, fysiologiska och kroppsliga förändringar samt ljuduttryck (Carezzatto, 2014). Emellertid bör man alltid fråga personen själv om den har ont och särskilt i de tidigare stadierna av sjukdomen kan förmågan att skatta sin egen smärta finnas kvar, då gärna med hjälp av enklare instrument som numerisk skala - *1-10* eller verbal beskrivande skala - *ingen smärta, lätt smärta, måttlig smärta, svår smärta* (Achterberg et al., 2020; Edberg et al., 2017). Den självskattade smärtan bör kombineras av en bedömning av ansiktsuttryck, neurologisk och motorisk funktion (Defrin et al., 2015).

I Sverige rekommenderas generellt smärtskattningsinstrumentet Abbey Pain Scale [APS] (Abbey et al, 2004; Svenskt demenscentrum, 2020). Neville och Ostini (2014) har jämfört tre vanliga smärtskattningsinstrument för att klargöra vilket som lämpar sig bäst för personer med kognitiv sjukdom. Både APS och Doloplus-2 hade god reliabilitet och validitet men APS är inte lika känslig för bedömarens förkunskaper och egenskaper och bedömdes vara ett bättre alternativ för personer som inte använder smärtskattningsinstrument så ofta. APS räknas också som ett enkelt verktyg att använda även för personal som inte känner patienten sedan tidigare (Edberg et al., 2017). Nyare forskning lyfter PAINAD, PACSLAC och DOLOPLUS-2 som de mest använda och i nuläget bästa instrumenten och visar även att det forskas mycket i nuläget på nyare mer träffsäkra instrument som ‘Pain Intensity Measure for Persons with Dementia’ och ‘Pain Assessment in Impaired Cognition’ (Achterberg et al., 2021). Det finns studier som validerar smärtskattningsinstrumentens förmåga att upptäcka smärta men det är än inte bevisat om samma instrument är känsliga för förändring/resultat efter behandling. Därför finns det brister i forskning om smärtskattning och följaktligen säker läkemedelsbehandling till patientgruppen (Husebo et al., 2016).

Smärtbehandling av personer med kognitiv sjukdom

Vid kognitiv sjukdom är olika BPSD-symtom vanligt förekommande, dessa orsakar personen ofta stort lidande och ska behandlas, i första hand med icke-farmakologiska åtgärder (Dyer et al., 2018; Socialstyrelsen, 2017b). BPSD-symtom kan ha olika orsaker men forskning visar att smärta är den främsta orsaken (Achterberg et al., 2013; Corbett et al., 2012). Dock finns det få studier om icke-farmakologiska åtgärder och dess effekter på smärta vid just kognitiv sjukdom (Achterberg et al., 2021). En ny australiensisk studie fann emellertid att massage och fysisk aktivitet hade effekt på smärta i kombination med vid-behovs medicin (Ellis et al., 2019). Störst effekt fann man hos personer med kognitiv sjukdom som fick båda interventionerna i kombination.

Smärtbehandling av äldre personer är komplex då det föreligger en generell försämrad organfunktion, ökad känslighet för biverkningar, samsjuklighet samt polyfarmaci. Detta kan leda till att äldre personer inte erhåller en adekvat smärtbehandling vilket påverkar livskvaliteten negativt (Kress et al., 2014; Socialstyrelsen, 2017b). Det finns få studier som har undersökt analgetikas effekt hos personer med kognitiv sjukdom, därför är behandlingsstrategier hos patientgruppen till största del erfarenhetsbaserad (McLachlan et al., 2011). Stående

läkemedelsbehandling med Paracetamol 1g x 3 rekommenderas som grundbehandling vid nociceptiv smärta med tillägg av starka opioider som Dolcontin/Oxycontin eller smärtplåster som Fentanyl/Buprenorfin (Mayer, 2019; Socialstyrelsen, 2017b). Neuropatisk smärta har identifierats som den mest underbehandlade typen av smärta hos personer med kognitiv sjukdom och är vanlig hos bland annat personer med diabetes, ryggsmärta och cancer (Scherder et al., 2012). Ungefär 35 procent av personer som har fått en stroke drabbas av central neuropatisk smärta därför bör man anta att en betydande andel av personer med vasculär sjukdom eller kognitiv sjukdom av blandad typ lider av neuropatisk smärta (Scherder et al., 2012). Neuropatisk smärta bör behandlas med tricykliskt antidepressiva där Amitriptylin rekommenderas i första hand med noggrann observation av antikolinerga biverkningar (Socialstyrelsen, 2017b). Komplexiteten kring smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom och risk för polyfarmaci och biverkningar bedöms ligga bakom underbehandling av smärta vid kognitiv sjukdom (Achterberg et al., 2021). Den ovan nämnda svårigheten med smärtbedömning av personer med kognitiv sjukdom föranleder svårighet i att bedöma när vid-behovs medicinering ska ges (Sampson, 2019). Därför rekommenderas alltid stående läkemedelsbehandling till personer med kognitiv sjukdom med förhållningssättet att starta med låg dos, långsam upptrappning, överväga alternativa administreringssätt som flytande läkemedel eller plåster samt noggrann uppföljning av effekt och bieffekter (Sampson, 2019). Att optimera smärtbehandling hos personer med kognitiv sjukdom kräver kunskap och engagemang från vårdpersonal relaterat till ökad känslighet för biverkningar men behov av generellt högre doser för smärtlindrande effekt (Defrin et al., 2015). Risk för opioidinducerat konfusion har använts som argument till varför läkare är försiktiga med att förskriva opioider (Duran et al., 2013). Dock visar en norsk studie att smärta i sig orsakar konfusion snarare än opioider. Opioidbehandling ökar inte förekomsten av hallucinationer eller förvirring och därför bör välinställd smärtbehandling ses som förebyggande för psykotiska symtom (Habiger et al., 2016).

Omvårdnad vid smärta hos personer med kognitiv sjukdom

Omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och grundas i en humanistisk människosyn (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Omvårdnad innefattar både det vetenskapliga kunskapsområdet och det praktiska arbetet nära patienten där sjuksköterskan ska ha ett helhetsperspektiv. Omvårdnadsansvaret innebär att sjuksköterskan behöver ha kunskap om människans kognition, kommunikation, fysiologi, biologi, patologi, psykosociala och kulturella behov samt hur dessa samverkar vid komplexa tillstånd som samsjuklighet och smärta (SSF, 2017). För att uppnå optimal omvårdnad och smärtbehandling hos personer med kognitiv sjukdom krävs ett multiprofessionellt samarbete (Socialstyrelsen, 2017a; Sampson, 2019; Tsai et al., 2021). Sjuksköterskan bär ett ansvar att konsultera och kalla samman kompetens i komplexa ärenden som till exempel smärta vid kognitiv sjukdom (SSF, 2017). Sjuksköterskan har helhetssynen, kunskaper om smärtlindrande läkemedel samt omvårdnadsåtgärder som fysisk beröring, tröst och balans mellan vila och aktivitet. Fysioterapeuter kan ge träningsprogram och kontrakturrehabilitering. Arbetsterapeuter kan optimera miljö och individens funktion. Farmaceuter kan konsulteras om läkemedelsadministration och läkare kan undersöka grundorsaken till smärta och ge adekvat läkemedelsbehandling (Sampson, 2019). Vårdens komplexa natur föranleder att olika yrkesgrupper måste samarbeta för att ge adekvat och säker hälso- och sjukvård (Edberg et al., 2017). Kärnkompetenserna sammanfattar de nödvändiga kunskaper som alla vårdens professioner behöver ha gemensamt för att nå detta mål (Edberg et al., 2017). De sex kärnkompetenserna för vårdprofessioner är *evidensbaserad vård, kvalitetsutveckling, säker vård, informatik, teamsamverkan och personcentrerad vård* (Institute of medicine [IOM], 2003).

Med evidensbaserad vård menas att vården utformas efter bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och beprövad erfarenhet med hänsyn till patienternas önskemål (Johansson & Wallin, 2013). Statens beredning för social och medicinsk utvärdering [SBU] (2007) beskriver att det är få av de insatser som idag används inom vård och omsorg av personer med kognitiv sjukdom som har bevisad effekt eller vetenskaplig evidens. Den forskning som finns om omvårdnad av personer med kognitiv sjukdom har gjorts med så olika metoder och upplägg att resultaten inte kan jämföras och därför kan heller inga slutsatser dras (SBU, 2007). Dock har intresset för att undersöka effekten av interventioner för smärta hos personer med kognitiv sjukdom ökat senaste åren och en rad studier och översiktsartiklar har tillkommit sedan SBU:s (2007) senaste genomgång till exempel Achterberg et al. (2021), Husebo et al. (2016), Pieper et al. (2013) och Tsai et al. (2021).

Vårdpersonal bidrar till *kvalitetsutveckling* genom att bedriva förbättringsarbete i syfte att skapa en god och säker vård. Förbättringsarbeten som omfattar olika vårdprocesser inom vården av personer med kognitiv sjukdom samt implementering av dessa i verksamheter är ett sätt att förbättra vårdkvaliteten för personer med kognitiv sjukdom (Hommel et al., 2013). Specialistsjuksköterskor har fördjupad kunskap inom sitt område och har ett tydligare ansvar i att implementera forskning och bedriva förbättringsarbete inom sitt fält i organisationen (Hommel et al., 2013). Genom att följa rutiner och riktlinjer, använda evidensbaserade metoder och tekniker samt identifiera, rapportera och åtgärda risker i vården deltar vårdpersonal i att tillämpa en *säker vård* (Öhrn., 2013). Specialistsjuksköterskor har en nyckelroll i att säkerställa att vården för personer med kognitiv sjukdom utgår från evidensbaserad vetenskap där risker och avvikelser anges för att därefter åtgärdas. Kärnkompetensen *informatik* innebär bland annat att vårdpersonal dokumenterar och använder olika tekniska verktyg för att nå ut med information som syftar till att utveckla patientsäkerhet och vårdkvaliteten som till exempel olika journalsystem och kvalitetsregister som BPSD-registret (Sävenstedt & Florin, 2013).

Teamsamverkan innebär att vårdpersonal med olika professioner samverkar för patientens bästa. Genom en teamsamverkan där ett prestigelöst förhållningssätt råder och där kommunikationen håller en hög kvalitet skapas synergier som leder till ökad patientnytta, samarbetshälsa och utveckling inom teamet (Carlström et al., 2013). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017a) lyfts teamsamverkan fram som en avgörande faktor för en god livskvalitet hos personer med kognitiv sjukdom. Det bekräftas i forskning att multiprofessionella team behöver samarbeta för att upptäcka smärta och optimalt behandla denna hos personer med kognitiv sjukdom (Tsai et al., 2021).

Personcentrerad vård är inte bara en kärnkompetens för vårdens professioner utan även en central del av omvårdnaden vid kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2017a). Det innebär kort att personen med kognitiv sjukdom sätts i fokus och inte diagnosen. Förhållningssättet bör också appliceras gentemot kollegor i teamet runt patienten för att stärka relationer och ingå partnerskap teammedlemmar emellan. På så vis finns förutsättningar för att ta fram vårdpersonalens inre styrka som en resurs för arbetet. En personcentrerad vård innebär att alla människor är och ska bemötas som fria personer med unika förmågor och egenskaper (Ekman & Norberg, 2017). Med en personcentrerad vård fångas personens lidande i deras livsvärld snarare än att följa ett medicinskt protokoll för att diagnostisera och behandla sjukdom (Ekman et al., 2021).

Göteborgs universitets enhet "Centrum för personcentrerad vård" [GPCC] har skapat en tredelad modell för klinisk tillämpning av den personcentrerade vården (Ekman et al., 2011). Patientberättelsen är den första delen och själva förutsättningen för den personcentrerade vården,

den sjuka människans beskrivning av sin upplevda situation och dess påverkan på hens liv. Socialstyrelsen (2017a) rekommenderar att personal som möter personer med kognitiv sjukdom utgår ifrån personens levnadsberättelse i all omvårdnad. När man känner till personens historia, livsval, favoritsaker och stressfaktorer så ökar personalens möjlighet att arbeta personcentrerat (McKeown et al., 2010). Centralt för att få ta del av berättelsen, och den andra delen i personcentrerad vård enligt modellen, är att initiera en relation eller ett partnerskap mellan vårdpersonal och patient. Genom ömsesidig respekt för varandra och varandras kunskap ökar följsamhet till behandling och ger bättre resultat för både vården och patienten. Till exempel behöver vårdpersonal etablera ett partnerskap med personen för att kunna tolka tecken på smärta som ändrat beteende, rörelsemönster, röstuttryck, kroppsspråk och ha kännedom om tidigare skador och sjukdomar som kan orsaka smärta (Sampson, 2019). Den tredje delen består av att personcentrerad vård säkerställs genom dokumentation av överenskommelsen för att säkerställa att den blir tillgänglig för det övriga teamet och att planen genomförs (Ekman et al., 2011).

Ett personcentrerat förhållningssätt i vården av personer med kognitiv sjukdom kan vara avgörande för samhällets syn på sjukdomarna (Sabat et al., 2011). Det är vanligt att beteenden och psykiska symtom misstolkas som följder av den kognitiva sjukdomen snarare än tecken på till exempel smärta eller reaktioner på psykologiska missförstånd som personal kan orsaka (Sabat et al., 2011). Därför blir den personcentrerade vården viktig för att utröna orsaken till symtomen och ge individuell behandling och bemötande (Ekman et al., 2011). Socialstyrelsen (2017a) menar att för att kunna erbjuda en personcentrerad god vård och omsorg och även förstå och bearbeta utmaningar i möten med personer med kognitiv sjukdom, behöver vård- och omsorgspersonal utbildning, träning och handledning inom området.

Teoretisk utgångspunkt - “Den lidande människan”

Då avsikten med denna litteraturöversikt är att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom är Erikssons teori om den lidande människan relevant. Eriksson (1994) belyser i sin omvårdnadsteori patienten som den lidande människan. Hon definierar tre former av lidande inom vården, vilka är sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande.

Enligt Eriksson (1994) innebär ett sjukdomslidande något som orsakas av den sjukdom eller behandling som personen genomgår. Sjukdomslidande delas upp i två kategorier, dels som en kroppslig smärta och dels som en andlig, själslig smärta. En kroppslig smärta är ofta orsakad av sjukdom eller behandling och upplevs av människan som en helhet. Kroppslig smärta ska lindras av sjukvården med alla tillgängliga medel (Eriksson, 1994). Själslig och andlig smärta menar Eriksson (1994) är mindre omtalad inom vården men ger sig uttryck som skuld och skam som människan upplever i samband med sjukdom och behandling. En själslig och andlig smärta kan människan själv förnimma och vårdpersonal kan genom ett kritiskt bemötande bidra till lidande. Eriksson (1994) menar att eliminera eller minska lidande kan vara vårdens största utmaning för framtiden.

Vårdlidande är ett lidande som människan utsätts för inom vården eller upplevelsen av en utebliven vård. Vårdlidande delas in i fyra kategorier; Kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård (Eriksson, 1994). Forskning visar att personer med kognitiv sjukdom inte erhåller vård för smärta i samma utsträckning som personer utan kognitiv sjukdom (Achterberg et al., 2020; Flo et al., 2014; Husebo et al., 2016), vilket inryms i begreppet utebliven vård. Utebliven vård kan till exempel orsakas av kunskapsbrist hos

vårdpersonal, bristande förmåga och vilja, medveten handling eller omedveten handling. Vid utebliven vård ökar risken för kroppsligt och andligt/själsligt lidande hos patienten enligt Eriksson (1994).

Ett livslidande kan enligt Eriksson (1994) innebära för människan att hela hennes livssituation förändras, hela livet tas ifrån människan. Människan upplever ett lidande inför hela hennes livssituation och ställs inför ett hot mot hela existensen eller förlust att kunna delta i livet.

Problemformulering

I sjuksköterskans ansvarsområde ingår att lindra lidande hos personer med kognitiv sjukdom. Forskning visar att personer med kognitiv sjukdom erhåller bristfällig smärtskattning och behandling då de har en försämrad förmåga att förmedla sin upplevda smärta. Det är även konstaterat att en kunskapsbrist inom området föreligger hos vårdpersonal. Med insikt om att det förekommer brister inom smärtskattning och behandling av personer med kognitiv sjukdom är avsikten med denna litteraturöversikt att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos dessa personer. Genom att kartlägga aktuell forskning inom området och förmedla resultatet, kan sjuksköterskor utveckla och leda förändringsarbetet för att lindra smärta. Därigenom bidrar sjuksköterskor till en jämlik, god och säker vård för personer med kognitiv sjukdom.

SYFTE

Syftet var att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom.

METOD

Ansats och Design

För att besvara studiens syfte har en integrativ litteraturöversikt genomförts. En integrativ litteraturöversikt är lämpligt att genomföra då befintlig forskning inom ett område ska kartläggas och där vetenskapliga artiklar med både en kvalitativ och kvantitativ design ligger till grund för resultatet (Polit & Beck, 2017).

Enligt Polit & Beck (2017) bör en litteraturöversikt vara aktuell i tiden, grundligt genomförd, omfattande, konsekvent och opartisk vilket författarna till denna litteraturöversikt hanterat genom inklusions- och exklusionskriterier, etiska överväganden samt noggrant förfarande vid insamling och analys av data.

Urval

Vid sökningarna i de två databaserna Pubmed och Cinahl användes avgränsande inklusions- och exklusionskriterier med avsikt att underlätta urvalet av artiklar som besvarar litteraturstudiens syfte samt stärka dess validitet och reliabilitet (Polit & Beck, 2017). Inklusionskriterier som användes var originalartiklar som genomgått en vetenskaplig expertgranskning samt att artiklarna inte var äldre än tio år och var skrivna på engelska. Avgränsningen vetenskaplig granskning användes i databasen Cinahl, vilket databasen Pubmed inte erbjuder. Enligt Polit och Beck (2017) har artiklar som genomgått en expertgranskning en högre tillförlitlighet då det är

sakkunniga personer som granskat artiklarna på ett objektiva sätt. Exklusionskriterier som användes var översiktsartiklar, artiklar som inte berörde förutsättningar för vårdpersonalens möjlighet att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom, artiklar som belyste anhörigvårdarens perspektiv samt artiklar som inte studerade förhållanden i jämförbara sjukvårdssystem och kontexter som Sverige.

I denna litteraturöversikt har artiklar med en kvalitativ och/eller kvantitativ metod använts med avsikt att presentera litteraturöversiktens syfte utifrån ett bredare perspektiv, vilket Polit och Beck (2017) menar att man med fördel kan använda inom omvårdnadsforskning. Då litteraturen visar att teamsamverkan över professioner är viktigt för smärtbedömning och smärtbehandling valde vi att inkludera samtliga yrkesprofessioner som vårdar personer med kognitiv sjukdom för att kunna besvara syftet utifrån samtligas perspektiv.

Datainsamling

Datainsamlingen och sökningen av artiklar inleddes med en osystematisk arbetsmetod för att skapa en grund och en förståelse för aktuellt kunskapsläge inom området och en bedömning av möjligheten att finna vetenskapliga artiklar som besvarade litteraturöversiktens syfte (Polit & Beck, 2017). Bibliotekarie på Sophiahemmet högskola Stockholm rådfrågades kring sökord och genomförande av olika söktekniker, vilket resulterade i relevanta sökblock och sökstrategier för att besvara syftet. Därefter följde en systematisk litteratursökning i databaserna PubMed och Cinahl som är lämpliga att använda då man önskar finna vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström, 2013). Databassökningarna påbörjades i november 2021 till januari 2022.

Följande sökord som utgår från syftet var: *dementia, dementia patients, pain management, health personnel, nurs**. Alla sökord användes som fritext (title/abstract) och MESH termer (PubMed), Major headings (Cinahl) då de fanns som indexerade ämnesord i databaserna. Fritextsökningen gjordes för att få med forskning som ännu inte är indexerad. Sökorden redovisas i tabell 1. Vid sökningen användes booleska termer som AND och OR samt trunkering för att inkludera alla böjningar på ordet, vilket ökar antalet sökträffar i databaserna (Polit & Beck, 2017).

Tabell 1. Presentation av databassökning i PubMed och Cinahl

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar
PubMed 2021-11-24	((dementia[MeSH Terms]) OR (dementia[Title/Abstract]) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))) AND ((pain management[MeSH Terms]) OR (pain management[Title/Abstract]) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter]))) AND ((health personnel[MeSH Terms]) OR (nurs*[Title/Abstract]) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter])))	171	142	66	12
Cinahl 2021-11-30	MH Dementia + OR AB Dementia AND MH Dementia patients OR AB Dementia patients AND MH Health personnel + OR AB Health personnel OR AB Nurs* AND MH Pain management OR AB Pain management	82	31	22	4
TOTALT		253	173	88	16

Kvalitetsgranskning

De utvalda artiklarna kvalitetsgranskades utifrån ett modifierat bedömningsunderlag (Bilaga A) av Caldwell et al. (2011). Kvalitetsgranskningen gjordes med syfte att få information om hur studien har genomförts, vilket resultat som erhållits samt att artiklarna utifrån bedömningsmaterialet uppnår en god kvalitet (Friberg, 2017). Kvalitetsgranskningsunderlaget består av 18 granskningskriterier där svaren poängsätts och räknas samman. Högsta poäng en artikel kan erhålla var 36 poäng. Då en artikel erhåller 29-36 poäng betecknas det som mycket god kvalitet, 20-28 poäng motsvarar god kvalitet och mindre än 20 poäng bedöms som en låg kvalitet (Caldwell et al., 2011). Artiklar som erhöll bedömningen mycket god kvalitet samt god kvalitet inkluderades i litteraturöversiktens resultat.

Dataanalys

Artiklarna som ligger till grund för litteraturöversiktens resultat sammanställdes i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) metod i nio steg, vilket är en modifiering av Burnards (1991) metod för att extrahera data (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016; Burnard, 1991). I första steget läste författarna samtliga artiklar enskilt i dess helhet för att uppnå en förståelse för artiklarnas innehåll och kontext. Artiklarnas resultatdel lästes vid ett flertal tillfällen för att öka insikten kring varje artikels specifika resultat. Därefter diskuterade författarna innehållet för att få en gemensam syn och fördjupad förståelse. Vid andra och tredje steget identifierades meningsbärande enheter i texten som färgkodades för att på ett strukturerat sätt analyseras och kondenseras till olika kategorier. Fjärde steget innebar att samtliga meningsbärande enheter som svarade på litteraturöversiktens syfte dokumenterades i en tabell som synliggjorde framväxande kategorier, så kallad öppen kodning. I steg fem genomfördes en reducering av kategorierna i syfte att slå samman liknande kategorier och beskriva dem med ett mer övergripande ord. Därefter i steg sex skapade författarna en tabell på de kategorier som blivit synliga. Samtliga kategorier granskades grundlig av författarna och diskuterades gemensamt för att nå konsensus i steg sju. För att säkerställa att samtliga artiklars resultat fanns representerat i kategorierna och underkategorierna lästes artiklarna återigen i steg åtta för att i sista steget nio sammanställdes litteraturöversiktens resultat. Genomförandet mynnade ut i tre huvudkategorier med vardera två underkategorier, se figur 1.

Forskningsetiska överväganden

Att upprätthålla ett etiskt ansvar är viktigt inom all forskning. Forskning där människor inkluderas måste ha ett etiskt godkännande för att skydda människan från att utsättas för skada, utnyttjande eller att såras (Kjellström, 2017). Det finns ett flertal nationella etiska riktlinjer inom forskning där Nurnberg Kodexen från 1947 först uppmärksammade de övergrepp som skedde i samband med andra världskriget. De idag mest kända etiska riktlinjerna inom forskning är Helsingforsdeklarationen som deklarerades 1964 och som kontinuerligt revideras då forskning och forskningsområden framskrider (Kjellström, 2017). Helsingforsdeklarationen grundläggande principer innebär att omsorgen kring personen alltid måste gå före vetenskapen och samhällets intressen. Därutöver omfattar riktlinjerna att ett inhämtat samtycke från de som vill delta i en studie är av yttersta vikt, att forskaren säkerställer individens anonymitet samt reducera påverkan på deltagarnas psykiska och fysiska integritet och personlighet (World Medical Association, 2018).

De artiklar som ingår i litteraturöversiktens resultat har samtliga genomgått en kvalitetsgranskning enligt Caldwell et al. (2011) modifierade bedömningsmall, som redovisas i

Bilaga A. I bedömningsunderlaget efterfrågas om etiska frågor identifieras och diskuteras i artikeln. De artiklar som uppfyllde dessa krav inkluderades i litteraturöversikten.

Priebe och Landström (2017) beskriver att en förförståelse är kunskaper, erfarenheter och värderingar inom ett område som en person förvärvat under sin livstid både i sitt privatliv som yrkesliv. Förförståelse är viktigt att beskriva för att visa på insikt hur denna kan påverka studiens resultat samt för att stärka studiens pålitlighet (Priebe & Landström, 2017). Författarna till denna litteraturöversikt har förförståelse inom området som yrkesverksamma sjuksköterskor med inriktning kognitiv sjukdom samt universitetsutbildning på avancerad nivå.

Förförståelsen diskuterades då litteraturöversikten påbörjades för att klargöra vilken eventuell påverkan denna kunde ha. Som yrkesverksam sjuksköterska där man möter personer med kognitiv sjukdom ställs man dagligen inför etiska dilemman. Genom vårt yrke har vi en viss kunskap om vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och behandla smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Genom att gemensamt reflektera och synliggöra denna förförståelse samt vara observant vid analys av artiklar och ha ett öppet sinne kan risken minimeras att denna påverkar tolkning av material (Priebe & Landström, 2018). Författarna till denna litteraturöversikt har presenterat resultaten från samtliga artiklar och inte bara de som återspeglar författarnas åsikter kopplade till syftet, inte heller avsiktligt undanhållit data utan presenterat ett resultat utifrån forskningsetiska principer.

RESULTAT

I samband med analysen av de 16 artiklar som utgör grunden för resultatet, se bilaga B, framkom tre kategorier som besvarar syftet att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Kategorierna är organisatoriska faktorer, kunskap och kompetens samt personcentrerad vård. Respektive kategori har två underkategorier, se figur 1.



Figur 1. Översikt över kategorier och underkategorier.

Organisatoriska faktorer

Det framkom att vårdpersonal påverkas av organisatoriska faktorer i sitt dagliga arbete i samband med att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Vårdpersonal upplevde en brist på resurser, rutiner och riktlinjer inom sin organisation, vilket ansågs vara en förutsättning för en god och säker vård till personer med kognitiv sjukdom.

Resurser

Organisatoriska faktorer som personal- och tidsbrist ledde till en mindre personcentrerad vård som påverkade möjligheten att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Burns & McIlfatrick, 2015a; Karlsson et al., 2013; Lichtner et al., 2016; Lundin & Godskesen., 2021; Minaya-Freire et al., 2020; Zwakhalen et al., 2018). En god personaltäthet var en förutsättning för att tidsmässigt kunna genomföra smärtskattning på personer med kognitiv sjukdom då personen ofta hade försämrade eller obefintliga förmågor att verbalt kunna uttrycka sin smärta (Lichtner et al., 2016; Burns & McIlfatrick, 2015a).

Flertalet smärtskattningsinstrument som användes kliniskt var konstruerade som observationsinstrument vilket innebär att man under en tid observerade personens ansiktsuttryck, kroppsspråk, förändringar i beteendet med mera. Dessa instrument upplevdes tidskrävande att genomföra då bristen på personal var hög (Burns & McIlfatrick, 2015a; Lichtner et al., 2016; Minaya-Freire et al., 2020).

En tät personalbemanning och närvaro av en annan människa kunde lindra både en fysisk och existentiell smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Lundin & Godskesen, 2021).

Underbemanning orsakade en känsla av att inte räkna till i sin yrkesprofession vilket resulterade i upplevd stress (Lundin & Godskesen, 2021; Lichtner et al., 2016). Personal - och tidsbrist samt en hög arbetsbelastning kunde praktiskt innebära att en person med en kognitiv sjukdom som befann sig i ett palliativ skede kunde få avsluta sina dagar i ensamhet och med smärta, vilket vårdpersonal upplevde ovärdigt och ställde sig frågande till att detta kunde få ske på 2020-talet (Lundin & Godskesen, 2021). De ekonomiska förutsättningarna i verksamheten styrde kvaliteten av vården och möjligheten till att ha en god bemanning (Jennings et al., 2018). Vårdpersonal kände sig både hjälp- och maktlösa i sin position och underströk sin åsikt om att mer personalresurser behövdes för att kunna erbjuda en personcentrerad vård till personer med kognitiv sjukdom (Lundin & Godskesen, 2021; Jennings et al., 2018). Mer personal och ökad kontinuitet inom personalgruppen ledde till en kontinuitet i vårdåtgärder och en förbättring av vården (Corbett et al., 2016).

Ytterligare organisatoriska faktorer som lyftes fram var att sjuksköterskor inte hade möjlighet att träffa sina patienter varje dag och undersköterskorna som utförde den patientnära vården upplevde att sjuksköterskorna var svåra att nå. Den fysiska distansen mellan de olika professionerna kunde leda till missförstånd genom hinder i kommunikationen samt att man inte litade på varandras bedömning (Karlsson et al., 2013). Vidare beskrev professionen läkare att de ansåg att personer med en kognitiv sjukdom och smärta borde bedömas av läkare med specialistkunskap men att dessa inte alltid fanns tillgängliga (De Witt Jansen et al., 2017a). I Jennings et al. (2018) studie framhävde läkare att en orsak till personalbrist var att det inte fanns tillräckligt med prestige i att arbeta med personer med kognitiv sjukdom samt att området är underfinansierat och därför väljer många läkare att arbeta inom andra specialiteter och områden.

Rutiner och riktlinjer

Riktlinjer och rutiner efterfrågades för identifiering av smärta och behandling av personer med kognitiv sjukdom eftersom dessa kunde bidra till en god och säker vård (Burns & McIlfatrick, 2015a; Giménez-Llor et al., 2020; Jennings et al., 2018; Zwakhalen et al., 2018). Dock visade ett flertal studier att vårdpersonal saknade eller var ovetande om de rutiner och riktlinjer som bör användas för att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Dowding et al., 2016; Jennings et al., 2018; Giménez-Llor et al., 2020; Zwakhalen et al., 2018). Nästan hälften av vårdpersonalen i Zwakhalen et al. (2018) studie uppgav att det inte fanns eller att de inte använde någon rutin eller riktlinje för smärtbedömning i sitt arbete. Studiedeltagarna var sjuksköterskor och omvårdnadspersonal från sju olika länder i Europa (Zwakhalen et al., 2018).

En studie undersökte vilka engelskspråkiga riktlinjer som finns på världsbasis för smärtbehandling av personer på särskilt boende och fann att enbart tre riktlinjer var inriktade på personer med kognitiv sjukdom och inga av dessa var anpassade för vård och omsorg på särskilt boende. Det fanns heller ingen evidens för riktlinjernas effektivitet och användbarhet (Corbett et al., 2016). Vårdpersonal upplevde att smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom där personens verbala förmåga försämrats var mycket komplex men att riktlinjer och rutiner kunde utgöra ett stöd (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2017a; Jennings et al., 2018; Lundin & Godskesen, 2021; Minaya-Freire et al., 2020). De smärtskattningsinstrument som fanns tillgängliga var svåra att genomföra och bedöma, vilket resulterade i en lägre grad av användning samt att resultatet då upplevdes ha en låg tillförlitlighet (Giménez-Llor et al., 2020; Jennings et al., 2018). Det fanns även en osäkerhet om ansvarsfördelningen mellan olika professioner för smärtbedömning och smärtbehandling (Corbett et al., 2016). Informationsvägar var tydliga från omvårdnadspersonal till sjuksköterska men inte lika tydliga om information som skulle gå från sjuksköterska till omvårdnadspersonal eller läkare till omvårdnadspersonal. Det fanns enighet

om att undersköterskor bär ansvar för att rapportera misstänkt smärta och att ansvaret övergår till sjuksköterskan men det rådde olika uppfattningar om vem som sätter in icke-farmakologiska åtgärder och vem som följer upp smärta och behandling. Ett tydligt ledarskap lyftes fram som en viktig del i att uppmuntra olika professioner till att ta ansvar för smärtbehandlingen (Corbett et al., 2016). Tydliga riktlinjer ansågs också främja det multiprofessionella samarbetet (Zwakhalen et al., 2018).

Kunskap och kompetens

Vårdpersonal upplevde att en god kunskap och kompetensnivå är en förutsättning för att kunna tillgodose personer med kognitiv sjukdom en god personcentrerad vård vid smärtproblematik, Vårdpersonal menade att en god kunskapsnivå och erfarenhet inom området förbättrar förmågan att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom.

Kunskap

Det fanns en brist på kunskap inom smärtskattning och behandling av personer med kognitiv sjukdom inom vård och omsorg (Corbett et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2017a; Minaya-Freire et al., 2020). Bristen på kunskap påverkade vården av personer med kognitiv sjukdom på ett negativt sätt och specialistkunskaper om kognitiv sjukdom, smärtskattning och behandling efterfrågades inom det multiprofessionella teamet för att uppnå en god och säker vård (Burns & McIlfatrick, 2015a; Minaya-Freire et al., 2020).

Det fanns brist på kunskap inom farmakologisk behandling, biverkningar, behandlingsstrategier samt administreringssätt och vårdpersonal önskade utbildning inom detta (De Witt Jansen et al., 2017a; Corbett et al., 2016; Tousignant-Laflamme et al., 2012). I Jennings et al. (2018) studie framkom att läkare som svarade på frågeformulär saknade kunskap om smärtskattningsinstrument för personer med kognitiv sjukdom och att det fanns osäkerhet om opioidbehandling var säkert att nyttja. De flesta läkarna höll med om att stående läkemedelsbehandling var optimalt men trots detta föredrog en fjärdedel vid-behovsmedicinering (Jennings et al., 2018). Personer med kognitiv sjukdom hade en generell skörhet och multisjuklighet som gjorde att vårdpersonal kände sig osäkra på smärtbedömning samt hur individen skulle reagera på smärtbehandling och detta kunde leda till underbehandling av smärta. Det fanns även en osäkerhet och kunskapsbrist hos vårdpersonalen kring att underdosera smärtlindrande läkemedel men även att överdosera morfinpreparat med andningsdepression som följd. Vårdpersonal upplevde att de kunde upptäcka ett förändrat beteende hos personer med kognitiv sjukdom men att det var svårt att bedöma om det stod för smärta eller oro, ångest och detta kunde leda till felbehandling (De Witt Jansen et al., 2017a; Lundin & Godskesen, 2021).

Kunskap saknades även om icke-farmakologiska metoder för att lindra smärta, vilket ansågs vara värdefull kunskap i det dagliga arbetet med smärthantering av personer med kognitiv sjukdom (Corbett et al., 2016; Minaya-Freire et al., 2020). Kunskaper efterfrågades om olika metoder för avslappning, andningstekniker, positionering och transkutan nervstimulering i syfte att smärtlindra personen med kognitiv sjukdom (Tousignant-Laflamme et al., 2012).

Inom vård och omsorg fanns en hög personalomsättning med flertalet utbildade vikarier vilket ansågs vara en bidragande faktor till den rådande kunskapsbristen (Burns & McIlfatrick, 2015a; Corbett et al., 2016; Karlsson et al., 2013; Lichtner et al., 2016). För att kunna bedöma om en person med kognitiv sjukdom upplever smärta behövdes kunskap inom ämnet men även en god

kännedom om personen samt förmåga att registrera avvikelser i personens beteende som kunde vara tecken på smärta (Brorson et al., 2014; Jansen et al., 2017; Lundin & Godskesen, 2021). Hög personalomsättning och bristen på kunskap ökade risken för att smärta hos personer med kognitiv sjukdom inte rapporterades till behörig personal som kunde åtgärda tillståndet med adekvat behandling (Lundin & Godskesen, 2021; Burns & McIlfatrick, 2015a).

Okunskap om smärta vid kognitiv sjukdom diskuterades som ett hinder för adekvat behandling och lindring. När vårdpersonal blev medvetna genom utbildning eller kollegialt lärande ökade förståelsen för olika källor till smärta som en tänkbar orsak till beteendemässiga- och psykiska symtom samt förändringar i personens beteende (Corbett et al., 2016; Zwakhalen et al., 2018).

Utbildning

I ett flertal studier framkom konsensus om att utbildningsinsatser behövs för att kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Giménez-Llor et al., 2020; Jennings et al., 2018; Tousignant-Laflamme et al., 2012; Zwakhalen et al., 2018). Utbildningsbehovet beskrevs av samtliga yrkesprofessioner som ingick i det multiprofessionella teamet runt en person med kognitiv sjukdom och de ansåg att kontinuerliga utbildningsinsatser krävs för att kunna utföra sitt arbete på ett tillfredsställande sätt (De Witt Jansen et al., 2017a; De Witt Jansen et al., 2017b; Jennings et al., 2018; Tousignant-Laflamme et al., 2012). Utbildningsinsatser inom smärtskattningsinstrument, behandlingsalternativ, personens levnadsberättelse samt möjligheter till reflektion inom ett multiprofessionellt team var viktiga förutsättningar för att kunna identifiera smärta och ge en god personcentrerad vård till personer med kognitiv sjukdom (Brorson et al., 2014; Burns & McIlfatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2017b; Minaya-Freire et al., 2020; Tousignant-Laflamme et al., 2012). Detta kunde ske genom utbildning i digital eller traditionell form men även genom kunskapsutbyte kollegor emellan (De Witt Jansen et al., 2017a; De Witt Jansen et al., 2017b; Dowding et al., 2016; Giménez-Llor et al., 2020; Jansen et al., 2017; Minaya-Freire et al., 2020).

Möjligheter för kunskapsinhämtande varierade även mellan de olika kontexterna vårdpersonal befann sig i (De Witt Jansen et al., 2017b). Vårdpersonal inom hospiceverksamhet upplevde att det fanns ett gott klimat för kunskapsinhämtande inom sin organisation och även tid för reflektion tillsammans med kollegor kring specifika patientfall. Medan vårdpersonal inom akutsjukvården och vårdboenden beskrev att organisationen ansåg att kunskapsinhämtande i form av olika utbildningsinsatser till samtlig vårdpersonal var för kostsam att genomföra och att dessa insatser då uteblev av den orsaken (De Witt Jansen et al., 2017b). Giménez-Llor et al. (2020) påvisade att endast 14 procent av deltagarna i studien fått någon form av utbildning om smärta för personer med kognitiv sjukdom och 19 procent av deltagarna uppgav att det fanns möjlighet att reflektera tillsammans med ett team kring olika strategier för smärtskattning och behandling.

Utbildning och kunskapsinhämtning kunde med fördel ske på olika sätt (De Witt Jansen et al., 2017a; De Witt Jansen et al., 2017b; Jansen et al., 2017; Dowding et al., 2016; Giménez-Llor et al., 2020; Minaya-Freire et al., 2020; Zwakhalen et al., 2018). De lyfte fram vikten av reflektion inom det multiprofessionella teamet där ett kunskapsutbyte mellan de olika professionerna kan ske men även reflektion inom den egna professionen efterfrågades (De Witt Jansen et al., 2017a; De Witt Jansen et al., 2017b). Vårdpersonal som fått tillgång till olika former av utbildning till exempel webbutbildning upplevde sin kunskap och kompetens som tillfredsställande (Giménez-Llor et al., 2020). Dock påvisade Jansen et al. (2017) det motsatta där vårdpersonal kritiserar webbutbildningar starkt och menar på att dessa inte motsvarar de kunskaper som krävs inom

vården för personer med kognitiv sjukdom. Läkarna i De Witt Jansen et al. (2017a) studie föreslog regelbundna nätverksträffar för läkare över organisationsgränser där man diskuterade anonymiserade fall som den mest kliniskt användbara åtgärden för fortbildning och utveckling. Zwakhalen et al. (2018) lyfte även vikten av att efter utbildning behålla fokus på området genom olika aktiviteter som fortsatte sätta ljus på vikten av smärtbedömning.

Personcentrerad vård

Kunskap om en persons levnadsberättelse och unika önskemål i utformandet av vård och omsorg gav stora fördelar vid smärtbedömning och behandling, framför allt då det underlättade förståelse för tecken på smärta och symtom hos varje enskilt individ. Genom ett personcentrerat förhållningssätt individualiseras behandlingen till att passa den enskildes behov och preferenser vilket vårdpersonalen upplevde som god vård.

Teamsamverkan

Att identifiera smärta och ge adekvat behandling var en svår uppgift men som gynnades av ett multiprofessionellt samarbete (Brorson et al., 2014; Corbett et al., 2016; Jennings et al., 2018; Tousignant-Laflamme et al., 2012; Monroe et al., 2015). Genom regelbunden reflektion kring olika omvårdnadsåtgärder inom det multiprofessionellt team stärktes förmågan att utföra en smärtbedömning och behandling av personer med kognitiv sjukdom (Jennings et al., 2018). Otydliga kommunikationsvägar mellan de olika professionerna inom teamet gjorde identifieringen av smärta och lindring av smärta svårare (Corbett et al., 2016; Tousignant-Laflamme et al., 2012). Tydliga roller för varje profession och strategier för hur man kommunicerar information om smärta förväntades optimera teamarbetet (Tousignant-Laflamme et al., 2012).

Vårdpersonalen beskrev att de använde sig av en rad olika källor för att identifiera smärta hos personer med kognitiv sjukdom. De lyfte fram sin egen erfarenhet och kunskap men även erfarenheten av samverkan i ett team där goda relationer är en förutsättning (Dowding et al., 2016; Jansen et al., 2017; Jennings et al., 2018; Karlsson et al., 2013; Monroe et al., 2015). När flera yrkeskategorier sammanför sin erfarenhet och målar en gemensam tavla uppnås goda resultat för identifiering och behandling av smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Lichtner et al., 2016). Dock reflekterade undersköterskor över sitt stora ansvar och uttryckte en känsla av ensamhet i situationer som omfattade bedömning av smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Karlsson et al., 2013).

Även behov av konsultering läkare emellan bedömdes viktigt då området var komplext och genom kollegialt stöd kunde detta underlättas (De Witt Jansen et al., 2017a). Läkare i Jennings et al. (2018) studie menade även att ett viktigt bidrag var att konferera med en erfaren sjuksköterska och omvårdnadspersonalen som ansvarade för patienten och kännedom om personen. Sjuksköterskor upplevde i sin tur att det var viktigt att bli lyssnad på av läkarna i sin bedömning av smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Brorson et al., 2014). Även undersköterskor upplevde ett behov av ett gott samarbete med sjuksköterskor och beskrev en känsla av frustration om de inte blev lyssnad på i deras bedömning (Karlsson et al., 2013).

Relation

Att skapa en god relation med personen med kognitiv sjukdom och att lära känna hen fvar en förutsättning ör att kunna ge en personcentrerad vård, och även för att kunna identifiera och lindra smärta (Brorson et al., 2014; Dowding et al., 2016; Jansen et al., 2017; Monroe et al., 2015). Genom att känna till personens levnadsberättelse kunde smärta lindras mer effektivt genom personcentrerade omvårdnadsåtgärder som att spela favoritmusik, ge favoritmat eller uppmuntra viktiga personer att besöka personen (Brorson et al., 2014). En förutsättning för att lära känna personen med kognitiv sjukdom var en kontinuitet inom de olika yrkesprofessionerna som vårdade personen (Corbett et al., 2016). Relationsskapandet var som ett stort pussel att lägga där bitar från personen själv, anhöriga och vårdpersonal skulle fogas samman under en tid men även som en tavla som gemensamt skulle målas i syfte att skapa relationer (Monroe et al., 2015; Lichtner et al., 2016). När en relation formades med personen med kognitiv sjukdom var det också lättare att se förändringar i personens beteende som skulle kunna vara tecken på smärta (Karlsson et al., 2013; Lundin & Godskesen, 2021).

Själva sjukdomen som påverkar de kognitiva förmågorna hos en person var en barriär när vårdpersonal skulle identifiera och lindra smärta (Minaya-Freire et al., 2020; Giménez-Llor et al., 2020; Monroe et al., 2015). Kommunikationssvårigheter orsakade av sjukdomen men även den försämrade förmågan att tolka situationen kunde påverka smärtskattning och behandling, därav var relationen med anhöriga av stor vikt (Giménez-Llor et al., 2020; Lundin & Godskesen, 2021). Relationen med anhöriga ansågs viktig dels för att få viktig information om personen som hen inte själv kunde delge och dels var anhöriga en stor kunskapskälla om personen som var ytterst relevant för att utforma en personcentrerad vård (Brorson et al., 2014; De Witt Jansen et al., 2017a; Karlsson et al., 2013; Lundin & Godskesen, 2021).

Ett gott samarbete med anhöriga underlättade vid bedömning av både smärta och effekt av smärtbehandling (De Witt Jansen et al., 2017a; Lundin & Godskesen, 2021). Anhöriga upplevdes vara en resurs i samband med smärtskattning och behandling och många kontaktade dem vid situationer då smärta skulle bedömas (Lundin & Godskesen, 2021). Dock kunde anhöriga ibland bli en belastning i samband med smärtbehandling då de efterfrågade mer smärtlindring än vad vårdpersonal ansåg var nödvändig för personen (Monroe et al., 2015; Lundin & Godskesen, 2021). Detta kunde bero på en stor oro hos anhörig och genom en ökad delaktighet och god kommunikation i vården kring personen med kognitiv sjukdom kunde detta överbryggas (Lundin & Godskesen, 2021).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Studiens resultat visar att förutsättningarna som behövs är tillräckliga resurser inom vården, tydliga riktlinjer och rutiner för smärtskattning och smärtbehandling av personer med kognitiv sjukdom, god och specialiserad kunskap hos vårdpersonal, tillgång till kontinuerlig utbildning och handledning inom området, ett teamsamarbete över professioner samt goda relationer både mellan vårdpersonal, vårdpersonal-patient och vårdpersonal-anhörig.

Ett av de mest framträdande resultaten var att vårdpersonal upplevde att personal- och tidsbrist påverkade möjligheten att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. En tillräckligt god personalbemanning är en grundförutsättning för att den resterande vårdprocessen i syfte att identifiera och lindra smärta ska vara möjlig att genomföra. För att vårdpersonal ska kunna lindra lidande och minska vårdlidandet, vilket är ett av de tre olika formerna av lidande enligt Erikssons (1994) teori, behövs tillräckliga personalresurser. Då en organisation inte kan er hålla en god bemanning och där en brist på både tid och personal är ständigt närvarande leder det till ett ökat lidande för personer med kognitiv sjukdom. För att kunna ge en god och säker vård behövs, vilket resultatet visar, ett flertal välfungerande faktorer där antalet personalresurser är avgörande. Risker för att vård uteblir på grund av bristande personalresurser påvisas i resultatet och enligt Erikssons (1994) teori ökar då även risken för kroppslig och andligt lidande hos patienten. Därav är det av yttersta vikt att samhället i stort och organisationer som handhar vård och omsorg tar ansvar för att det finns tillräckligt med personalresurser inom vård och omsorg anser författarna.

Karlsson et al. (2013) beskrev att undersköterskorna som utförde det patientnära vården upplevde att sjuksköterskor var svåra att nå och att det fanns brister i samarbetet mellan de två professionerna. Samarbetssvårigheter som en barriär för smärtbehandling lyfts även i annan forskning där läkare i många fall bedömde att patienten inte hade smärta trots att sjuksköterska eller omvårdnadspersonal hade utfört smärtskattning och dokumenterad observation (Cohen-Mansfield et al., 2012). En av orsakerna i svensk kontext kan vara omorganisationer inom kommunal vård som har gjort att sjuksköterskor och läkare har en mer konsulterande roll och därför inte är lika praktiska och närvarande bland vare sig kollegor eller patienter (Karlsson et al., 2013).

Antalet sjuksköterskor per 1000 invånare är relativt lågt i Sverige och har inte ändrats nämnvärt de senaste 20 åren trots en äldre och mer vårdkrävande population (OECD, 2021a). I Sverige har antalet sjuksköterskor ökat från 9,63 till 10,85 per 1000 invånare jämfört med vårt grannland Norge som ökade från redan höga 13,74 till 17,88 sjuksköterskor per 1000 invånare (OECD, 2021a). I en slutenvårdkontext kan även orsaken vara att Sverige har det lägsta antalet vårdplatser per invånare i hela EU, där antalet vårdplatser ger en indikation på tillgängliga resurser inom vården (OECD, 2021b).

Aktuell forskning visar att vårdpersonal kan förbättra vården av personer med smärta och kognitiv sjukdom genom att skapa interdisciplinärt arbetssätt och riktlinjer för identifiering, behandling och uppföljning. En översiktsartikel studerade vilka omvårdnadsinterventioner som hade effekt på smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Tsai et al., 2021). Att implementera användning av ett smärtskattningsinstrument hade ingen effekt på smärtbehandling. Mest effektivt resultat framkom när man införde övergripande modeller som involverade olika professioner, så fler personer tar ett gemensamt ansvar för smärtvård hos personer med kognitiv sjukdom. När läkare deltog i teamen gav det störst effekt på förbättrad läkemedelsbehandling (Tsai et al., 2021). Resultatet sammanfaller väl med de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom där Socialstyrelsen (2017a) rekommenderar att både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör säkerställa ett multiprofessionellt, teambaserat arbete inom vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom och för bästa utfall över gränserna mellan kommun och region.

I "Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom - En modell för mångprofessionell samverkan" uppmanar Socialstyrelsen (2019) kommuner och regioner att skapa gemensamma multiprofessionella team för en mer jämlik och personcentrerad vård. Teamet kan samordnas av till exempel en specialistsjuksköterska i kognitiv sjukdom och arbetsverktyg som

rekommenderas är bland annat samordnad individuell planering [SIP], checklista för insatser och strukturerat arbete med kvalitetsregister som Senior Alert och BPSD-registret. Förutsättningarna för arbetssätten är att personerna som arbetar i teamet är specialiserade på kognitiv sjukdom (Socialstyrelsen, 2019). Skulle detta införas i hela landet skulle förutsättningarna för att upptäcka och behandla smärta hos personer med kognitiv sjukdom höjas.

Av resultatet framkom att vårdpersonal efterfrågar riktlinjer och rutiner kring identifiering och behandling av smärta hos personer med kognitiv sjukdom. De ansåg att riktlinjer och rutiner kunde bidra till en ökad möjlighet att identifiera och behandla smärta hos målgruppen. I Sverige har Socialstyrelsen (2017a) utformat nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Trots detta finns inga tydliga rekommendationer för vilket arbetssätt eller behandling som rekommenderas vid smärtproblematik hos personer med kognitiv sjukdom. I en kartläggning framkommer att många regioner i Sverige har terapirekommendationer för läkemedelsbehandling för äldre sköra individer och en del kommuner har upprättat egna riktlinjer för vilka smärtskattningsinstrument som är lämpliga för personer med kognitiv nedsättning. Corbett et al. (2016) menar att det behövs mer forskning inom området för att upprätta specifika riktlinjer kring smärta av personer med kognitiv sjukdom. Ny forskning visar att smärta kan identifieras och behandlas först när riktlinjer implementeras och vårdpersonal utbildas på ett strukturerat och hållbart sätt (Achterberg et al., 2021).

I resultatet framkom även att vårdpersonal upplevde att de smärtskattningsinstrument som rekommenderades var svåra att genomföra och bedöma, dessutom ställde sig vårdpersonalen frågande kring tillförlitligheten av dessa instrument. De senaste åtta åren har det genomförts ett flertal studier kring olika smärtskattningsinstrument och dess validitet, tillförlitlighet och klinisk användbarhet vid smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom. Lichtner et al. (2014) genomförde bland annat tester på 28 olika smärtskattningsinstrument som var avsedda för personer med kognitiv sjukdom. Dessa smärtskattningsinstrument studerades i olika miljöer och med personer olika långt komna i sin sjukdomsutveckling.

Resultatet för denna studie visade att det finns begränsad evidens för instrumentens tillförlitlighet, validitet och klinisk användbarhet. Forskarna kunde därför inte utifrån sina resultat rekommendera något enskilt verktyg som kan användas för att identifiera smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Lichtner et al., 2014).

Andra studier påvisade liknande resultat där vårdpersonal uppmanas använda ett flertal olika instrument för att identifiera smärta, ofta i en kombination av observationsinstrument och självskattningsinstrument beroende på vilken fas i sjukdomen personer befann sig i syfte att öka tillförlitligheten (Scherder & Plooij, 2012; Lukas et al., 2012; Achterberg et al., 2020). Nyare forskning visar dock att det finns smärtskattningsinstrument som är validerade för smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom men att det saknas följsamhet till riktlinjer som säger att dessa ska användas på ett strukturerat sätt (Achterberg et al., 2021; Husebo et al., 2016). Därför menar Achterberg et al. (2021) att det största hindret för användningen av smärtskattningsinstrument är undermålig praktisk implementering, då det behövs omfattande information och utbildningsinsatser om instrumenten till vårdpersonal inom geriatriken.

Resultatet visade tillika att vårdpersonal upplevde att identifiering av smärta hos personer med kognitiv sjukdom var mycket komplex att utföra, i synnerhet då personen hade en försämrad förmåga att kommunicera och minskad möjlighet att själv beskriva sin upplevelse. Detta går att jämföra med tidigare forskning som visade att vårdpersonal uppfattar smärtproblematiken hos personer med kognitiv sjukdom som utmanande att hantera och att svårigheten låg i att inte ha

kunskap om riktlinjer, vilka smärtskattningsinstrument det fanns evidens för samt personens oförmåga att själv rapportera sin smärta (Achterberg et al., 2020; Lukas et al., 2012).

Det framkom även att vårdpersonal ansåg att det finns en brist på kunskap inom området smärta hos personer med kognitiv sjukdom, vilket minskar förmågan att identifiera och lindra smärta. Resultatet visade att vårdpersonal ansåg att specialistkunskaper och utbildning inom området är en förutsättning för att det multiprofessionella teamet ska kunna identifiera och lindrar smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Resultatet sammanfaller väl med forskning som De Witt Jansen et al. (2018) genomfört där vårdpersonal betonar vikten av kunskap inom smärtskattningsinstrument och lämplig smärtbehandling för målgruppen samt kunskaper inom palliativ vård av personer med kognitiv sjukdom. De menar att bristen på kunskap påverkar personer med kognitiv sjukdom och lyfter fram att kunskapsinhämtningen kan med fördel ske genom kliniska färdighetsövningar och falldiskussioner snarare än teori och att dessa ska utvärderas för att fastställa effekten av åtgärden och hur den inverkar på patientens resultat. Detta visar även resultatet i denna litteraturöversikt då utbildning beskrivs kunna ske både mer traditionellt men belyser även vikten av kunskapsutbyte mellan kollegor. Annan forskning visar att när undervisning skapas efter en behovsanalys där vårdpersonal själva har beskrivit kunskapsbehov utifrån sin kontext och utbildningen utgår i från en konstruktivistisk modell med blandad interaktiv och didaktisk ansats ger utbildningsinsatsen bättre resultat. Vårdpersonal som får den typen av anpassad utbildning använder smärtbedömningsstrategier fyra gånger så ofta som kontrollgruppen som fick traditionell lärarledd utbildning (Ghandelahari et al., 2013).

Genom vårdpersonalens bristande kunskap om smärtskattning och behandling ökar lidandet för personer med kognitiv sjukdom. Erikssons teori om den lidande människan lyfter fram att ett vårdlidande kan omfatta utebliven vård (Eriksson, 1994). Då vårdpersonal inte har kunskap för att identifiera och lindra smärta kan det leda till utebliven vård och vårdskada. En vårdskada definieras som ett "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (Socialstyrelsen, 2021). Då resultatet visar att det råder en omfattande brist på kunskap hos vårdpersonal inom området smärtskattning och smärtbehandling av personer med kognitiv sjukdom samt att denna leder till ökat lidande med utebliven vård, är kompetenshöjande insatser en förutsättning för en god och säker vård anser författarna till denna litteraturöversikt.

Resultatet visade att vårdpersonal upplevde en brist på kunskap om icke farmakologiska metoder för att lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Att ha kunskap om till exempel avslappning, andningstekniker och massage var något vårdpersonal upplevde var en förutsättning för att lindra smärta och efterfrågade mer kunskap inom området. Annan forskning synliggjorde vikten av att kombinera en farmakologisk behandling med en icke-farmakologisk behandling för att lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Achterberg et al., 2020). Fysisk aktivitet, massage, avslappning och värmebehandlingar är några av de metoder som kan användas och dessa bör utgå från en personcentrerad vård där personens preferenser och önskemål tillgodoses (Achterberg et al., 2020). Ytterligare en studie visar att musikterapi, reflexologi, reiki, olika typer av bad samt gungstolsterapi kan reducera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom (Pieper et al., 2013). Dock menar ytterligare forskning att kunskapen om icke-farmakologiska smärtlindringsmetoder är kända bland personalen men att det inte finns tid och rätt utrustning att utföra dessa (Brunkert et al., 2019).

Det finns tydliga riktlinjer kring farmakologisk behandling av smärta hos äldre, men personer med kognitiv sjukdom får i mindre utsträckning ta del av optimal behandling (Husebo et al., 2016). Som det framgår i bakgrunden behövs det kunskap från läkare och sjuksköterskor

relaterat till ökad känslighet för biverkningar men ett samtidigt behov av generellt högre doser för smärtlindrande effekt hos personer med kognitiv sjukdom (Defrin et al., 2015). Risken för förvirring och psykiska symtom är större vid obehandlad smärta än vid opioidbehandling (Habiger et al., 2016). Författarnas egna erfarenheter som sjuksköterskor i kommunal vård är att psykiska symtom ofta behandlas med antipsykotiska läkemedel snarare än att först testa opioidbehandling mot möjlig smärta. Därför bör kunskapen om den höga frekvensen av obehandlad smärta samt att opioider inte orsakar konfusion hos personer med kognitiv sjukdom spridas.

Av resultatet framkom att vårdpersonal ansåg att det var betydande att ha kunskap om personens levnadsberättelse och kännedom om personens tidigare liv i samband med smärtskattning och behandling. Detta stämmer överens med annan forskning där Jonsdottir & Gunnarsson (2021) påvisade att vårdpersonal som känner sin patient och har en fördjupad förståelse om patientens situation och förtrogenhet med deras livshistoria kunde förstå personens individuella tecken på smärta. Därmed kunde vårdpersonalen utöva en personcentrerad vård i syfte att lindra smärta. I resultatet framkom att vårdpersonal som hade kunskap om personens levnadsberättelse använde anpassade omvårdnadsåtgärder som att avleda smärta med favoritmusik, mat som personen uppskattade och även be anhöriga att närvara för att lindra smärta. Liknande resultat har presenterats i Gilmore-Bykovskiy och Bowers (2013) studie där vårdpersonal använde metoder och omvårdnadsåtgärder som sedan tidigare var kända för den personen och som gett gott resultat då man önskade lindra smärta. Det kunde vara omvårdnadsåtgärder som massage på ryggen, ge personen sin favoritglass eller mat. Vikten av att känna sin patient framkom, då det framförallt var förändringar i personens beteende som initierade en kartläggning om eventuell smärta, vilket överensstämmer med resultatet i denna litteraturöversikt. Vårdpersonal som hade skapat en nära relation med personen med kognitiv sjukdom och kännedom om hans beteende hade ökad förmåga att upptäcka tecken på smärta när personens beteende förändrades (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013).

Metoddiskussion

Då syftet med studien var att synliggöra vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom har en allmän litteraturstudie genomförts för att besvara syftet. Det är enligt Forsberg och Wengström (2013) en lämplig metod då ett aktuellt kunskapsläge inom ett ämne ska beskrivas och sammanställas. Vald metod ansågs kunna besvara syftet, vilket är väsentligt för resultatets trovärdighet (Henricson, 2017) samt var rimlig att genomföra inom ramen för angiven tid vilket resulterade i vald metod.

Vid sökningen av artiklar användes databaserna PubMed och Cinahl då de är lämpliga att använda för att finna forskning inom omvårdnadsområdet (Forsberg & Wengström, 2013). Sökning i flera databaser ökar trovärdigheten för en litteraturstudie och då dubletter uppstår indikerar det på att valda sökorden är pålitliga (Henricson, 2017). Med hjälp av bibliotekarie på Sophiahemmets högskolan skapades relevanta sökord och sökblock som resulterade i en lämplig sökstrategi, vilket bidrar till ökad möjlighet att återskapa sökningen och stärker därmed litteraturstudiens reliabilitet. Då en sökstrategi bygger på lämpliga sökord, är grundligt genomförd och där relevanta artiklar påträffas gynnas validiteten enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). Sökningen i Pubmed resulterade i fler antal sökträffar då databasen är mer omfattande än Cinahl. I Sophiahemmets högskolas databaser är åtkomsten av artiklar begränsad vilket kan ha påverkat litteraturstudiens resultat då inte samtlig aktuell forskning inom ämnet varit möjlig att tillgå, vilket bidrar till en minskad tillförlitligheten.

I litteraturöversikten har både kvalitativa och kvantitativa artiklar använts då detta enligt Forsberg och Wengström (2013) innebär att syftet belyses ur olika perspektiv vilket ger en bredare faktagrund. Även tillgången av mängden data är av betydelse för en ökad trovärdigheten (Henricson, 2017). Resultatet bygger på 16 artiklar varav 12 kvalitativa artiklar och fyra artiklar av mixad metod, dessa består av en kvantitativ respektive kvalitativ del. Fler kvantitativa artiklar hade kunnat bidra med en mer övergripande bild av ämnet, dock ger andelen kvalitativa artiklar ett större djup och detaljrikedom till resultatet, vilket är relevant för att besvara syftet.

Artiklarna som inkluderades är samtliga publicerade de senaste tio åren då avsikten var att sammanställa aktuell forskning, vilket bidrar till en ökad validitet (Forsberg & Wengström, 2013). Samtliga artiklar var skrivna på det engelska språket. Enligt Kjellström (2017) kan det innebära en risk för feltolkning av data om svårigheter att använda det engelska språket föreligger. Författarna till denna studie har goda kunskaper i det engelska språket, då en av författarna har bott utomlands under ett flertal år och dagligen använt det engelska språket, därav anses materialet vara korrekt tolkat och översatt.

Samtliga artiklar genomgick den kvalitetsgranskning som Sophiahemmets högskola rekommenderar. Det är en modifierad bedömningsmall utifrån Caldwell et al. (2011) som kartlägger varje artikels kvalitet. Det är av vikt att enbart inkludera artiklar med god vetenskaplig kvalitet då det annars kan påverka resultatet på ett ofördelaktigt sätt enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2016). I litteraturstudien har enbart artiklar som erhållit god eller mycket god kvalitet använts för att stärka dess trovärdighet.

Dataanalysen genomfördes i enlighet med Bettany-Saltikov & McSherrys (2016) metod i nio steg, vilket är en modifiering av Burnards (1991) analysmetod. Genom att samtliga artiklar lästes i sin helhet av båda författarna och därefter diskuterades för att nå konsensus om innehållet stärks trovärdigheten angående översättning och tolkning. Datan genomgick därefter samtliga analyssteg, där det tydligt framträdde kategorier och underkategorier. Båda författarna var eniga kring de olika kategorierna som framträdde och hade en samstämmig syn på datan som analyserades vilket kan ses som en styrka och stärka tillförlitligheten.

Under hela processen har materialet för litteraturstudien granskats av kursdeltagare och handledare i syfte att öka författarnas medvetenhet kring materialet. Genom diskussioner om olika tolkningar, åsikter och värderingar har ytterligare reflektion kontinuerligt genomförts inom gruppen, vilket kan anses vara en styrka. Att ha en processgranskning genomförd av utomstående som är insatta i arbetet kan bidra till en ökad chans att data tolkas korrekt och därmed ökar bekräftelsebarheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att stärka bekräftelsebarheten behöver författaren vara neutral inför den data som bearbetas och inte väga in sin förståelse enligt Gunnarsson (2002).

De 16 artiklar som resultatet bygger på har sitt ursprung i olika länder såsom Spanien, USA, Irland, Storbritannien, Skottland, Kanada, Sverige, Schweiz, Tyskland, Danmark, Nederländerna, Österrike, Belgien och England. Då artiklar från olika länder inkluderas i en litteraturstudie bidrar det med en global överblick om aktuell forskning och kunskap vilket enligt Henricson (2017) medverkar till en ökad trovärdighet. De länder som ingår i litteraturstudien är samtliga välutvecklade länder men med olika sjukvårdssystem som både liknar och skiljer sig emellan, det kan innebära att resultatet i litteraturstudien inte är helt överförbart till en svensk kontext, vilket kan vara en svaghet.

I litteraturstudien används begreppet *vårdpersonal* som ett övergripande ord för olika professioner som enligt Socialstyrelsen (2017a) bör ingå i ett multiprofessionellt team, såsom sjuksköterskor, läkare och undersköterskor i vården av personer med kognitiv sjukdom. I artiklarna som ligger till grund för litteraturstudiens resultat inkluderar dessa professioner vilket författarna anser är lämpligt att inhämta data från för att besvara syftet. Då fler professioner och deras erfarenhet kring ett fenomen inkluderas framträder ett bredare perspektiv inom området, vilket kan bidra med en ökad trovärdighet enligt Mårtensson och Fridlund (2017).

Författarna till litteraturstudien har en förförståelse inom området då båda är yrkesverksamma sjuksköterskor och har erfarenhet av att möta personer med kognitiv sjukdom. Därav bör en viss försiktighet tas enligt Henricson (2017) då förförståelse och tidigare erfarenheter kan påverka tolkningen av dataanalys och resultat. Genom att vara medvetna om detta och genomföra gemensamma reflektioner kring förförståelsen kan risken för att påverka resultatet minimeras (Henricson, 2017). Å andra sidan kan en förförståelse bidra till att författarna läser och tolkar data och resultatet på ett fördjupat sätt som kan stärka pålitligheten (Priebe & Landström, 2017). Genom hela processen med litteraturstudien har författarna reflekterat över förförståelsen och om den påverkat tolkningar som genomförts i framförallt dataanalysen, vilket kan anses som en styrka.

Två av artiklarna baserades på samma forskningsprojekt COST (European Cooperation in Science and Technology) Action TD1005 “Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia” (Giménez-Llort et al., 2020; Zwakhalen et al., 2018). Projektet syftade till att skapa en internationellt godkänd verktygslåda för smärtbedömning av personer med olika typer av kognitiv sjukdom och olika typer av smärta. De två artiklarna fokuserar på olika länder men utgick från samma enkät, som anpassades i den ena studien till att passa spanska förhållanden. Båda hade olika forskningsobjekt och de olika resultaten gjorde att båda kunde användas. Tre av artiklarna har samma författare och studerar samma ämne men utifrån tre olika professioners perspektiv, dels läkare, dels sjuksköterskor och dels undersköterskors, vilket ansågs relevant för att belysa vårt syfte (De Witt Jansen et al., 2017a; De Witt Jansen et al., 2017b; Jansen et al., 2017).

Ett flertal av studierna har kommit fram till liknande slutsatser och resultatet refereras i många fall med ett stort antal av resultatartiklarna vilket stärker trovärdigheten och reliabiliteten. Eftersom de utvalda artiklarna mynnade ut i liknande slutsatser, stärks både trovärdighet och överförbarhet.

Slutsats

Slutsatsen är att en personcentrerad vård är en förutsättning för att identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Förutsättningarna som behövs för att kunna arbeta personcentrerat har såväl en organisatorisk karaktär där bland annat tid, personalresurser och möjligheten att arbeta i team lyfts fram men även ökad kunskap och utbildning inom området behövs. Att lära känna personen med kognitiv sjukdom och skapa en relation är en förutsättning för att kunna arbeta personcentrerat och ge en god och säker vård i samband med att identifiera och lindra smärta.

Klinisk tillämpbarhet

Resultatet i denna litteraturstudie kan bidra till ökad kunskap och förståelse för vårdpersonal, verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdens organisationsutvecklare om vilka förutsättningar som behövs för att vårdpersonal ska kunna identifiera och lindra smärta hos personer med kognitiv sjukdom. Resultatet kan ur ett samhällsperspektiv ha en betydelse genom att synliggöra för beslutsfattare vilka förutsättningar vårdpersonal behöver för att kunna utöva en god och säker vård för personer med kognitiv sjukdom, då vissa resultat kan härledas till organisatoriska faktorer. Resultatet kan även användas som utgångspunkt då en vårdverksamhet önskar skapa bättre förutsättningar för vårdpersonal att identifiera och lindra smärta genom att till exempel upprätta rutiner eller genomföra olika utbildningsinsatser. Kunskapen som litteraturstudien gett kan bidra till att personer med kognitiv sjukdom får en god och säker vård, minskat lidande samt en ökad livskvalitet.

Det vore intressant med vidare forskning om personer med kognitiv sjukdoms upplevelse av smärtskattning och smärtbehandling inom kommunal vård. Betydelsen av nationella riktlinjer/rutiner och dess effekt för smärtskattning och smärtbehandling av personer med kognitiv sjukdom är ett annat angeläget område att studera vidare. Det är även viktigt med mer forskning kring effekten av olika utbildningsinsatser om smärtskattning och behandling för personer med kognitiv sjukdom samt vårdpersonalens upplevelse av dessa

REFERENSER

*Artiklar som ingår i resultatet

- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L., & Lowcay, B. (2004). The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *International journal of palliative nursing*, 10(1), 6–13.
- Achterberg, W. P., Erdal, A., Husebo, B. S., Kunz, M., & Lautenbacher, S. (2021). Are chronic pain patients with dementia being undermedicated?. *Journal of Pain Research*, 14, 431.
- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain reports*, 5(1), e803. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000803>
- Achterberg, W. P., Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., De Waal, M. W., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., ... & Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical interventions in aging*, 8, 1471.
- Alzheimer's Association (2016). 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*, 12(4), 459–509. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.jalz.2016.03.001>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Hämtat 2 februari 2022 från: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm17>
- Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet (London, England)*, 386(10004), 1672–1682. [https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/S0140-6736\(15\)00461-4](https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/S0140-6736(15)00461-4)
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing. A step-by-step guide*. (2: a uppl.) London. Open university press, McGraw -hill education.
- * Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I. (2014). Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.10.005>
- Brunkert, T., Simon, M., Ruppen, W., & Zúñiga, F. (2019). Pain Management in Nursing Home Residents: Findings from a Pilot Effectiveness-Implementation Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2574–2580. <https://doi.org/10.1111/jgs.16148>
- Bullock, L., Chew-Graham, C. A., Bedson, J., Bartlam, B., & Campbell, P. (2020). The challenge of pain identification, assessment, and management in people with dementia: a qualitative study. *BJGP open*, 4(2), bjgpopen20X101040. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101040>
- Burnard P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*, 11(6), 461–466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-y)

- * Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015a). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International journal of palliative nursing*, 21(10), 479–487. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479>
- Burns, M., & McIlfratrick, S. (2015b). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International journal of palliative nursing*, 21(8), 400–407. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400>
- Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse education today*, 31(8), e1-e7.
- Carezzato, N. L., Valera, G. G., Vale, F., & Hortense, P. (2014). Instruments for assessing pain in persons with severe dementia. *Dementia & neuropsychologia*, 8(2), 99–106. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642014DN82000003>
- Carlström, E., Kvarnström, S., & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 103-145.
- Clague, F., Mercer, S. W., McLean, G., Reynish, E., & Guthrie, B. (2017). Comorbidity and polypharmacy in people with dementia: insights from a large, population-based cross-sectional analysis of primary care data. *Age and ageing*, 46(1), 33-39.
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., & Dakheel-Ali, M. (2012). What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(4), 400–405. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.006>
- Corbett, A., Husebo, B., Malcangio, M., Staniland, A., Cohen-Mansfield, J., Aarsland, D., & Ballard, C. (2012). Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nature reviews. Neurology*, 8(5), 264–274. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1038/nrneurol.2012.53>
- * Corbett, A., Nunez, K., Smeaton, E., Testad, I., Thomas, A. J., Closs, S. J., Briggs, M., Clifton, L., Gjestsén, M. T., & Lawrence, V. (2016). The landscape of pain management in people with dementia living in care homes: a mixed methods study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1354–1370. <https://doi.org/10.1002/gps.4445>
- Corrada, M.M., Brookmeyer, R., Paganini-Hill, A., Berlau, D., & Kawas, C H. (2010). Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: the 90+ study. *Ann Neurol*, 67(1), 114-121. <https://doi.org/10.1002/ana.21915>
- Cunningham, E. L., McGuinness, B., Herron, B., & Passmore, A. P. (2015). Dementia. *The Ulster medical journal*, 84(2), 79–87.
- Danielsson Öberg, A., & Rolfer, B. (2016). Demens - möjligheter till livskvalitet (700:e uppl.). Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:norden:org:diva-4501>
- Defrin, R., Amanzio, M., de Tommaso, M., Dimova, V., Filipovic, S., Finn, D. P., Gimenez-Llort, L., Invitto, S., Jensen-Dahm, C., Lautenbacher, S., Oosterman, J. M., Petrini, L.,

Pick, C. G., Pickering, G., Vase, L., & Kunz, M. (2015). Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: current state of the science. *Pain*, 156(8), 1396–1408. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000195>

* De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017a). 'There's a Catch-22' - The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians' perspectives. *Palliative medicine*, 31(8), 734–742. <https://doi.org/10.1177/0269216316673549>

* De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & 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(9-10), 1234–1244. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jocn.13442>

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2018). "A tool doesn't add anything". The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(10), 1346–1354. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1002/gps.4931>

* Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., Lasrado, R., Sampson, E. L., Swarbrick, C., & José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International journal of nursing studies*, 53, 152–162. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>

Durán, C. E., Azermai, M., & Vander Stichele, R. H. (2013). Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *European journal of clinical pharmacology*, 69(7), 1485–1496. <https://doi.org/10.1007/s00228-013-1499-3>

Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., & Crotty, M. (2018). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International psychogeriatrics*, 30(3), 295–309. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>

Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlen, J. (2017). Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. & Norberg, A. (2017). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I A-K. Edberg., A. Ehrenberg., F. Friberg., L. Wallin., H. Wijk., & J. Öhlen (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* (s. 29-53). Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlen, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime

time. *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

- Ekman, I., Ebrahimi, Z., & Olaya Contreras, P. (2021). Person-centred care: looking back, looking forward. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), 93–95.
- Ellis, J. M., Wells, Y., & Ong, J. (2019). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. *Clinical gerontologist*, 42(3), 286–296. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1399189>
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Flo, E., Gulla, C., & Husebo, B. S. (2014). Effective pain management in patients with dementia: benefits beyond pain?. *Drugs & aging*, 31(12), 863–871. <https://doi.org/10.1007/s40266-014-0222-0>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Gale, S. A., Acar, D., & Daffner, K. R. (2018). Dementia. *The American journal of medicine*, 131(10), 1161–1169. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.amjmed.2018.01.022>
- Ghandehari, O. O., Hadjistavropoulos, T., Williams, J., Thorpe, L., Alfano, D. P., Dal Bello-Haas, V., Malloy, D. C., Martin, R. R., Rahaman, O., Zwakhalen, S. M. G., Carleton, R. N., Hunter, P. V., & Lix, L. M. (2013). A controlled investigation of continuing pain education for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(1), 11–18. <https://doi.org/10.1155/2013/395481>
- Gibson, S. J., & Lussier, D. (2012). Prevalence and relevance of pain in older persons. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 13 Suppl 2, S23–S26. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01349.x>
- 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. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.3928/19404921-20130110-02>
- * Giménez-Llort, L., Bernal, M. L., Docking, R., Muntsant-Soria, A., Torres-Lista, V., Bulbena, A., & Schofield, P. A. (2020). Pain in Older Adults With Dementia: A Survey in Spain. *Frontiers in neurology*, 11, 592366. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.3389/fneur.2020.592366>
- Gunnarsson, R. (2002). Validitet och reliabilitet. Hämtat 18 februari 2022 från: <https://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml>
- Habiger, T. F., Achterberg, W. P., Flo-Groeneboom, E., Mannseth, J., & Husebo, B. S. (2021). Managing Pain and Psychosis Symptoms in Nursing Home Patients: Results from a

Cluster-Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(8), 1692–1698. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.008>

Habiger, T. F., Flo, E., Achterberg, W. P., & Husebo, B. S. (2016). The interactive relationship between pain, psychosis, and agitation in people with dementia: results from a cluster-randomised clinical trial. *Behavioural neurology*, 2016.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., s.411-419). Studentlitteratur.

Husebo, B. S., Achterberg, W., & Flo, E. (2016). Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. *CNS drugs*, 30(6), 481–497. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0342-7>

Hoffman, W. (2018). Palliation vid demenssjukdom. I H. Basun., M. Skoog., L-O. Wahlund., & H. Wijk. (Red.), *Boken om demenssjukdomar* (s. 275-290). Liber.

Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A.C. (2013). Kvalitetsutveckling. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialiområden*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 147-179.

Iadecola C. (2013). The pathobiology of vascular dementia. *Neuron*, 80(4), 844–866. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.neuron.2013.10.008>

International Council of Nurses [ICN]. (2012). Code of ethics for nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf

Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit, Greiner, A. C., & Knebel, E. (Eds.). (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. National Academies Press (US).

International Association on the study of pain. (2019). *Definition of pain*. Hämtad 9 november, 2021 från <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

* Jansen, B. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC palliative care*, 16(1), 6. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12904-017-0184-1>

* 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), 166. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12875-018-0853-z>

Johansson, E. & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialiområden*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 103-145

- Jonsdottir, T., & Gunnarsson, E. C. (2021). Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(3), 281–292. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.pmn.2020.11.002>
- * Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. *Journal of clinical nursing*, 22(13-14), 1880–1889. <https://doi.org/10.1111/jocn.12197>
- Kress, H. G., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Margarit Ferri, C., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Pérez Hernández, C., Pergolizzi, J., Schäfer, M., & Sichère, P. (2014). Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Current medical research and opinion*, 30(6), 1153–1164. <https://doi.org/10.1185/03007995.2014.887005>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2.uppl.,s.57-74). Studentlitteratur.
- * Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C., & Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC health services research*, 16(1), 427. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12913-016-1690-1>
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A., & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC geriatrics*, 14, 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-138>
- Ljubenkoy, P. A., & Geschwind, M. D. (2016). Dementia. *Seminars in neurology*, 36(4), 397–404. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1055/s-0036-1585096>
- * Lundin, E., & Godskenen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC nursing*, 20(1), 48. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Lukas, A., Schuler, M., Fischer, T. *et al.* Pain and dementia. *Z Gerontol Geriat* 45, 45–49 (2012). <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1007/s00391-011-0272-4>
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International journal of older people nursing*, 5(2), 148-158.
- McLachlan, A. J., Bath, S., Naganathan, V., Hilmer, S. N., Le Couteur, D. G., Gibson, S. J., & Blyth, F. M. (2011). Clinical pharmacology of analgesic medicines in older people: impact of frailty and cognitive impairment. *British journal of clinical pharmacology*, 71(3), 351–364. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2010.03847.x>

- Marcusson, J., Blennow, K., Skoog I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., Praino, F., Settembrini, V., Sgrò, G., Spadea, F., & Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 50(4), 1217–1225. <https://doi.org/10.3233/JAD-150808>
- * Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M. (2020). Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(6), 495–501. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.pmn.2020.03.003>
- * 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. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2.uppl., s.421-438). Studentlitteratur.
- Neville, C., & Ostini, R. (2014). A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Management Nursing*, 15(4), 798-806.
- OECD (2021a), Health at a Glance 2021: *OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD (2021b), Sverige: Landprofil hälsa 2021, *OECD Publishing*, Paris, <https://doi.org/10.1787/b006ca17-sv>.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2.uppl.,s.25-40). Studentlitteratur.
- Pieper, M. J., van Dalen-Kok, A. H., Francke, A. L., van der Steen, J. T., Scherder, E. J., Husebø, B. S., & Achterberg, W. P. (2013). Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(4), 1042-1055.
- Sabat, S. R., Johnson, A., Swarbrick, C., & Keady, J. (2011). The ‘demented other’ or simply ‘a person’? Extending the philosophical discourse of Naue and Kroll through the situated self. *Nursing Philosophy*, 12(4), 282-292.

- Sampson, E. (2019). Pain in dementia. I Harrison Denning, K. (red.), *Evidence-based practice in dementia for nurses and nursing students* (ss. 249- 263). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sanford A. M. (2018). Lewy Body Dementia. *Clinics in geriatric medicine*, 34(4), 603–615. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.cger.2018.06.007>
- Saunders, C. & Sykes, N. (1993). *The Management of Terminal Malignant Disease*. Hodder Education.
- Statens beredning för social och medicinsk utvärdering. (2007). Vård av personer med demenssjukdom- vad vet vi idag? Hämtad 2 februari 2022 från: https://www.sbu.se/contentassets/5c2454eb530d4804921ef0962d296687/vard_demens_2007.pdf
- Scheltens, P., Blennow, K., Breteler, M. M., de Strooper, B., Frisoni, G. B., Salloway, S., & Van der Flier, W. M. (2016). Alzheimer's disease. *Lancet (London, England)*, 388(10043), 505–517. [https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/S0140-6736\(15\)01124-1](https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/S0140-6736(15)01124-1)
- Scherder, E.J.A., Plooij, B. Assessment and Management of Pain, with Particular Emphasis on Central Neuropathic Pain, in Moderate to Severe Dementia. *Drugs Aging* 29, 701–706 (2012). <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1007/s40266-012-0001-8>
- Socialstyrelsen. (2017a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom -Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom: en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2021). Vad är patientsäkerhet? Hämtad 28 januari 2022 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/vad-ar-patientsakerhet/>
- Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain--an entity, a provocation, or a challenge?. *Journal of pain and symptom management*, 27(3), 241–250. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.jpainsymman.2003.07.003>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svenskt demenscentrum. (2020). Arbeta med demens. Abbey pain scale. <https://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Verktyg/Skattningsskalor-instrument/Abbey-Pain-Scale>

- Sävenstedt, S., & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 218-258.
- Tan, E.C.K., Jakanovic, N., PH Koponen, M., Thomas, D., N Hilmer, S., & Simon Bell, J. (2015). Prevalence of analgesic use and pain in people with and without dementia or cognitive impairment in aged care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Current clinical pharmacology*, 10(3), 194-203.
- Tsai, Y. I., Browne, G., & Inder, K. J. (2021). The effectiveness of interventions to improve pain assessment and management in people living with dementia: A systematic review and meta-analyses. *Journal of advanced nursing*, 77(3), 1127–1140.
<https://doi.org/10.1111/jan.14660>
- *Tousignant-Laflamme, Y., Tousignant, M., Lussier, D., Lebel, P., Savoie, M., Lalonde, L., & Choinière, M. (2012). Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management. *Pain research & management*, 17(5), 341–346. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1155/2012/506352>
- Wood J. (2021). Cicely Saunders, 'Total Pain' and emotional evidence at the end of life. *Medical humanities*, medhum-2020-012107. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1136/medhum-2020-012107>
- World Health Organization. (2021). *Dementia*. Hämtad 4 november, 2021 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 23 november 2021 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- * Zwakhalen, S., Evan't Hof, C., & Hamers, J, PH. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home resident with dementia: exploring feasibility and applied interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3009-3017.
- Öhrn, A. (2013). Säker vård. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (red.). *Omvårdnad på avancerad nivå: kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss. 181-215.

Författare och titel på artikeln:

Modifierat bedömningsunderlag för att klassificera och kvalitetsbedöma varje enskild vetenskaplig artikel utifrån Caldwell et al, 2011. Klassificering utifrån Polit & Beck 2016/2017 (kryssa i rutan).

Kvantitativa studier

- Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)/experimentell studie; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper där fördelningen av deltagarna mellan grupperna har gjorts slumpmässigt (randomiserat).
- Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)/kvasi-experimentell studie med kontrollgrupp; är prospektiv och innebär att den innehåller en intervention och jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.
- Kvasi-experimentell studie (KE) utan kontrollgrupp; är prospektiv och innehåller en intervention.
- Prospektiv icke-experimentell studie/kohortstudie (P); innehåller ingen intervention, jämförelser görs över tid
- Icke-experimentell studie/korrelationsstudie/observationsstudie/tvärsnittsstudie (IE); innehåller ingen intervention, samband studeras.
- Retrospektiv studie/fall-kontroll studie; jämförelser mellan fall och kontroller (R).

Kvalitativ studie

- Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).

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.

Frågor för kvalitetsbedömning	Beskriv kortfattat egen bedömning	Poäng Nej=0, Delvis=1 och Ja=2
1. Återspeglar titeln studiens innehåll? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
2. Har författarna publicerat något inom samma eller närliggande område? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
3. Sammanfattar abstractet de viktigaste delarna? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
4. Är rationalen/problemformuleringen för studien tydligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
5. Är litteraturen i bakgrunden tillräcklig och uppdaterad (vilka år) inom forskningsområdet? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
6. Är syftet för studien tydligt förklarad? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
7. Identifieras och diskuteras alla etiska frågor tillräckligt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
8. Är metoden identifierad och tillräckligt beskriven? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		

<p>9. Är designen tydligt beskriven, motiverad samt lämplig? (Kvantitativ studie) Är bakgrunden, designen tydligt beskriven, motiverad och lämplig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>10. Är det en hypotes tydligt formulerad? Är huvudvariablerna tydligt beskrivna? (Kvantitativ studie) Är de centrala begreppen tydligt beskrivna? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>11. Är kontexten för studien beskrivet? (kvantitativ studie) Är kontexten för studien beskriven? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>12. Är urvalet adekvat beskrivet och representativt för populationen? (Kvantitativ studie) Är urvalet av deltagare och datainsamlingsmetoden adekvat beskrivet? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>13. Är metoden för datainsamling valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för datainsamlingen granskningsbar och trovärdig? (Kvalitativ studie)</p>		
<p>14. Är metoden för dataanalys valid och reliabel? (Kvantitativ studie) Är metoden för dataanalys</p>		

trovärdig och tillförlitlig? (Kvalitativ studie)		
15. Är resultaten presenterade på ett lämpligt och tydligt sätt? (Kvantitativ- och Kvalitativ studie)		
16. Är diskussionen tillräcklig. Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning inom området, diskuteras studiens styrkor och svagheter, är diskussionen "objektiv"?		
17. Är konklusionen tillräcklig. Baseras konklusionen (uteslutande) på studiens resultat?		
18. Är resultaten generaliserbara? (Kvantitativ studie) Är resultaten överförbara? (Kvalitativ studie)		
Totalt (max 36 poäng)		

(Caldwell K, Henshaw L, Taylor G. Developing a framework for critiquing health research: An early evaluation. Nurse Education Today 31 (2011) e1-e7.

Cut off värde för kvalitet

Mycket god kvalitet, 29-36 poäng

God kvalitet, 20-28 poäng

Låg kvalitet, <20 poäng

Matris över inkluderade artiklar

BILAGA B

<p>Författare</p> <p>År (för publikation) Land (där studien genomfördes)</p>	<p>Titel</p>	<p>Syfte</p>	<p>Metod</p> <p>(Design, urval, datainsamling och analys)</p>	<p>Deltagare</p> <p>(bortfall)</p>	<p>Resultat</p>	<p>Typ</p> <p>Poäng</p>
<p>Brorson, H., Plymoth, H., Örmon, K., & Bolmsjö, I.</p> <p>2014</p> <p>Sverige</p>	<p>Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia.</p>	<p>Undersökte sjuksköterskors erfarenheter av smärtlindring av personer med kognitiv sjukdom med smärta i livets slutskede.</p>	<p><u>Design</u>:Kvalitativ</p> <p><u>Urval</u>: Strategiskt, legitimerade sjuksköterskor från en enhet.</p> <p><u>Datainsamling</u>:Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor.</p> <p><u>Analys</u>: Burnards innehållsanalys</p>	<p>N=7</p> <p>(0)</p>	<p>Två huvudfynd med respektive fyra och fem underkategorier. presenterades;</p> <p>1. Sjuksköterskors erfarenheter av svårigheter med smärtlindring. underkategorier: Känsla av maktlöshet, etiska dilemman i mötet med individen, känsla av otillräcklighet och känsla av att inte få kontakt med patienten.</p> <p>2. Sjuksköterskors erfarenhet av resurser kopplade till smärtlindring. Underkategorier: Förmåga att förstå patientens behov, mellanmänskliga relationer, samarbete för individcentrering, känsla av tillfredsställelse av att lindra lidande med farmakologisk smärtlindring och känsla av tillfredsställelse av att lindra</p>	<p>K</p> <p>27</p> <p>God kvalitet</p>

					lidande med icke-farmakologisk smärtlindring.	
Burns, M., & McIlfatrick, S. 2015	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	Syftet var att kartlägga sjuksköterskors kunskaper och attityder till smärtbedömning för personer med demens boende på särskilt boende..	<p><u>Design:</u> Tvärsnittsstudie</p> <p><u>Urval:</u> registrerade sjuksköterskor som arbetade på vårdhem i ett målområde av en vårdcentral i en region i Storbritannien. Detta område omfattade 17 vårdhem med totalt 96 registrerade sjuksköterskor.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Frågeformulär/Enkäter bestående av 3 delar</p> <p><u>Analys:</u> Tematisk analys</p>	96 sjuksköterskor (64)	<p>Fem huvudfynd presenterades;</p> <p>1. Närvaro av smärta hos boende: Sjuksköterskor lyfte svårigheten i att identifiera smärta hos personer med kognitiv sjukdom.</p> <p>2. Smärtskattningsinstrument: Sjuksköterskor menade att personer med kognitiv sjukdom hade svårt att självskatta sin smärta och det fanns en viss osäkerhet om vilka smärtskattningsinstrument som var valida och mest användbara för målgruppen.</p> <p>3. Smärtbehandling: Det fanns en osäkerhet kring användning av opioider då sjuksköterskorna var rädda att det skulle leda till ett missbruk.</p> <p>4. Upplevda hinder för smärtbehandling: Var en låg</p>	Mixad metod 30 mycket god kvalitet

					<p>bemanning, en hög arbetsbelastning och brist på medicinskt stöd.</p> <p>5. Träning och utbildning: Sjuksköterskor ansåg att det behövs regelbunden träning och utbildning för optimal smärtskattning av personer med kognitiv sjukdom.</p>	
<p>Corbett, A., Nunez, K., Smeaton, E., Testad, I., Thomas, A. J., Closs, S. J., Briggs, M., Clifton, L., Gjesten, M. T., & Lawrence, V.</p> <p>2016</p> <p>Storbritannien</p>	<p>The landscape of pain management in people with dementia living in care homes: a mixed methods study.</p>	<p>Undersökt hur man i nuläget bedömer och behandlar smärta hos personer med kognitiv sjukdom som lever på särskilt boende.</p>	<p><u>Design</u>: Mixad metod. <u>Urval</u>: Strategiskt urval av intressenter med kunskap inom området. Fokusgrupper bestående av vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor och enhetschefer. Anhöriga</p> <p><u>Datainsamling</u>: En del var kvalitetsgranskning av nuvarande riktlinjer, andra delen var fokusgruppdiskussioner och tredje delen var online enkäter</p> <p><u>Analys</u>: Tematisk innehållsanalys</p>	<p>12 fokusgrupp medlemmar</p> <p>10 anhöriga</p> <p>16 anhörigvårdare</p>	<p>Sex huvudfynd presenterades;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vikten av personcentrering, 2. Nuvarande brist på medvetenhet om smärta vid kognitiv sjukdom 3. Kommunikation som grundläggande förutsättning 4. Skillnader i vårdpersonalens ansvar och självförtroende 5. Behov av kontinuitet 6. Nuvarande brist på utbildning av personal 	<p>Mixad metod</p> <p>29</p> <p>Mycket god kvalitet</p>

<p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C.</p> <p>2017</p> <p>Irland</p>	<p>There's a Catch-22' - The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians' perspectives</p>	<p>Läkares perspektiv på barriärer, följder och metoder för att överbrygga barriärer i smärtbehandling av personer med kognitiv sjukdom i livets slutskede. .</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ</p> <p><u>Urval:</u> Strategiskt, läkare med erfarenhet av området, fortsatte till ingen ny kunskap framkom.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer</p> <p><u>Analys:</u> Tematisk analys</p>	<p>N=23</p> <p>(0)</p>	<p>Sex huvudfynd presenterades;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnostisera smärta 2. Komplexa förskrivnings- och behandlingsmetoder 3. Biverkningar och oönskade effekter 4. Administrationsvägar 5. Dela kunskap 6. Behov av övning/träning/utbildning 	<p>K</p> <p>29</p> <p>Mycket god kvalitet</p>
<p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C.</p> <p>2017</p>	<p>Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study.</p>	<p>Syftet var att utforska sjuksköterskors erfarenhet av smärtbehandling inom hospice, vårdhem och akutsjukvården hos personer med avancerad demens</p>	<p><u>Design:</u> kvalitativ</p> <p><u>Urval:</u> Legitimerade sjuksköterskor med ansvar för personer med avancerad demenssjukdom inom hospice, vårdhem och akutvård.</p>	<p>24 sjuksköterskor</p> <p>(0)</p>	<p>Tre huvudfynd presenterades;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utmaning vid administrering, patientens vägran, oro, ångest, aggressivitet. samt utmaningar vid administrationsvägar im, sc, oralt. 2. Relation sjuksköterskan och läkaren. På hospice var alla nöjda då de arbetade i team, respekt mellan professioner, god 	<p>K</p> <p>31</p> <p>Mycket god kvalitet</p>

Irland		under de sista levnadsåren	<p><u>Datainsamling:</u> semi-strukturerade intervjuer</p> <p><u>Analys:</u> Tematisk analys</p>		<p>kommunikation. På vårdboende och akuten var hälften nöjda resp missnöjda med relationen mellan läkaren och sjuksköterskan.</p> <p>3. Interaktiv inläring. På hospice upplevde de ett gott klimat för kunskapsinhämtning, där fanns tid för reflektion kring patientfall, tid för kunskapsinhämtning, praktisk träning. På vårdboende och akuten upplevde vårdpersonalen avsaknad av utbildning, alla fick inte delta, det var dyrt och organisationen hade inte råd. Alla sjuksköterskor ville ha mer utbildning för att kunna hantera sitt arbete tillfredsställande.</p>	
<p>Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., Lasrado, R., Sampson, E. L., Swarbrick, C., & José Closs, S.</p> <p>2016</p>	Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings	Syftet var att tillhandahålla en reviderad konceptuell modell för beslutsfattande för erkännande, bedömning och hantering av smärta hos patienter med demens i akutvårdsmiljöer.	<p><u>Design:</u>Utforskande etnografisk studie</p> <p><u>Urval:</u> Fyra akutsjukhus där personer med demenssjukdom vårdades. Personerna var över 65 år och alla hade en demensdiagnos. Personalen som inkluderades var alla</p>	<p>Patienter med demens (n=31)</p> <p>Intervjuer med personal (n=56)</p>	<p>Tre huvudfynd presenteras;</p> <p>1. Smärtans natur och smärtbedömning hos patienter med kognitiv sjukdom.</p> <p>2. Kontextens roll för att känna igen, bedöma och hantera smärta</p> <p>3. Smärtidentifiering, bedömning och hantering som</p>	<p>K</p> <p>32</p> <p>Mycket god kvalitet</p>

Storbritannien, Skottland			vårdare till personerna med demenssjukdom. <u>Datainsamling:</u> Observationsstudie av personen med demenssjukdom samt semistrukturerade intervjuer med personal. <u>Analys:</u> Tematisk analys		en process fördelad på individer och över tid	
Giménez-Llort, L., Bernal, M. L., Docking, R., Muntsant-Soria, A., Torres-Lista, V., Bulbena, A., & Schofield, P. A. 2020 Spanien	Pain in Older Adults With Dementia: A Survey in Spain.	Fokus var att utforska vårdpersonalens nuvarande användning och åsikter om användbarheten av befintliga smärtbedömningsverktyg och den erfarenhet sjukvårdspersonal har av att använda dessa verktyg i den dagliga praktiken hos personer med kognitiv sjukdom En del av COST (European Cooperation in Science and	<u>Design:</u> Mixad metod <u>Urval:</u> opportunistiskt urval av vårdpersonal (sköterskor och läkare) från sjukhus, vårdhem och daghem i Katalonien Aragón och Comunitat Valenciana <u>Datainsamling:</u> Enkäter med 41 frågor anpassat efter spansk kontext <u>Analys:</u> Kvalitativ data analyserades med innehållsanalys och kvantitativ data analyserades med SPSS version 25 och beskrivande statistik.	64 vårdpersonal (0)	Fyra huvudfynd presenterades; 1. Utbildning inom smärta 2. Användning av riktlinjer och standarder 3. Användning av observationsverktyg för smärtbedömning 4. Utmaningar och framtida mål.	Mixad metod 27 God kvalitet

		Technology) Action TD1005 "Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia				
Jansen, B. W., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M., & Parsons, C. 2017 Irland.	Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study.	Undersöka undersköterskans roll, perspektiv och erfarenheter i smärtbedömning och behandling vid demens.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Vårdpersonal (undersköterskor) <u>Datainsamling:</u> Semi strukturerade intervjuer <u>Analys:</u> Tematisk analys	14 (0)	Tre huvudfynd presenterades; 1. Upptäcka smärta, Lära känna sin patient, observera och tolka beteendemässiga och icke-verbala indikatorer på smärta. 2. Rapportera smärta, positiva arbetsrelaterade identiteter och relationer, Negativa arbetsrelaterade identiteter och relationer 3. Praktisk träning, behov av färdighetsträning, utbildning för att kunna svara upp till sin roll i yrket.	K 31 Mycket god kvalitet
Jennings, A. A., Linehan, M., & Foley, T. 2018 Irland	The knowledge and attitudes of general practitioners to the assessment and management of pain in people with dementia.	Syftet med denna studie var att utforska allmänläkares kunskap och attityder till smärtbedömning och smärtbehandling	<u>Design:</u> Deskriptiv tvärsnittsstudie <u>Urval:</u> Samtliga husläkare i Cork stad och län	320 (163)	Tre huvudfynd presenteras; 1. Smärtbedömning vid demens. svårt att bedöma smärta hos personer med kognitiv sjukdom, lite kunskap om olika smärtskattningsinstrument, låg	K 27 god kvalitet

		hos personer med demens.	<p><u>Datinsamling:</u> Enkät med möjlighet att lämna kvalitativa svar.</p> <p><u>Analys:</u> Kvantitativ data analyserades med SPSS v 25. Kvalitativa svar analyserades tematiskt.</p>		<p>kännedom om olika rutiner och riktlinjer,</p> <p>2. Hantering av smärta vid demens. Smärta bör följa ett stegvis tillvägagångssätt.</p> <p>3. Svar i fritext; Läkarens roll vid smärtskattning, vikten av information från övrig vårdpersonal, bristen av resurser - ett hinder.</p>	
<p>Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I., & Ernst-Bravell, M.</p> <p>2013</p> <p>Sverige</p>	<p>Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice</p>	<p>Undersöka undersköterskors uppfattning om smärta hos personer med kognitiv sjukdom.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ metod</p> <p><u>Urval:</u></p> <p><u>Datinsamling:</u> Individuella intervjuer</p> <p><u>Analys:</u> Filosofisk hermeneutisk textanalys</p>	<p>14</p> <p>(2)</p>	<p>Tre nivåer av undersköterskors uppfattning om smärta utrönades, varje nivå bestod av ett tema:</p> <p>“Vara i den mötande fasen” där undersköterskan uppfattar personens tecken på smärta.</p> <p>“Vara i den reflekterande fasen” där undersköterskan reflekterar över situationer i det dagliga arbetet, och “Vara i den handlande fasen” där undersköterskornas uppfattning om praktiska moment tydliggjordes.</p>	<p>K</p> <p>30</p> <p>Mycket god kvalitet</p>

<p>Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., Corbett, A., James, K., Lasrado, R., Swarbrick, C., & Closs, S. J.</p> <p>2016</p> <p>England</p> <p>Skottland</p>	<p>The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective</p>	<p>Syftet var att undersöka hur vårdpersonal och anhöriga kände igen, bedömde och hanterade smärta hos patienter med demens i akuta miljöer.</p>	<p><u>Design:</u> En kvalitativ explorativ fallstudie på fyra sjukhus</p> <p><u>Urval:</u> Urvalet var teoretiskt styrt för att säkerställa att det fanns representation från en mängd olika kliniska miljöer inom akutvården där patienter med demens kan vårdas</p> <p><u>Datainsamling:</u> Metoderna inkluderade icke-deltagande observationer, granskningar av patientjournaler, semistrukturerade intervjuer med personal och vårdare och analys av dokument på sjukhusavdelningen</p> <p><u>Analys:</u> Tematisk analys</p>	<p>31 patient-observationer</p> <p>52 intervjuer med vårdpersonal</p> <p>4 intervjuer med anhöriga</p>	<p>Fyra huvudfynd presenterades;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att förmedla smärta vid demenssjukdom, språksvårigheter som sjukdomen ger, Arbetsmönster, tid, plats och arbetsfördelning påverkade möjligheten till att förmedla smärtupplevelse, förtroende och förtrogenhet. 2. Kommunikation mellan anhörig-vårdpersonal anses mycket värdefull, anhörig var en källa för att inhämta kunskap om personen. 3. Smärtbehandling, trial and error mode. 4. "Putting a picture together" för att få en förståelse för en persons smärta. 	<p>K</p> <p>32</p> <p>Mycket god kvalitet</p>
--	--	--	--	--	---	---

<p>Lundin, E., & Godskesen, T. E. 2021 Sverige</p>	<p>End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes.</p>	<p>Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av vård av personer med avancerad kognitiv sjukdom och smärta i livets slut.</p>	<p><u>Design</u>:Kvalitativ, beskrivande undersökande design. <u>Urval</u>: <u>Datainsamling</u>: Semistrukturerade intervjuer <u>Analys</u>: tematisk innehållsanalys</p>	<p>13</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utmaningar i Kommunikation, relation och organisation framträdde 2. Kommunikation med personer med svår demenssjukdom och i livets slut. Smärtbedömning och utvärdering effekt av smärtlindring var svårt. 3. Relationen till anhöriga hade stor betydelse. Både som hjälp och som barriärer. 4. Organisation: Tidsbrist var en barriär för adekvat smärtbehandling. Tid att vara närvarande kan vara smärtlindrande i sig. 5. Kunskaps- och kompetensbrister var stora hinder. 	<p>K 30 Mycket god kvalitet</p>
--	---	--	---	-----------	--	---

<p>Minaya-Freire, A., Ramon-Aribau, A., Pou-Pujol, G., Fajula-Bonet, M., & Subirana-Casacuberta, M.</p> <p>2020</p> <p>Spanien</p>	<p>Facilitators, Barriers, and Solutions in Pain Management for Older Adults with Dementia.</p>	<p>Syftet var att reflektera över omvårdnadspraxis och identifiera underlättande faktorer och barriärer i hanteringen av smärta hos äldre vuxna med demens och att föreslå åtgärder för förbättring.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design</p> <p><u>Urval:</u> Samtliga sjuksköterskor på en geriatrisk avdelning</p> <p><u>Datainsamling:</u> Enkäter och fokusgrupper, participatory action research (PAR)</p> <p><u>Analys:</u> Narrativ analys av data i fokusgrupperna som transkriberades med en innehållsanalys.</p>	<p>18</p>	<p>Två huvudfynd presenterades med underkategorier;</p> <p>1. Underlättande faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anpassning till patientens tillstånd. - Erfarenhet av yrket. - Samverkan med anhöriga <p>2. Hinder/barriärer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personens sjukdomstillstånd - Minskad samverkan med anhöriga då patienten är på sjukhuset. - Smärta som parameter - Tidsbrist och för lite personalresurser - Personalen upplevde kunskapsbrist och brist på färdigheter - Dålig samverkan inom teamet. 	<p>K</p> <p>30</p> <p>Mycket god kvalitet</p>
--	---	--	---	-----------	--	---

<p>Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. 2015. USA</p>	<p>Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia.</p>	<p>Syftet med studien var att utforska sjuksköterskors metoder för att identifiera och lindra smärta hos personer med demens.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design</p> <p><u>Urval:</u> Sjuksköterskor med direkt vårdansvar av smärta</p> <p><u>Datansamling:</u> Fokusgrupper</p> <p><u>Analys:</u> Kvalitativ dataanalys "sax och sorterings analys" av transkriberade texter som översatts ordagrant, kategoriserades, teman framträdde.</p>	<p>29</p>	<p>Ett huvudtema med fem underkategorier.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att lägga ihop ett komplext pussel för att optimera komforten. - Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet kring huruvida personen upplevde smärta eller inte. - Personal behövde vara en detektiv för att upptäcka smärta - Klargörande faktorer. Flera faktorer identifierades som kan hjälpa till att klargöra om en boende med demens upplever smärta. Dessa omfattade sjuksköterskans kliniska expertis, familjekommunikation, tvärvetenskaplig kommunikation och att känna den boende under en längre tid. - Sjuksköterskans roll. De identifierade ett antal ansvarsområden: behovet av konstant vaksamhet, omvårdnad av hela familjen, viljan 	<p>K 30 Mycket god kvalitet</p>
---	--	---	---	-----------	---	---

					<p>att göra försök och misstag och prioritera boendets komfort och livskvalitet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konfliktlösning, ibland uppstod diskussioner mellan personal och anhöriga kring smärtbehandling 	
<p>Tousignant-Laflamme, Y., Tousignant, M., Lussier, D., Lebel, P., Savoie, M., Lalonde, L., & Choinière, M.</p> <p>2012</p> <p>Kanada</p>	<p>Educational needs of health care providers working in long-term care facilities with regard to pain management.</p>	<p>Undersöka vilka utbildningsbehov vårdpersonal på särskilt boende anser att de har gällande smärtbedömning och smärtbehandling.</p>	<p><u>Design:</u> Kvalitativ design med nominalgruppsteknik</p> <p><u>Urval:</u> Bekvämlighetsurval av läkare, farmaceuter, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal från tre särskilda boenden.</p> <p><u>Datainsamling:</u> Nominalgruppsteknik</p> <p><u>Analys:</u> En kvantitativ metod i att rangordna prioriterade utbildningsområden gjordes.</p>	72	<p>Sex utbildningsbehov framträdde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Smärtbedömning 2. Farmakologiskt smärtbehandling 3. Smärtans neurofysiologi 4. Icke-farmakologiskt smärtbehandling 5. Särskilja uttryck för smärta från andra beteenden och 6. Bästa kommunikationsstrategier vårdpersonal emellan. 	<p>K</p> <p>29</p> <p>Mycket god kvalitet</p>

<p>Zwakhalen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N., & Schofield, P.</p> <p>2018</p> <p>Österrike, Belgien, Danmark, Tyskland, Nederländerna, Schweiz och Storbritannien</p>	<p>Pain in older adults with dementia. A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies</p>	<p>Undersökte användningen av smärtskattningsinstrument och riktlinjer för smärtskattning vid kognitiv sjukdom för att förstå vilka praktiska hänsyn som behövs för att underlätta smärtbedömning och behandling på särskilt boende, sjukhus och hemsjukvård.</p> <p>En del av COST (European Cooperation in Science and Technology) Action TD1005 "Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia</p>	<p><u>Design:</u> Mixad metod. Enkätstudie med en kvantitativ del och en kvalitativ del med öppna frågor.</p> <p><u>Urval:</u> Opportunistiskt urval av hälso- och sjukvårdspersonal med intresse för smärtbedömning av personer med kognitiv sjukdom i Österrike, Belgien, Danmark, Tyskland, Nederländerna, Schweiz och Storbritannien</p> <p><u>Datainsamling:</u> Webberad enkät med 36 frågor.</p> <p><u>Analys:</u> Kvantitativa delen analyserades med SPSS och beskrivande statistik. Innehållsanalys gjordes av den kvalitativa delen av enkäten med deduktiv klassificering och överordnade kategorier. .</p>	<p>810</p>	<p>Huvudfynd:</p> <p>En minoritet av personalen visste om riktlinjer för smärtbedömning och behandling vid kognitiv sjukdom och få använde smärtskattningsinstrument på daglig basis. I den kvalitativa delen framkom två teman: <i>brister och framgångsfaktorer</i>. Bristerna som framkom var: Smärtskattningsinstrumenten var lätta att använda men det var svårt att tolka resultatet. Personal visste ofta inte vilket bedömningsinstrument man skulle använda på sin arbetsplats. Personalen upplevde att de saknade utbildning, kunskap, tid, ibland brist på intresse för området, medvetenhet, brist på information både från patient till personal men också mellan personal, uppgiften kräver utbildningsinsats då den är specialiserad, <i>Framgångsfaktorerna</i> var: Insatser som höjde personalens medvetenhet om smärtefrekvens hos personer med kognitiv sjukdom och behov av smärtbedömning. Kunskap och erfarenhet ökade personalens</p>	<p>Mixad metod</p> <p>27</p> <p>God kvalitet</p>
--	--	--	---	------------	---	--

					<p>självförtroende i området och gav bättre resultat för patienterna. Personalen menade också att det behövs tydliga riktlinjer för multiprofessionellt arbetsätt.</p>	
--	--	--	--	--	--	--