

# Smärtbedömning vid demens

– En litteraturstudie om sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom

---

*Pain Assessment and Dementia*

*– A literature review about the nurse's responsibility in pain assessment among elderly with dementia*

**Amanda Johansson**  
**Karin Andersson**

Handledare: Jenny Drott

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Smärta är vanligt förekommande hos personer med en demenssjukdom. Trots denna vetskap förblir smärtan ofta oupptäckt och obehandlad. Obehandlad smärta kan i ett längre perspektiv leda till kronisk smärta, vilket kan medföra påverkan på individens livskvalitet. En förutsättning för att behandla smärtan är att den först identifieras hos denna utsatta patientgrupp.

**Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom.

**Metod:** En litteraturstudie med systematisk ansats genomfördes. Artikelsökningar genomfördes i databaserna Cinahl och PubMed. Studier av både kvalitativ och kvantitativ metod inkluderades. Analys av de kvalitativa studierna genomfördes och teman identifieras och de kvantitativa studierna bidrog till att stärka resultatet.

**Resultat:** Resultatet baseras på tolv studier. Två huvudteman har framkommit i resultatet. Då smärtbedömning hos denna patientgrupp är komplex har sjuksköterskan ett ansvar att genom sin kunskap och förståelse, låta patienten stå i fokus och samtidigt använda alternativa metoder för att kunna bedöma smärtan hos dessa individer.

**Konklusion:** Sjuksköterskan har ett ansvar att, genom sin kompetens samt sin kliniska blick, arbeta med patienten i fokus. Ansvaret ligger även i att sjuksköterskan i arbetet med dessa individer bör förse sig med adekvat kunskap gällande demenssjukdomen och smärtuttryck.

**Nyckelord:** demens, geriatrisk omvårdnad, kommunikation, personcentrerad vård, smärtbedömning

## Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
2 Bakgrund.....	2
2.1 Demens .....	2
<b>2.1.1 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD .....</b>	<b>2</b>
2.2 Sjuksköterskans profession.....	3
<b>2.2.1 Kommunikation .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2.2 Personcentrerad vård .....</b>	<b>4</b>
2.3 Smärta .....	5
<b>2.3.1 Smärtfysiologi.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3.2 Kliniska smärtyper .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3.3 Smärtbedömning.....</b>	<b>8</b>
2.4 Smärta hos äldre med demens.....	9
3 Problemformulering.....	10
4 Syfte .....	10
5 Metod .....	11
5.1 Design .....	11
5.2 Urval .....	11
5.3 Datainsamling .....	11
5.4 Tillvägagångssätt .....	13
5.5 Analys .....	14
5.6 Etiska ställningstaganden.....	15
6 Resultat .....	16
6.1 Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus .....	16
<b>6.1.1 Kontaktnät.....</b>	<b>16</b>
<b>6.1.2 Helhetsperspektiv.....</b>	<b>17</b>
<b>6.1.3 Personcentrerad vård .....</b>	<b>17</b>
6.2 Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse.....	18
<b>6.2.1 Symtombild.....</b>	<b>18</b>
<b>6.2.2 Förutsättningar .....</b>	<b>19</b>
<b>6.2.3 Hjälpmedel.....</b>	<b>20</b>
7 Diskussion.....	22
7.1 Resultatdiskussion .....	22
<b>7.1.1 Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus.....</b>	<b>22</b>
<b>7.1.2 Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse .....</b>	<b>24</b>
7.2 Metoddiskussion .....	28
<b>7.2.1 Bakgrund .....</b>	<b>28</b>
<b>7.2.2 Design .....</b>	<b>28</b>
<b>7.2.3 Urval.....</b>	<b>29</b>
<b>7.2.4 Datainsamling.....</b>	<b>30</b>
<b>7.2.5 Kvalitetsgranskning.....</b>	<b>31</b>

<b>7.2.6 Innehållsanalys</b> .....	<b>32</b>
<b>8 Konklusion</b> .....	<b>33</b>
8.1 Kliniska implikationer .....	33
8.2 Förslag på vidare forskning .....	33
<b>9 Referenser</b> .....	<b>34</b>
Bilaga 1: Kvalitativa artiklar inkluderade i resultatet .....	1
Bilaga 2: Kvantitativa artiklar inkluderade i resultatet .....	1

# 1 Inledning

Antalet personer över 65 år kommer att öka betydligt över hela världen under de kommande årtionden visar epidemiologiska studier. I takt med detta kommer en betydande andel av befolkningen utveckla demens (Scherder *et al.*, 2005). Ett av de vanligaste symtomen som rapporteras hos äldre personer med demens är smärta (Sengstaken & King 1993). Trots att vi vet att äldre med demens mycket troligt upplever smärta (Nay & Fetherstonhaugh 2012), är behandling av smärta hos denna mycket utsatta grupp ofta otillräcklig. Långvarig smärta kan vara en konsekvens av otillräcklig behandling vilket kan minska individens livskvalitet på grund av en ökning av konsekvenser relaterade till smärtan såsom fysisk nedsättning samt social isolering (Sengstaken & King 1993).

Demens beskrivs som en störning av hjärnans intellektuella funktioner med symtom som rör bland annat minnet och andra kognitiva förmågor. Demenssymtom kan förekomma vid ett stort antal sjukdomar men de två vanligaste sjukdomarna är Alzheimers sjukdom och vaskulär demens (Marcusson *et al.*, 2011).

Personer med en demenssjukdom har ofta svårigheter att uttrycka smärta och berätta hur de mår. Detta leder till att smärta ofta är ett tillstånd som förblir oupptäckt, missförstått och obehandlat. Tidigare forskning har riktat in sig mer på mätning av smärta snarare än smärtbedömning som helhet. Att kunna identifiera smärta är dock en förutsättning för att den skall kunna mätas, bedömas och behandlas (McAuliffe *et al.*, 2009). Ytterligare svårigheter gällande dagens forskning är att forskningen tenderar att fokusera på den yngre populationen. Detta leder till att äldre är underrepresenterade i forskning gällande smärta (Newton *et al.*, 2014).

Sjukvårdspersonalens och i synnerhet sjuksköterskans kompetens, kunskap och attityd är viktiga komponenter vid vården av personer med demenssjukdom. Personer med en demenssjukdom är mer beroende av vårdgivarens förmåga att bedöma behovet av vård hos personen. Samtidigt finns en vetskap om att vårdpersonal har en bristande kompetens just kring hantering av smärta hos personer med demens (Newton *et al.*, 2014). Hälso- och sjukvårdslagen understryker vikten av: "åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador". Sjukvården har ett ansvar att ge bästa möjliga vård till patienter och ska arbeta för att förebygga ohälsa och främja hälsan hos enskild individ (SFS 2017:30).

Forskning har påvisat att smärta hos individer med en demenssjukdom är svåridentifierad och därmed ofta obehandlad. Författarna till denna studie anser därmed att detta problemområde är viktigt att belysa, dels med anledning av patientgruppens utsatthet men också för att kartlägga sjuksköterskans ansvar.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Demens

I Sverige beräknas idag 130 000–150 000 individer leva med en demensdiagnos (Socialstyrelsen 2017). Demens är ett sjukdomstillstånd som leder till stor påverkan på det dagliga livet hos personen i fråga och dennes anhöriga. Under sjukdomsåren kommer sjukdomen även att ge upphov till många utmaningar för vårdpersonalen (LoGiudice & Watson 2014).

I Socialstyrelsens (2017) diagnoskoder presenteras, i enlighet med ICD-10, följande definition av demens:

”Demens är ett syndrom som beror på hjärnsjukdom som vanligtvis är av kronisk eller progredierande art. De högre kortikala funktionerna, inkluderande minne, tänkande, orientering, förståelse, räkneförmåga, inlärningskapacitet, språk och omdöme är störda. Medvetandet är inte grumlat. Försämringen av kognitiva funktioner åtföljs ofta, och är ibland föregången av, försämring av emotionell kontroll, socialt beteende eller motivation. Detta syndrom förekommer vid Alzheimers sjukdom, vid cerebrovaskulär sjukdom och vid andra tillstånd som primärt eller sekundärt påverkar hjärnan.”

Alzheimers sjukdom är den vanligaste orsaken till demens och är en progredierande sjukdom (LoGiudice & Watson 2014). Åldern på de som insjuknar är i 95% av fallen över 65 år och risken ökar med stigande ålder (Bhogal *et al.*, 2013). Det som ger upphov till sjukdomen är en process som primärt angriper det centrala nervsystemet. I denna process sker patologiska förändringar på mikroskopisk nivå som allt eftersom leder till nervcellsdegeneration och hjärnatrofi (Marcusson *et al.*, 2011). Vaskulär demens är den näst vanligaste orsaken till kognitiv nedsättning hos äldre. Bakomliggande orsak till utveckling av vaskulär demens är bland annat kärlsjukdomar där den kognitiva funktionen påverkas i olika grader (Bhogal *et al.*, 2013).

Vid Alzheimers sjukdom som har en progredierande sjukdomsbild, är tidiga symtom i regel att korttidsminnet börjar svikta. Allt eftersom sjukdomen fortskrider blir långtidsminnet allt mer påverkat och även andra symtom tillkommer med tiden (Basun *et al.*, 2013). Ett vanligt symtom är kommunikationssvårigheter där ett minskat ordförråd i kombination med försämrad förmåga att uttrycka sig försvårar kommunikationen. Även andra symtom som beteendeförändringar och psykologiska besvär förekommer (LoGiudice & Watson 2014).

#### 2.1.1 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD

Begreppet BPSD står på svenska för ”Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens”. Begreppet används som samlingsbegrepp för de olika symtom som personen med demens kan uppvisa som kan vara av både beteendemässig och psykologisk karaktär, det vill säga besvär som relateras till demenssjukdomen. Svårigheterna kan exempelvis handla om individens förmåga att tolka och förstå kommunikation, olika intryck samt situationer. Det är av stor vikt att inte förväxla begreppet BPSD med en diagnos, men risken finns att det görs. Risken grundar sig i

att begreppet används för att förklara de symtom och beteende individen uppvisar istället för att försöka hitta orsaken bakom personens beteenden eller att som sjuksköterska försöka förstå och tolka det individen med demens försöker kommunicera. Att se bakom personens beteenden och symtom samt koncentrera sig på individens upplevelser och dennes behov är av mycket stor vikt och krävs innan diskussion kring behandling inleds. Fysisk och verbal aggressivitet, rop, gråt, rastlöshet, vandrande, sexuellt opassande beteende samt skrik är exempel på beteendemässiga symtom som ingår i begreppet BPSD. Ängest, hallucinationer, nedstämdhet, sömnlöshet samt hämningslöshet är exempel på psykiska symtom. BPSD kan orsaka stora svårigheter och lidande, kanske framförallt för individen själv och dennes närstående men också för vårdpersonal (BPSD 2018; Socialstyrelsen 2017).

I Sverige har man, på grund av missförstånd kring begreppet, istället ofta använt benämningen ”beteenden som kan vara svåra att tolka och förstå”. Anledningen till detta är att man istället vill uppmärksamma att symtomen kan vara mycket väsentliga för individen som upplever dem men desto svårare för omgivningen att förstå. Cirka 90% av alla som lever med en demenssjukdom drabbas någon gång av BPSD (BPSD 2018).

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister som stöds av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Livskvaliteten minskar avsevärt hos de individer som, med anledning av sin demenssjukdom, uppvisar dessa symtom. Syftet med registret är att säkra kvaliteten på den vård individer med en demenssjukvård erhåller, minska förekomst av BPSD samt lidandet för dessa individer. På detta sätt kommer individen med en demenssjukdom få en ökad livskvalitet. Ett gott bemötande och en god omsorg av dessa individer är viktigt men det krävs också i omvårdnaden en tydlig struktur samt en god insikt om demenssjukdomar. För att uppnå denna strukturerade omvårdnad kan BPSD-registret fungera som ett stöd där observation av BPSD, analys, vårdåtgärder och utvärdering av dessa insatta vårdåtgärder är centralt i arbetssättet. Observation av symtom genomförs med en skattningsskala där frekvens av symtom bedöms samt bedömning av hur mycket symtomen påverkar personen. Analys genomförs av möjliga orsaker till uppvisande symtom som sedan mynnar ut i en vårdplan. Vårdåtgärder provas under en period för att sedan utvärdera effekt genom en ny skattning av symtom (BPSD 2018).

## 2.2 Sjuksköterskans profession

Sjuksköterskan har ett omvårdnadsansvar där patientens grundläggande behov skall stå i fokus. För att kunna tillgodose patientens behov behöver sjuksköterskan kompetens för att kunna bedöma patienten. Bedömningen skall utgå från både objektiva uppgifter men också utifrån patientens subjektiva upplevelse. Omvårdnadsarbetet skall utgå ifrån ett personcentrerat förhållningssätt där sjuksköterskan ser till den enskilde individen och planerar samt genomför omvårdnaden i samarbete med patienten. Omvårdnaden av patienten är något som sjuksköterskan utför självständigt men även i samverkan med vårdteamet och tillsammans med patienten och dennes närstående. För att kunna ge patienten en god omvårdnad är det viktigt för sjuksköterskan att skapa en relation till patienten och

dennes närstående som bygger på tillit och där alla parter är involverade i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Då det inte går att bota en demenssjukdom syftar istället vården till att stödja personen med demens i dennes vardag samt hjälpa personen till en så bra livskvalitet som möjligt under sjukdomsåren. Att lindra symtom samt stötta upp för de funktionsnedsättningar som drabbar personen med en demenssjukdom är viktiga åtgärder som vården bör fokusera på. Personer med en demenssjukdom bör erbjudas vård och omsorg utifrån ett professionellt och teambaserat arbete där teamet består av ett flertal olika professioner inom vården. Detta bidrar till ett positivt helhetsperspektiv kring personen med demens och den vård som dessa patienter erbjuds. Att höja vårdpersonalens kunskap och erfarenhet inom detta område ses som en grundläggande komponent för att en god och personcentrerad vård ska kunna erbjudas till individer med en demenssjukdom, detta bör ske med hjälp av utökad utbildning i olika former (Socialstyrelsen 2017).

### **2.2.1 Kommunikation**

Att främja hälsa och förebygga sjukdom är en del av omvårdnadens mål enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee. Detta syfte kan enbart uppnås om sjuksköterskan och patienten kan etablera en "mellanmänsklig relation". Relationen Travelbee beskriver bygger på en interaktionsprocess. Processen innehåller flera faser: *det första mötet, framväxt av identiteter, empati, sympati, etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt*. Målet är att ta sig förbi de etablerade rollerna och istället se varandra som unika individer. För att kunna uppnå den mellanmänskliga relationen är kommunikation ett viktigt verktyg. Kommunikation kan ske verbalt men även med hjälp av kroppsspråk, mimik, beröring och tonfall. Målet med kommunikationen är att sjuksköterskan skall se patienten som en unik individ och på så vis kunna identifiera dennes behov (Travelbee 1971).

Att kommunicera med personer med demenssjukdom kan, beroende på individens sjukdomsbild och tillstånd, komma med olika utmaningar. Sjuksköterskan kan använda sig av olika metoder och förhållningssätt för att skapa förutsättningar för kommunikation. Det finns grundläggande principer där sjuksköterskan skall tänka på att ha ögonkontakt, prata tydligt och vara uppmärksam på icke-verbala tecken. Det finns även mer specifika strategier vid demenssjukdom. Att inte tala i långa meningar utan bryta ner meningarna till enklare fraser, ställa en fråga eller uppmaning åt gången och att inte stressa fram ett svar samt att undvika öppna frågor för att minska stressen. Dessa strategier är till för att underlätta kommunikationen (Hoe & Thompson 2010).

### **2.2.2 Personcentrerad vård**

Sjuksköterskans profession och kravet på en vård med god kvalitet är uppbyggd på sex kärnkompetenser. *Personcentrerad vård* är en av dessa kärnkompetenser där dem andra fem är: *samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informatik*. Personcentrerad vård är ett begrepp som vill lyfta fram och belysa en vårdform där patienten får stå i fokus för sin vård. Förhållningssättet lutar sig mot en värdegrund byggd på centrala begrepp som respekt, autonomi och förståelse (Leksell & Lepp 2013). Att man som patient eller



närstående får bli sedd och förstådd som en unik individ är det som kännetecknar en personcentrerad vård. Samt en förståelse i att patienten eller närstående har individuella behov, resurser, förväntningar och värderingar är viktiga aspekter i det personcentrerade arbetssättet. Vården utformas tillsammans med patient och närstående där mötet utgår från patientens berättelser och där det finns en gemensam uppriktighet för varandras kunskap (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Sjuksköterskans roll i att arbeta personcentrerat grundar sig i självkänedom om egna värderingar och hur dessa kan påverka vården. Att arbeta personcentrerat innebär att sjuksköterskan lyssnar till och ser patientens önsknings, värderingar och engagemang samt gör patienten delaktig i sin vård. Delaktighet kan skapas genom att ge information och låta patienten vara engagerad i beslut (McCance & McCormack 2006).

En personcentrerad omvårdnad av personer med en demenssjukdom anges i nationella riktlinjer som första prioritet. Omvårdnaden ska vara personlig och ska ha insikt i olika beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppstå vid demenssjukdom. Arbetet ska ske på ett individanpassat sätt där vården utgår från vad som är bäst för personen med demens och där individen anses kapabel med förmågor trots sin demenssjukdom (Socialstyrelsen 2017). Att arbeta personcentrerat vid vård av individer med demenssjukdom involverar många faktorer. Att inte enbart se sjukdomen utan att se individen bakom sjukdomen är grundläggande. Den personcentrerade vården fokuserar på att få personen med demens att bevara känslan av välmående och egen identitet. Personcentrering strävar efter att tillhandahålla stöttning och ett positivt förhållningssätt för att stärka individens känsla av värde och att vara inkluderad. För att uppnå detta behöver man se den enskilde individen och världen ur dennes perspektiv (Newton *et al.*, 2014).

### 2.3 Smärta

Smärta är individens fysiska och psykologiska svar på skada (Steeds 2016). Smärta är ett allvarligt problem som ofta påverkar personen som lever med det på ett negativt sätt, ändå är smärta ett tillstånd som följer oss under hela livet (Griensven *et al.*, 2014) och som alla har erfarenhet av (Werner & Leden 2010). Troligtvis är smärta den vanligaste anledningen till varför vi människor uppsöker vård (Loeser & Melzack 1999). Trots att smärta har samband med skada och sjukdom är det ett subjektivt symtom som inte kan mätas objektivt och det är den subjektiva upplevelsen som utgör en stor utmaning. Smärta är en intensiv personlig upplevelse med biologisk, psykologisk och social karaktär som existerar *där* personen uttrycker smärta och *när* personen uttrycker smärta (Griensven *et al.*, 2014).

International Association for the Study of Pain (IASP) definierar smärta som:  
"en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada" (Merskey & Bogduk 1994).

Sedan publicering av definitionen har IASP gjort ett tillägg till definitionen:  
"oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtlindring. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter av vävnadsskada tidigt i livet" (IASP Taxonomy 2017).

Definitionen belyser att individer som ej har tidigare erfarenhet av smärta eller möjlighet att uttrycka upplevelsen av smärta ändå kan känna smärta. Detta är en viktig aspekt relaterat till personer med kognitiv dysfunktion som exempelvis demens. Dessa personer har kanske inte möjligheten att uppfatta smärta eller medvetenhet om att det är smärta (Werner & Leden 2010).

Den fysiologiska händelsen i kroppen, som orsakar smärta, kräver ett subjektivt erkännande. Smärta kan inte existera utan psykologisk medvetenhet (Griensven *et al.*, 2014), vilket belyser smärtupplevelsens nära koppling mellan själ och kropp. Smärta är både en sensorisk och känslomässig perception, alltså en komplex sinneskänsla. Smärtan kan ha olika kvaliteter, dels finns komponenten som förklarar lokalisering, intensitet samt karaktär vilken benämns den *sensoriska-diskriminativa komponenten*. Adjektiv som kan användas för att förklara denna typ av smärta är exempelvis brännande eller huggande. Den *emotionella-affektiva komponenten* ger en känsla av exempelvis stress, rädsla samt ångest. Skrämmande och plågsam är adjektiv som förklarar denna del av smärtupplevelsen. Till sist kan smärtan också beskrivas med adjektiv som exempelvis irriterande och outhärdlig och denna komponent kallas för den *kognitiva-evaluerande komponenten* som förklarar bland annat orsak, betydelse samt konsekvens (Craig 1984; Werner & Leden 2010).

Upplevelsen av smärta är en stark och inrotad känsla som är svår att bryta hos personen som upplever den (Griensven *et al.*, 2014). Smärtupplevelsen ska alltid accepteras och tas på allvar hos personen som uttrycker den oavsett om fysiologisk eller patologisk skada kan identifieras. Smärta är en komplex upplevelse och det är av vikt att förstå att smärtupplevelsen handlar om mer än fysiska stimuli som triggar signaler i vårt nervsystem (Steeds 2016). Upplevelsen av smärta blir känd för andra personer endast genom att den kommuniceras och beskrivs av personen som upplever den (Werner & Leden 2010).

### 2.3.1 Smärtfysiologi

Ett komplext samspel mellan signalsubstanser, bearbetning från högre hjärnfunktioner samt den individuella smärtupplevelsen är det som resulterar i smärta (Steeds 2016). Fyra kategorier används ofta för att förklara smärtans förekomst och dessa är: nociception, smärtupplevelse, lidandet samt smärtbeteende (Loeser & Melzack 1999).

Det är den omedvetna delen av smärtan som kallas *nociception* (Werner & Leden 2010). Nociceptorer är specialiserade receptorer belägna i kroppens olika vävnader och dessa aktiveras, direkt och indirekt, vid ett potentiellt vävnadsskadligt stimuli från skada eller sjukdom. Smärtsignaler sänds via en elektrisk signal från det perifera till det centrala nervsystemet genom en komplicerad uppsättning av vägar genom kroppens axon. Alla smärtfibrer mynnar ut i ryggmärgens bakhorn. I bakhornet av

ryggmärgen sker en transmission mellan primära afferenta smärtfibrer och sekundära neuron (Steeds 2016).

Till sist leds smärtsignalen från bakhornet till talamus via det uppåstigande spinotalamiska bansystemet (Steeds 2016). Talamus har en central roll som omkopplingsstation (Werner & Leden 2010) samt en viktig del i bearbetning av somatosensorisk information. Axoner löper i laterala och mediala banor i det spinotalamiska bansystemet för att sedan mynna ut i respektive mediala och laterala kärnor (Steeds 2016). Det mediala och laterala smärtsystemet är två sammanlänkande nätverk i hjärnan som har betydelse för smärtupplevelsen. I mediala systemet ingår bland annat basala ganglierna, limbiska systemet samt hippocampus och dessa områden tycks ha ansvar för den emotionella-affektiva delen i smärtupplevelsen och förmedlar därför kognitiva bedömningar. I det laterala systemet ingår bland annat olika områden i kortex och här bearbetas slutligen smärtsignalerna. Nu blir personen medveten om *smärtupplevelsen* då dessa områden ansvarar för den sensoriska-diskriminativa komponenten (Scherder *et al.*, 2005).

Även andra områden i hjärnan kan påverkas vid akut smärta. Aktivering av autonoma neuroendokrina stressreaktioner sker via områden i hjärnstammen och hypotalamus. Detta ger utslag av vegetativ karaktär som exempelvis illamående och takykardi. Allvarliga cirkulatoriska, respiratoriska och metabola komplikationer kan uppstå som följd av frisättning av stresshormoner (Werner & Leden 2010).

Det negativa svaret framkallat av smärta men också av rädsla, ångest, stress samt andra psykologiska aspekter benämns som *lidandet*. När den fysiska eller psykiska integriteten är hotad hos individen uppkommer lidandet. *Smärtbeteende* är resultatet av smärta och lidande. Detta beskrivs som de saker personen gör eller inte gör och kan knytas an närvaron av vävnadsskada. Ansiktsuttryck, kroppsliga uttryck, oförmåga att utföra aktiviteter är några exempel på smärtbeteenden och dessa kan observeras av andra (Loeser & Melzack 1999).

### 2.3.2 Kliniska smärtyper

Werner & Leden (2010) betonar att smärtupplevelsen kan framkallas av både bakomliggande patologiska och fysiologiska processer som också kan användas som indelning av kliniska smärtyper:

- *fysiologisk smärta* är en varningssignal och är en snabbt övergående smärta utan vävnadsskada. Individen kan på grund av denna varningssignal läsa av miljön och på så sätt lägga märke till vad som är potentiellt skadligt och då anpassa sitt handlingsätt och undvika skada.
- *fysiologisk inflammatorisk smärta* innebär smärta efter vävnadsskada. Denna benämns ibland också som fysiologisk nociceptiv smärta.
- *patologisk inflammatorisk smärta* är det som ibland också kallas den nociceptiva smärtan. En inflammation uppkommer när skadan skett vilket aktiverar olika system och leder till den patologiska aktiviteten. Denna smärta kommer antingen från somatisk struktur som exempelvis muskel, leder, hud och benämns då somatisk smärta. Denna smärta är ofta skarp och avgränsad. Smärtan kan också komma från visceral strukturer som hjärta, gallvägar, mag-tarmkanal och benämns då visceral smärta. Denna smärta är oftast mer diffus och molande.

- *neuropatisk* smärta tidigare kallad neurogen smärta är smärta som uppstår på grund av påverkan på det somatosensoriska systemet. Diabetisk polyneuropati samt multipel skleros är exempel som ger upphov till neuropatisk smärta.
- *somatoforma smärttillstånd* innebär att personens primära psykiska besvär yttras via kroppslig smärta.

Smärta är oftast tillfällig (Werner & Leden 2010) och den akuta smärtan avtar vanligtvis innan läkningen är slutförd, vilket är en process som sträcker sig från dagar till veckor (Loeser & Melzack 1999). Det är vid en mer omfattande vävnadsskada som den akuta smärtan förekommer. Den akuta smärtan kan ibland övergå i en långvarig smärta. Uppkomst av långvarig smärta kan dock ske utan tidigare känd vävnadsskada. Det som karaktäriserar det långvariga smärttillståndet är att den håller i sig mer än tre-sex månader efter vävnadsskadans förväntade läkningstid. Jämfört med den akuta vävnadsskadan framkommer inte de patologiska fynden lika tydligt vid långvarig smärta. Långvarig smärta är i Sverige synonymt med kronisk smärta men termen kronisk används ej i mötet med patienten med risk att patienten uppfattar tillståndet som obotbart (Werner & Leden 2010).

Loeser & Melzack (1999) betonar att det som skiljer akut från långvarig smärta är inte smärtans varaktighet utan snarare kroppens förmåga att återställa dess fysiologiska funktioner för att återfå kroppens homeostas.

Uppstår en skada har nervsystemet en speciell förmåga att anpassa sig efter denna och kan således ändra sin respons på stimulans. Central sensitisering, även kallat wind-up, kan då uppkomma vilket innebär att det efter nervskada förekommer förändringar i bakhornet av ryggraden. Förändringarna som uppstår resulterar i att det sensoriska tröskelvärdet för smärtsignaler sänks och är en viktig förklaring till varför obehandlad smärta kan leda till en långvarig smärta (Steeds 2016).

### 2.3.3 Smärtbedömning

Smärta kan bedömas med hjälp av skalor som exempelvis numerisk skattningsskala (NRS) men också visuell analog skala (VAS). Den visuella analoga skalan består av en linje som är antingen horisontell eller vertikal och med hjälp av en markör kan patienten beskriva smärtans intensitet. Smärtans intensitet mäts mellan 0-10 där 0 är ingen smärta alls och 10 är den värsta tänkbara smärtan (Werner & Leden 2010). Likaså den numeriska skattningsskalan går ut på att patienten själv skattar sin smärta utifrån olika numeriska skalor som utgår från ingen smärta till värsta tänkbara smärta (Griensven *et al.*, 2014).

Ett giltigt och pålitligt självskattningsinstrument är den bästa metoden att mäta smärta hos personer som själva kan uttrycka smärtan då smärta är en högst subjektiv upplevelse. För de personer som inte har möjligheten att själva uttrycka smärtan bör giltiga instrument för mätning av individens beteendemönster istället användas (Griensven *et al.*, 2014). Nedsatt eller avsaknad av förmåga att genomföra självskattningar har ett klart samband med graden av demenssjukdom (Werner & Leden 2010). Symtom och tecken på smärta kan vara relativt likartade oberoende var skadan finns och detta innebär vissa svårigheter, i klinisk praxis, att säkerställa var skadan förekommer (Steeds 2016). Vårdgivare behöver ha kunskap om hur smärta

upplevs och uttrycks av personer med en demenssjukdom samt hur vårdpersonal ska bemöta detta (Newton *et al.*, 2014).

Hur mycket demenssjukdomen inverkar på bearbetningen av smärta är avgörande av vilken typ av smärta det rör sig om samt vilken svårighetsgrad demenssjukdom är i. Hos de personer med demenssjukdom som har en begränsad verbal kommunikation, är risken större att smärtan går oupptäckt samt obehandlad. Det är därför helt avgörande att först bedöma vilken grad av kognitiv nedsättning eller vilket stadiet personen med demens befinner sig i för att sedan kunna anpassa vilket smärtbedömningsinstrument som bör användas (Scherder *et al.*, 2005).

Idag finns det många olika smärtbedömningsinstrument att använda vid smärtbedömning av personer med en demenssjukdom. Exempel på sådana är: Abbey Pain Scale, Doloplus, PAINAD och PAINe. Dessa ska vara anpassade för smärtbedömning hos äldre som har svårigheter att själv uttrycka sin smärta. Trots detta tyder evidens på att inget bedömningsinstrument är tillräckligt pålitligt för att kliniskt användas (Herr *et al.*, 2010).

## 2.4 Smärta hos äldre med demens

Oavsett kognitiv svikt eller inte innebär åldrandet i hög grad förekomst av smärtsamma tillstånd (Scherder *et al.*, 2005). Hos äldre personer är smärta vanligt och i takt med att individen åldras uppkommer vissa åldersförändringar som kan förklara smärttillstånden. Samtidiga sjukdomar som bland annat osteoporos, cancer, reumatiska sjukdomar, stroke, diabetes samt Parkinson har också samband med upplevelsen av smärta. Obehandlad eller otillräckligt behandlad smärta hos den äldre befolkningen innebär en belastning för hela kroppen och leder ofta till mer allvarliga konsekvenser med påverkan på livskvalitet och kroppsfunktioner. Minskad rörelseförmåga är exempelvis en konsekvens av smärta vilket kan öka risken för utveckling av exempelvis trycksår samt pneumoni (Werner & Leden 2010).

Det är viktigt att smärta behandlas tidigt och i förebyggande syfte. Underbehandling av smärta är mer vanligt än överdosering hos äldre patienter och några av förklaringarna är att äldre är tåliga och uppfattar smärta som en naturlig del av åldrandet (Werner & Leden 2010). Andra orsaker till underbehandling av smärta hos äldre som har påvisats är vårdpersonalens antaganden om att smärta är en naturlig del av åldrandet samt den åldrande patientens antagande om att vårdpersonalen har kunskap om när individen upplever smärta. Kognitiv svikt och i synnerhet demenssjukdom påverkar den äldres förmåga att redogöra för smärta (Newton *et al.*, 2014). Sjukdomen medför förändringar i det centrala nervsystemet vilket försämrar minne, omdöme och verbal kommunikation samt förändrar smärttoleransen hos personen med en demenssjukdom (Benedetti *et al.*, 1999). På grund av detta påverkas även vårdgivarens möjlighet att identifiera smärta (Newton *et al.*, 2014).

Komplexiteten kring dessa patienter i kombination med en ofta otillräcklig smärtbedömning leder till att smärtan sällan behandlas hos personer med demenssjukdom (Scherder *et al.*, 2005). Personer med demens uttrycker ej smärtan enligt de sätt vårdpersonal är vana vid. De smärtuttryck som personer med demens uppvisar ses ofta som besvärande, problematiska och utmanande beteenden. Exempel på sådana beteenden är kringvandring och agitation (Newton *et al.*, 2014).

Bedömning och behandling av smärta hos personer med demenssjukdom har i ett flertal studier visat sig vara mycket bristfällig, både inom öppen- och slutenvård. Det är av betydelse att ha kunskap om smärtans fysiologi vid vård av personer med demens (Newton *et al.*, 2014). Det mediala smärtsystemet påverkas i högre grad av de patologiska förändringar som sker vid Alzheimers sjukdom, medan det laterala systemet är mer intakt. På så vis påverkas de kognitiva upplevelserna av smärtan mer jämfört med sensoriska upplevelser (Scherder *et al.*, 2005).

Studier visar att smärtgränsen hos personer med demens inte skiljer sig jämfört med äldre personer utan demens. Det som däremot skilde sig var smärttoleransen mellan dessa personer (Scherder *et al.*, 2005). Där har det visat sig att smärttoleransen hos personer med demens är ökad. Jämfört med personen utan en demenssjukdom tolererade personen med demens obehag och smärta under en längre tid innan någon reaktion, för att undvika det smärtsamma stimuli, visades (Benedetti *et al.*, 1999). Dessa fynd påvisar att personen med demens kan notera smärtans existens men intensiteten och komponenter såsom känslor av ångest och stress, skiljer sig hos en person med demens jämfört med personer utan en demenssjukdom. Det typiska smärtbeteende som observerats hos personer med demens kan delvis förklaras med hjälp av dessa fynd (Scherder *et al.* 2005).

### **3 Problemformulering**

Sjuksköterskan har som del i sitt ansvarsområde att arbeta för att utsatta patientgrupper skall få sina behov gällande hälsa och socialt välbefinnande tillgodosedda (Svensk sjuksköterskeförening, 2012). Onödigt lidande på grund av oupptäckt och svårbedömd smärta är ett vanligt problem hos patienter med demenssjukdom. Obehandlad smärta är ett tillstånd som kan leda till både fysisk och psykisk stress med begränsningar i livet (Werner & Leden 2010).

### **4 Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom.

## 5 Metod

### 5.1 Design

Som design valdes litteraturstudie med systematisk ansats. Detta för att säkerställa och erhålla evidensbaserad kunskap. Vad som karakteriserar en litteraturstudie är systematisk sökning, kritisk granskning samt skildring av aktuell kunskap inom valt område (Forsberg & Wengström 2016).

### 5.2 Urval

Inför den systematiska datainsamlingen valdes inklusionskriterier för att besvara studiens syfte. I analysen inkluderades studier som innefattade sjuksköterskors perspektiv och erfarenheter av smärtbedömning samt smärtanalys av personer med demenssjukdom, där inga begränsningar vad gäller typ av demensdiagnos gjordes. Syftet var att undersöka smärtbedömning av äldre personer med demenssjukdom och därför valdes personer över 65 år som relevant för urvalet av de deltagande personerna med demenssjukdom. Syftet var att undersöka sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning generellt och därför inkluderades artiklar gjorda i olika typer av vårdkontext, men detta togs hänsyn till utifrån resultatet.

Andra inklusionskriterier som användes i studien var att artiklarna skulle vara engelskspråkiga, publicerade mellan 2007–2017, innehålla etiskt resonemang samt att artiklarna har utförts i Europa, Nordamerika, Australien eller Nya Zeeland. Alla artiklar som valts ut var peer-reviewed, detta stämde av i Ulrich's periodical directory. Willman *et al.* (2016) anger att artiklar som är peer-reviewed har granskats av vetenskapligt skolade forskare innan publicering.

Då studien fokuserar på att undersöka sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning har både artiklar av kvantitativ och kvalitativ metod inkluderats. Exklusionskriterie som valdes för litteratursökningen var studier med fokus på smärtbedömning vid specifika tillstånd som inte var demens, exempelvis palliativ vård.

### 5.3 Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes i två olika databaser, PubMed och CINAHL. För att genomföra sökningarna valdes sökord ut som ansågs relevanta för att kunna besvara studiens syfte. Sökord som valdes var följande: pain assessment, pain measurement, dementia, nurs\*, nursing, och cognitive dysfunction. När sökorden var utvalda gjordes sökningarna med olika kombinationer av orden i databasen CINAHL (tabell 1) och i databasen PubMed (tabell 2). Detta gjordes för att få fram sökresultat med god relevans för studien. För att få med så mycket som möjligt av relevant forskning och samtidigt söka inom ett begränsat område, användes de booleska sökoperatörerna AND och OR. Booleska sökoperatörer leder till att sökningen får ett mer inriktat resultat. Vid en av sökningarna gjordes sökning med trunkering. Trunkering innebär att ändelsen på sökordet kapas och ersätts med en \*, på så sätt söker databasen på alla möjliga ändelser för ordet nurs\* (Willman *et al.*, 2016).

Datansamlingen i de två databaserna gjordes gemensamt. Först lästes titlarna på artiklarna som framkom vid sökningen. De titlar som ansågs relevanta för denna studiens syfte valdes ut och abstracts till dessa lästes. Om abstracten överensstämde med denna studiens inklusionskriterier och ansågs relevanta för att besvara syftet av denna studie, lästes artiklarna gemensamt i fulltext. De artiklar som fortfarande ansågs av relevans för syftet av denna studie gick vidare till kvalitetsgranskning.

**Tabell 1. Sökresultat från CINAHL**

<b>Datum:</b>	<b>Sökord:</b>	<b>Antal:</b>	<b>Lästa abstracts:</b>	<b>Lästa artiklar:</b>	<b>Inkluderade artiklar:</b>
2017-11-01	Pain Assessment AND Dementia	182	35	11	9
2017-11-02	Pain Assessment AND Dementia AND Nurs*	113	8	1	1
	<b>Total:</b>	<b>295</b>	<b>43</b>	<b>12</b>	<b>10</b>

**Tabell 2. Sökresultat från PubMed**

<b>Datum:</b>	<b>Sökord:</b>	<b>Antal:</b>	<b>Lästa abstracts:</b>	<b>Lästa artiklar:</b>	<b>Inkluderade artiklar:</b>
2017-11-02	Pain Measurement AND Dementia	190	24	3	1
2017-11-02	Pain Measurement AND Dementia OR Cognitive Dysfunction AND Nursing	27	4	1	1
	<b>Total:</b>	<b>217</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

**Tabell 3. Totala sökresultatet från CINAHL och PubMed**

	<b>Antal:</b>	<b>Lästa abstracts:</b>	<b>Lästa artiklar:</b>	<b>Inkluderade artiklar:</b>
<b>Totala sökningen:</b>	<b>512</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>12</b>



#### 5.4 Tillvägagångssätt

Resultatet av artikelsökningarna resulterade i 512 artiklar i databaserna PubMed och CINAHL (tabell 3). Till att börja med lästes artikeltitlarna igenom och författarna gick utifrån det vidare med de titlar som ansågs vara av betydelse för att kunna besvara denna studiens syfte. Författarna läste 71 abstracts av dessa 512 titlar. Totalt 16 artiklar valdes ut, utifrån lästa abstracts, att läsas tillsammans i fulltext. Detta resulterade sedan i 12 artiklar som inkluderades i studien, sju av kvantitativ metod och fem av kvalitativ metod. Totalt fyra artiklar exkluderades då de inte ansågs kunna besvara denna studies syfte.

De utvalda artiklarna gick sedan vidare till att kvalitetsgranskas i fulltext. Granskningen utfördes genom särskilda granskningsmallar (LiU 2012, 2013) beroende på om artikeln var av kvalitativ eller kvantitativ karaktär. Författarna utförde kvalitetsgranskningen tillsammans genom en diskussion kring artikeln utifrån granskningsmallen samt utifrån de kriterier författarna prioriterade beroende på om artikeln var av kvalitativ eller kvantitativ metod (tabell 4). I studien inkluderades artiklar med hög och medelhög granskningskvalitet. Artiklar med låg kvalitet exkluderades. Av inkluderade artiklar resulterade sju i hög granskningskvalitet och fem i medelhög kvalitet. Av kvalitativa artiklar resulterade fyra i hög kvalitet och en artikel i medelhög kvalitet. Av kvantitativa artiklar resulterade tre i hög kvalitet och fyra i medelhög kvalitet.

**Tabell 4. Kriterier vid kvalitetsgranskning beroende på kvalitativ eller kvantitativ metod**

<b>Kvalitet</b>	<b>Kvalitativ metod</b>	<b>Kvantitativ metod</b>
Hög granskningskvalitet	Följande finns inkluderat och tydligt beskrivet i studien: <ul style="list-style-type: none"><li>– Syfte</li><li>– Urval</li><li>– Datainsamling</li><li>– Analys</li><li>– Resultat</li><li>– Etiska ställningstaganden</li></ul>	Följande finns inkluderat och tydligt beskrivet i studien: <ul style="list-style-type: none"><li>– Syfte</li><li>– Urval</li><li>– Mätmetoder</li><li>– Analys</li><li>– Resultat</li><li>– Etiska ställningstaganden</li></ul>
Medelhög granskningskvalitet	Svag presentation på ett av kriterierna för hög granskningskvalitet*	Svag presentation på ett av kriterierna för hög granskningskvalitet*
Låg granskningskvalitet	Saknar alternativt svag presentation på två eller fler av kriterierna för hög granskningskvalitet	Saknar alternativt svag presentation på två eller fler av kriterierna för hög granskningskvalitet

*\*Vid svagt etiskt ställningstagande resulterade artikeln i låg granskningskvalitet och exkluderades därför*

## 5.5 Analys

Efter att artiklarna kvalitetsgranskats och inkluderade artiklar valts ut gick författarna vidare med bearbetning av artiklar. Bearbetningen utfördes med en allmän innehållsanalys av dem kvalitativa artiklarna, vilket innebär att författarna systematiskt och steg för steg reducerade volymen av information för att på så sätt kunna identifiera mönster och teman. På detta sätt blir stora mängder data begripliga och författarna kan presentera det centrala i resultaten genom en djupare insikt inom området (Forsberg & Wengström 2016).

Analysprocessen genomfördes gemensamt av författarna genom ständig diskussion. Vid läsning av de kvalitativa artiklarna plockades särskilda meningar och stycken ut som ansågs relevanta för att besvara studiens syfte, det vill säga identifiering av meningsbärande enheter. Författarna sammanställde meningsenheterna vilka sedan översattes till svenska för att sedan kondenseras för att på så sätt kunna summera det centrala i innehållet. Relevanta nyckelord identifierades ur den kondenserade meningsenheten, dessa kallades koder. Koderna mynnade sedan ut i ett undertema för att sedan gruppera identifierade underteman i huvudteman (tabell 5). Huvudteman och underteman korregerades sedan till huvudrubriker och underrubriker där analyserade artiklar utgjorde grunden för resultatet. Gällande dem kvantitativa artiklarna gjordes ingen innehållsanalys, vid genomläsning identifierades istället signifikanta samband och resultat för att på så sätt stärka de kvalitativa resultaten.

**Tabell 5. Exempel ur innehållsanalysen**

Meningsenhet	Översättning	Kondenserad meningsenhet	Kod	Undertema	Huvudtema
<i>"All respondents recognised the importance of physiological indicators of pain when assessing residents with dementia." (Burns &amp; McIlpatrick 2015)</i>	"Alla respondenter lyfte fram vikten av fysiologiska indikatorer på smärta vid smärtbedömning av boenden med demens."	Vikten av att kunna identifiera de kroppsliga uttryck på smärta som personer med demens uppvisar.	Kroppsliga beteenden Uttryck Kunskap	Symtombild	Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse
<i>"Relatives can add history and can explain whether the person has suffered from pain in the past." (Karlsson et al., 2015)</i>	"Anhöriga kan uppge tidigare historia och kan förklara huruvida personen har lidit av smärta tidigare."	Anhörigas betydelse i vård av personer med demenssjukdom.	Anhöriga Kunskap Stöd	Kontaktnät	Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus

## 5.6 Etiska ställningstaganden

Vid utförande av en litteraturstudie med systematisk ansats bör etiska aspekter tas hänsyn till. Det är av hög vikt att enbart välja studier som fått godkänt av en etisk kommitté. I de fall när sådant saknas i en studie bör författarna för studien gjort grundliga etiska överväganden (Forsberg & Wengström 2016). I denna studie har enbart artiklar som fått godkänt från en etisk kommitté eller där etiska överväganden gjorts och beskrivits, inkluderats.

Utöver etiska ställningstaganden är det viktigt att inkludera artiklar med olika resultat och inte enbart de där resultatet stödjer forskarens personliga åsikt (Forsberg & Wengström 2016).

World Medical Association (2013) har utformat Helsingforsdeklarationen som är en samling av etiska principer gällande forskning som görs på människor. Deklarationen består av ett flertal olika principer som sammantaget handlar om att skydda integriteten och rättigheterna hos deltagare i forskningsstudier. Detta oavsett vilka medicinska framsteg som kan göras. Med beaktande av Helsingforsdeklarationen har författarna till denna litteraturstudie enbart inkluderat artiklar som redovisat hur deltagarna i studien har värnats om.

## 6 Resultat

Denna litteraturstudie baserades på 12 artiklar, varav sju med kvantitativ metod (bilaga 2) och fem med kvalitativ metod (bilaga 1). Resultatet grundar sig i studier gjorda på sammanlagt 891 patienter samt 250 deltagande vårdpersonal där majoriteten var utbildade sjuksköterskor. Artiklar som inkluderats var gjorda i Kanada, Sverige, Storbritannien, USA, Nederländerna, Australien samt Tyskland. Sex underteman resulterade efter analys som bildade två huvudteman: sjuksköterskans arbete med patienten i fokus samt sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse (tabell 6). Nedan kommer resultatet att presenteras uppdelat utifrån kvalitativa och kvantitativa data.

**Tabell 6. Huvudrubriker och underrubriker som resultat efter analys**

Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontaktnät</li><li>• Helhetsperspektiv</li><li>• Personcentrerad vård</li></ul>
Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse	<ul style="list-style-type: none"><li>• Symtombild</li><li>• Förutsättningar</li><li>• Hjälpmedel</li></ul>

### 6.1 Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus

Att involvera personer som finns i patientens närhet ansågs vara en viktig resurs i arbetet för att kunna identifiera smärta. Likaså betonades vikten av att få en samlad bild och se till hela patienten. Personcentrerad vård är ett genomgående förhållningssätt för denna patientgrupp och har också på ett positivt sätt visat sig påverka smärtbedömningen.

#### 6.1.1 Kontaktnät

##### *Kvalitativt resultat*

Närstående till patienten kan ses som en resurs då de har kunskap om patientens tidigare smärthistorik (Karlsson *et al.*, 2015). Sjuksköterskor i en studie berättade att de i många fall upplevde att de närstående var bättre på att se och konstatera när deras anhöriga med demenssjukdom upplevde smärta. Det är viktigt att kommunicera med samt låta de anhöriga assistera vid smärtbedömning hos denna patientgrupp för att klargöra om individen upplever smärta (Fry *et al.*, 2017; Monroe *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016). I studier lyfter sjuksköterskor betydelsen av samarbete samt vikten av kommunikation med undersköterskor vid smärtbedömning. Undersköterskorna arbetar ofta nära patienten vid omvårdnaden och kan på så vis upptäcka tecken på smärta. Detta gör att ett förtroendefullt samarbete är viktigt mellan dessa yrkesgrupper för att kunna upptäcka och bedöma smärta hos individer med demenssjukdom (Karlsson *et al.*, 2015; Monroe *et al.*, 2015).

##### *Kvantitativt resultat*

I en kvantitativ studie med 32 deltagande sjuksköterskor, ansåg majoriteten (87,5%) att det var viktigt att inkludera de närstående i smärtbedömningen av patienter med demens. De anhöriga kunde komma med information som var av betydelse för smärtbedömningen (Burns & McIlpatrick 2015).

### **6.1.2 Helhetsperspektiv**

#### *Kvalitativt resultat*

I studier betonas vikten av att inte enbart förlita sig på smärtbedömningsverktyg utan att se till hela patienten. Sjuksköterskorna berättade att de hade ett ansvar gällande att använda sin kunskap om smärtbedömning och sitt kliniska omdöme för att kunna identifiera och uppskatta smärtan hos individen (Fry *et al.*, 2017; Monroe *et al.*, 2015). Sjuksköterskorna betonade olika utmaningar vid smärtbedömning. En av utmaningarna var att som sjuksköterska ta ansvar för att de äldre med demens både blev bedömda men även ombedömda för sin pågående smärta (Fry *et al.*, 2017).

En studie lyfter att det finns många olika ledtrådar gällande smärta. I studien påtalas skillnaden vid smärtbedömning mellan personer utan demenssjukdom och för personer med en demenssjukdom. I arbetet med individer med en avancerad demenssjukdom handlade arbetet, för sjuksköterskorna, mycket om en komplex process i att samla in information från patienten, familjen, miljön, journal samt från vårdteamet i syfte att kunna bedöma smärta. Sjuksköterskorna i studien såg till hela individen och utnyttjade de medel som fanns att tillgå för att identifiera och bedöma smärta. Sjuksköterskorna använde sig av smärtbedömningsskalor men såg även till patientens verbala och beteendemässiga förändringar. För att få en samlad bild av individen såg sjuksköterskorna även till eventuella förändringar i patientens omgivning, exempelvis förändringar i vädret och ljudnivåer. De försökte även att åtskilja och ta reda på om individen led av fysiskt eller emotionellt obehag (Monroe *et al.*, 2015).

### **6.1.3 Personcentrerad vård**

#### *Kvalitativt resultat*

I en studie reflekterade sjuksköterskorna över deras roll i samband med smärtbedömning av en individ med demens. Vad som framkom var ett flertal ansvarsområden: behovet av konstant vaksamhet, att vårda hela familjen, viljan att prova sig fram samt prioritering av komfort och livskvalitet för personen med demenssjukdom. Sjuksköterskorna använde sig mycket av begreppet livskvalitet och att personen med demens bör vara i en trygg och bekväm miljö, detta för att underlätta bedömning och identifiering av smärta (Monroe *et al.*, 2015).

Sjuksköterskor i en studie lyfter att trots sjukdomens progredierande art, är det av stor vikt att involvera vårdtagaren. Genom att samarbeta med vårdtagaren och informera, gör man patienten involverad i sin vård. Detta kan även leda till en förbättrad smärtbedömning berättar sjuksköterskorna (Karlsson *et al.*, 2015). Att bedöma smärta genom fysiska undersökningar, där personen med demens har svårigheter att uttrycka sig, blir svåra att förlita sig på. Alternativa bedömningar blir då nödvändiga för att kunna göra en adekvat smärtbedömning. Att identifiera beteenden som frångår individens normala beteendemönster ansågs vara en viktig faktor vid smärtbedömning. För att kunna identifiera dessa beteenden samt klargöra om personen upplever smärta behöver sjuksköterskan involvera samt ta sig tid att lära känna individen, både det medicinska men också bortom diagnosen, samt observera eventuella förändringar. Detta har visat sig underlätta vid vårdarbetet och smärtbedömningen (Chang *et al.*, 2009; Monroe *et al.*, 2015).

## 6.2 Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse

Då sedvanliga metoder för att bedöma smärta alla gånger inte är möjliga att tillämpa på denna patientgrupp behöver sjuksköterskan använda sig av alternativa metoder. Att identifiera beteenden som tyder på smärta, anpassa bedömningen utifrån individ och situation samt i detta arbete använda sig av adekvata hjälpmedel ansågs viktigt. Sjuksköterskan bör också ha en förståelse och insikt i varför detta är av vikt i arbetet med denna patientgrupp.

### 6.2.1 Symtombild

#### *Kvalitativt resultat*

Metoder som vanligtvis används för att bedöma smärta hos en individ är i dem flesta fall inte möjliga att applicera på personer med en demenssjukdom. Istället får alternativa metoder användas för att kunna bedöma förekomsten av smärta och i huvudsak visades att de metoder som används av sjuksköterskorna är bedömning och observation av individens kroppsliga och beteendemässiga mönster och tecken (Karlsson *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016; Fry *et al.*, 2017; Chang *et al.*, 2009; Monroe *et al.*, 2015).

Exempelvis framkom vikten av sjuksköterskornas identifiering av fysiologiska indikatorer på smärta hos personer med en demenssjukdom (Karlsson *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016; Fry *et al.*, 2017). Detta gjordes bland annat genom undersökning och bedömning av individens rörelseförmåga och eventuella reaktioner i samband med rörelse för att på så sätt kunna identifiera om försämrad kroppsfunction kan vara en indikation på smärta (Karlsson *et al.*, 2015). Då personen med demens vårdades i en akut vårdkontext uppgav många av sjuksköterskorna att de fick förlita sig mer på fysiologiska förändringar, som exempelvis blodtryck, puls och andningsfrekvens, för att mäta smärta. Sjuksköterskorna betonade hur viktig observationen av andningsfrekvens är som smärtindikator (Fry *et al.*, 2016). I en annan artikel som också genomfördes i en akut vårdkontext betonade sjuksköterskorna att smärta ofta är svårare att bedöma i den akuta vårdkontexten på grund av en större variation av smärtecken och symtom hos personen med demens. Sjuksköterskorna menade på att de fysiska och beteendemässiga symtom som individen med demens uppvisade vara svåra att särskilja då dem kunde bero på andra orsaker än smärta, som exempelvis omgivningsförändringar (Fry *et al.*, 2017).

Förutom identifiering av fysiologiska reaktioner är också beteendemässiga förändringar och ledtrådar en central och viktig aspekt vid smärtbedömning av en person med demens. Detta för att kunna avgöra om ett beteende beror på smärta hos individen (Karlsson *et al.*, 2015; Monroe *et al.*, 2015; Chang *et al.*, 2009). Samtidigt understryker sjuksköterskorna att observation av beteenden är en utmaning då denna patientgrupp har en bred variation av symtom som kan förekomma även vid ett tillstånd utan smärta (Fry *et al.*, 2017).

### *Kvantitativt resultat*

I en observationsstudie som syftade till att undersöka hur demenssjukdomen inverkar på smärtuttryck visade det sig att demens tenderar att påverka olika smärtkomponenter på ett flertal olika sätt. Vad man dels kunde se var att frekvens och intensitet av ansiktsuttryck var signifikant ( $p=0.037$ ) ökad hos personer med en demenssjukdom jämfört med friska personer (Kunz *et al.*, 2009).

I en annan studie påvisades att de personer med en demenssjukdom som inte hade förmågan att själv uttrycka sin smärta uppvisade ett flertal förändringar i beteende signifikant mer ofta jämfört med personer utan en demenssjukdom. Dessa beteenden var: spända nävar ( $p=0.01$ ), rastlöshet ( $p<0.01$ ), inte kunna sitta stilla ( $p<0.01$ ), stelhet ( $p<0.01$ ), öppen mun ( $p<0.01$ ), impulsivt beteende ( $p<0.01$ ), vägran att röra på sig ( $p=0.03$ ), la sig i fosterställning ( $p=0.01$ ), inte vilja bli rörd ( $p<0.01$ ), tillät inte närhet av andra personer ( $p=0.01$ ), skakningar ( $p=0.01$ ), jämrande ( $p=0.02$ ), mumlande ( $p<0.01$ ), samt ropande ( $p=0.05$ ). Samtidigt identifierade man att de personer utan en demenssjukdom, som hade förmågan att själv kunna skatta sin smärta, också uppvisade vissa beteendeförändringar i form av att rygga tillbaka ( $p=0.04$ ), skydda ömt område ( $p=0.05$ ) samt röra vid ömt område ( $p=0.04$ ) (Kaasalainen *et al.*, 2013).

Alla 32 (100%) sjuksköterskor på ett vårdboende som deltog i en kvantitativ studie lyfte fram vikten av att överväga eventuella fysiologiska indikatorer på smärta vid smärtbedömning av boende med en demenssjukdom. Majoriteten av sjuksköterskorna på vårdboendet (>90%) påpekade även att observation av beteendemässiga förändringar är betydelsefullt vid bedömning av smärta (Burns & McIlfratrick 2015).

En tvärsnittsstudie med 150 deltagande individer med svår demens syftade till att undersöka om relationen mellan smärta och utmanade beteende överlappade varandra, detta gjordes med hjälp av olika bedömningsinstrument. I studien påvisades ett positivt samband mellan smärta och beteenden som benämns utmanande. Det framkom att hälften av deltagarna (50%) som upplevde smärta hade en förekomst av sådant beteende. De två vanligaste beteenden var fysiskt men inte aggressivt beteende (38%) samt fysiskt- aggressivt beteende (37%). Även verbalt- icke aggressivt beteende (30%) och verbalt-aggressivt beteende (27%) var förekommande (Kutschar *et al.*, 2017).

### **6.2.2 Förutsättningar**

#### *Kvalitativt resultat*

Vid smärtbedömning av personer med demens är rätt förutsättningar viktigt. I flera studier beskrev sjuksköterskorna hur de anpassade sin smärtbedömning utifrån hur de lyckades kommunicera med personen med demens samt beroende på var individen befinner sig i sin demenssjukdom (Fry *et al.*, 2016; Karlsson *et al.*, 2015). Sjuksköterskorna menade, i en studie, att utöver användning av ett adekvat smärtbedömningsverktyg är kunskap om smärtbedömning en viktig del för att kunna bedöma individens smärta (Fry *et al.*, 2017). I en intervjustudie framkom, via fokusgrupper, sjuksköterskornas upplevelser av brist gällande kunskap och

färdigheter om demenssjukdomen. Viljan att ha mer kunskap fanns för att kunna öka förutsättningarna för en bättre smärtbedömning (Chang *et al.*, 2009).

#### *Kvantitativt resultat*

I en tvärsnittsstudie sågs det en signifikant skillnad ( $p= 0.039$ ) mellan sjuksköterskor som hade fått utbildning i smärta vid demens jämfört med de som inte erhållits någon utbildning. De med utbildning hade lättare att bedöma och behandla smärta hos dessa individer. Andra hinder för smärtbedömning som identifierats av 29 deltagare i samma studie (90,6%) är att låg bemanning påverkar smärtbedömning negativt. Tidsbrist var en annan faktor som 26 sjuksköterskor (81,3%) identifierade som en barriär för effektiv smärtbedömning (Burns & McIlpatrick 2015).

Likaså har arbetssättet visat sig påverka smärtbedömning då en interventionsstudie undersökte om ett systematiskt arbetssätt leder till förbättrad hantering av smärta. I studien framkom det att systematisk smärtbedömning ledde till en statistisk positiv utveckling ( $p= 0.03$ ) gällande observation av smärtbeteenden (Fuchs-Lacelle *et al.*, 2008).

Det fanns en gemensam bild där 29 (90,6%) av sjuksköterskorna uttryckte att smärtidentifiering hos boende med demens var problematiskt. Personer med demens kunde inte verbalt uppge en tydlig bild av sin smärta enligt majoriteten (78,1%) av deltagarna i studien (Burns & McIlpatrick 2015).

I en tvärsnittsstudie som syftade till att bland annat studera hur smärtprevalens hörde ihop med olika demensdiagnoser och svårighetsgrader av demenssjukdom sågs signifikanta skillnader. Vad man kunde identifiera var ett starkt samband mellan grad av kognitiv nedsättning och förmågan att själv skatta sin smärta. Analyser påvisade signifikanta skillnader av självskattad smärtprevalens mellan individer med vaskulär demens och Alzheimers sjukdom ( $p= 0.025$ ) samt mellan vaskulär demens och individer med andra typer av demens ( $p= 0.026$ ), där personer med vaskulär demens i större utsträckning hade förmågan att själva uttrycka sin smärta (van Kooten *et al.*, 2017). Detta fynd konstaterades också i en annan studie där man fann en hög signifikant korrelation ( $p= < 0.001$ ) mellan förmågan att själv kunna skatta sin smärta och svårighetsgrad i sin demenssjukdom. Där sågs en minskad förmåga att själv kunna skatta sin smärta i samband med att demenssjukdomen progredierade (Kunz *et al.*, 2009). Ytterligare analyser påvisade att förekomsten av måttlig-svår smärta hade ett starkt signifikant samband ( $p= 0.031$ ) med svår grad av demenssjukdom (van Kooten *et al.*, 2017).

### **6.2.3 Hjälpmedel**

#### *Kvalitativt resultat*

Sjuksköterskor i en studie ansåg att anledningen till att smärta ofta går oupptäckt, oigenkänt och obehandlat beror på brist av ett systematiskt förhållningssätt och/eller smärtbedömningsverktyg. Samtidigt ansåg många av sjuksköterskorna i en studie att behovet av ett standardiserat smärtbedömningsinstrument som passar gentemot personer med en demenssjukdom är stort (Fry *et al.*, 2017).



Kommunikationssvårigheter med personen med demens nämndes i flertal kvalitativa studier som en barriär för utförandet av en korrekt smärtbedömning (Fry *et al.*, 2017; Karlsson *et al.* 2015; Monroe *et al.*, 2015). Med anledning av detta ansåg sjuksköterskorna att visuella och verbala smärtbedömningsinstrument var ineffektiva i användandet på personer med kognitiv nedsättning och räckte inte att enbart förlita sig på. Sjuksköterskorna använde sig istället av andra strategier för att identifiera smärta och intensitet. Det är viktigt att förstå innebörden gällande att observation av beteende är en nödvändig och betydelsefull mätning av smärta, där sjuksköterskan ser hela individen med en demenssjukdom (Karlsson *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016).

#### *Kvantitativt resultat*

Vårdpersonal intervjuades i en kvantitativ interventionsstudie där syftet var att undersöka genomförbarhet av regelbunden smärtbedömning via observation och efterföljande intervention. Vårdpersonalen uppgav svårigheter i att tyda smärtledtrådar i samband med bedömning med hjälp av ett bedömningsinstrument. Svårigheten grundade sig i att andra tillstånd som exempelvis ångest och panik kunde tolkas som symtom på smärta (Zwakhaleh *et al.*, 2012). Vid smärtbedömning med hjälp av ett bedömningsinstrument har detta problem setts även i andra kvantitativa studier (Kutschar *et al.*, 2017; Kaasalainen *et al.*, 2013) där beteenden som benämns utmanande är svåra att särskilja på beteenden som kan uppstå på grund av att personen upplever smärta.

## 7 Diskussion

### 7.1 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom. Resultatet mynnade ut i sex underteman med två tillhörande huvudteman: sjuksköterskans arbete med patienten i fokus samt sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse. I litteraturstudien framkom ett flertal olika ansvarsområden för sjuksköterskan. Ett centralt fynd var att sjuksköterskan, med patienten i fokus, samlade in information om individen genom de metoder som fanns att tillgå för att på så vis sedan kunna bedöma smärta hos personer med demens. Då smärtbedömning hos denna patientgrupp är mer komplex har sjuksköterskan ett ansvar i att genom sin kunskap och förståelse använda alternativa metoder för att kunna bedöma smärtan hos dessa individer.

#### 7.1.1 Sjuksköterskans arbete med patienten i fokus

I denna studies resultat framkom det att närstående har en viktig roll i smärtbedömningen vid demens. De närstående kan ha kunskap om individens tidigare smärthistorik och kan lättare se om personen med demens visar tecken på smärta, något som ses som en viktig resurs för sjuksköterskorna (Fry *et al.* 2017; Monroe *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016; Karlsson *et al.*, 2015; Burns & McIlfatrick 2015). I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska tas förutsättningar för god omvårdnad upp. För att kunna ge patienten en trygg omvårdnad är det viktigt att patientens närstående involveras i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Ytterligare forskning undersökte sjuksköterskors uppfattning av närståendes roll vid vården av personer med en demenssjukdom som upplever smärta. I studien var sjuksköterskorna överens om att närstående har en viktig roll vid smärtbedömning av personer med demenssjukdom. De närstående kan förstå och tolka beteendemässiga förändringar och kan även lättare kommunicera med personen med en demenssjukdom. Studien lyfter också en utmaning som i vissa fall kan uppkomma när de närstående är involverade i vården. Flera sjuksköterskor lyfte att förväntningar och missförstånd mellan sjuksköterskorna och de närstående ibland kunde utgöra en barriär i vårdandet och försvåra samarbetet parterna mellan (Fry *et al.*, 2015). Trots att det finns barriärer vid involvering av närstående anses, utifrån presenterad forskning i denna studie, att närstående är en viktig bidragande resurs vid smärtbedömning av personer med demens. Sjuksköterskan har ett ansvar att involvera de närstående och ha en tydlig kommunikation för att skapa bra förutsättningar för en god vård.

I resultatet av denna studie framkom även sjuksköterskans ansvar kring att använda sin kunskap om smärtbedömning men framförallt vikten av ett kliniskt omdöme hos sjuksköterskan för att kunna identifiera smärta hos en individ med demens. Det kliniska omdömet handlade exempelvis om att inte enbart förlita sig på smärtbedömningsverktyg i arbetet med personer med en demenssjukdom. Istället behövde sjuksköterskan se hela individen i den kontext denne befann sig samt använda de resurser som fanns tillgängliga för att på så sätt kunna samla in information och identifiera ledtrådar som kunde tyda på smärta hos personen med en

demenssjukdom (Fry *et al.*, 2017; Monroe *et al.*, 2015). Som sjuksköterska har man ett omvårdnadsansvar där fokus bör ligga på patientens grundläggande behov. Sjuksköterskan behöver kompetens för att kunna bedöma individen och för att på så sätt se kunna tillgodose patientens behov (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Vad vi som sjuksköterskor och vårdgivare bör ha kunskap om i vården av personer med en demenssjukdom är bland annat hur smärta uttrycks av dessa individer och hur vi som vårdpersonal ska bemöta detta. Kompetens, kunskap och attityd, hos sjuksköterskan, är viktiga komponenter i vården av personer med demenssjukdom och individer med en demenssjukdom är desto mer beroende av sjuksköterskans förmåga att bedöma behovet av vård hos personen (Newton *et al.*, 2014). I hälso- och sjukvårdslagen anges att sjukvården har ett ansvar att ge bästa möjliga vård till patienter och ska arbeta för att förebygga ohälsa och främja hälsan hos enskild individ (SFS 2017:30). Det finns samtidigt en vetskap om att vårdpersonal har en bristande kompetens just kring hantering av smärta hos personer med demens (Newton *et al.*, 2014). Denna problematik lyfts i ytterligare forskning där riktlinjer och bedömningsskalor ofta beskrevs som otillräckliga i att hjälpa sjuksköterskan i sitt beslutsfattande. Detta kan också vara en förklaring till varför riktlinjer inte alltid följs (Gilmore-Bykovskyi & Bowers 2013).

På grund av demenssjukdomen och dess progredierande karaktär vad gäller bland annat minnes- och kommunikationssvårigheter är denna patientgrupp mer utsatt. Därav är individer med demens i ett större behov av att kunna förlita sig på sjuksköterskans kliniska omdöme i att kunna identifiera smärta då ett samarbete med personen inte alltid går att etablera. Genom detta lyfts den komplexa situationen runt individer med demens fram samt också den utmaning och det ansvar sjuksköterskans står inför vid smärtbedömning vid demens.

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta personcentrerat (Leksell & Lepp 2013). Vid vård av personer med demens syftar det personcentrerade arbetssättet mycket till att stärka individens känsla av värde och inkludering (Newton *et al.*, 2014) I resultatet av denna studie framkom vikten att som sjuksköterska ta sig tiden att involvera samt lära känna individen för att lättare kunna observera eventuella förändringar. Genom att ha en öppen kommunikation med vårdtagaren och informera trots eventuella kommunikationssvårigheter, blir patienten mer delaktig, något som visade sig underlätta vårdarbetet vid smärtbedömning. Sjuksköterskorna lyfte även att det är av vikt att alltid se till livskvalitén och alltid försöka se till att personen med demens är i en trygg och lugn miljö. Även detta kan underlätta smärtbedömningen (Chang *et al.*, 2009; Monroe *et al.*, 2015).

Vikten av att arbeta personcentrerat stärks ytterligare av en studie med syfte att undersöka relationen mellan ett personcentrerat arbetssätt och livskvalité hos de boende med en demenssjukdom. I studien såg man ett positivt samband mellan personcentrering och en hög nivå av livskvalité hos de boende på de avdelningar där man arbetade mycket med personcentrering (Sjögren *et al.*, 2013).

### 7.1.2 Sjuksköterskans arbete utifrån kunskap och förståelse

Smärta är en subjektiv upplevelse (Griensven *et al.*, 2014) som enbart kan bli känd för andra genom att den kommuniceras och beskrivs av personen som upplever den (Werner & Leden 2010). Dock utesluter inte oförmågan att kommunicera, att individen upplever smärta (IASP Taxonomy 2017). Omvårdnadsteoretikern Travelbee menar på att sjuksköterskan genom kommunikation ska kunna identifiera individens behov (Travelbee 1971). Utifrån resultatet skulle slutsatsen kunna dras att det finns stora utmaningar för sjuksköterskor när det kommer till att bedöma smärta hos personer med demens, speciellt i de fallen där den verbala förmågan är begränsad.

Hur smärtan uttrycks och upplevs beror till stor del på vilket stadie i sin demenssjukdom individen är. Hos individer med en långt gången demenssjukdom kan den verbala förmågan bli begränsad och svårigheter i att verbalt uttrycka sin smärta uppstår (Scherder *et al.*, 2005). I resultatet av denna studie framkom ett samband mellan svårighetsgraden av demenssjukdom och förmågan att kunna skatta sin smärta (Kunz *et al.*, 2009; van Kooten *et al.*, 2017). Hos individer som på grund av sjukdomens progredierande art inte själva kan skatta sin smärta, finns en ökad risk att smärtan går oupptäckt och därmed även obehandlad (Scherder *et al.*, 2005). Det blir tydligt att denna patientgrupp är utsatt och mer beroende av sjuksköterskans arbetssätt och kunskap. Sjuksköterskor har, och som påvisas i resultatet av denna studie, bland annat lyft fram att det är viktigt att anpassa smärtbedömningen beroende på var i demenssjukdomen individen befinner sig (Fry *et al.*, 2016; Karlsson *et al.*, 2015). Det har även framkommit att tidsbrist samt underbemanning är faktorer som påverkar smärtbedömningen negativt (Burns & McIlpatrick 2015). Dessa faktorer är viktiga men denna problematik skulle kunna ses som något som ligger utanför sjuksköterskans ansvar samt förmåga att kunna påverka.

Med anledning av att demenssjukdomen leder till försämrat minne, omdöme och verbal kommunikation (Benedetti *et al.*, 1999) påverkas förmågan hos individen med demens att kunna uttrycka sin smärta och i och med detta också vårdgivarens och i synnerhet sjuksköterskans möjlighet att bedöma smärtan hos en person med demens (Newton *et al.*, 2014). Det framkom i resultatet av denna studie att sjuksköterskor använde sig av alternativa metoder för att kunna bedöma smärta hos en individ med demens. Bedömning och observation av personens kroppsliga och beteendemässiga mönster och tecken var metoder som frekvent användes av sjuksköterskorna (Karlsson *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016; Fry *et al.*, 2017; Monroe *et al.*, 2015; Burns & McIlpatrick 2015; Chang *et al.*, 2009). Detta sågs även i annan forskning där en alternativ metod som beskrevs viktig var att observera personens beteende för att kunna se eventuella förändringar och indikatorer på smärta. Exempel på mönster att observera är exempelvis förändringar i individens humör, aktivitet och interaktioner (Herr *et al.*, 2011). Vikten av att observera förändringar hos individer med demenssjukdom stöds även i ytterligare forskning. Studien menar på att observation av förändrat beteende är en av sex olika områden som bör observeras och dokumenteras för att kunna bedöma smärta hos personer med demens (Cunningham *et al.*, 2010).

Vad som däremot skiljde sig i resultatet var de bedömningar sjuksköterskorna valde att förlita sig på beroende på i vilken kontext personen med demens befann sig. I en akut vårdkontext uppgav sjuksköterskorna att de var tvungna att förlita sig mer på fysiologiska förändringar som indikation på smärta, som exempelvis andningsfrekvens (Fry *et al.*, 2016). Detta med anledning av den brist på tid sjuksköterskorna upplevde för att hinna lära känna patienten (Fry *et al.*, 2016; Fry *et al.*, 2017). Då personen med demens vårdades enligt särskilt stöd, exempelvis på ett vårdboende, bedömde sjuksköterskan mer ofta beteendeförändringar, som indikation på smärta, utifrån sin kännedom om personen (Karlsson *et al.*, 2015; Monroe *et al.*, 2015; Chang *et al.*, 2009). Att lära känna och skapa en relation till personen med en demenssjukdom, för att kunna ge personen en god omvårdnad, finns ett starkt stöd för (Svensk sjuksköterskeförening 2017; Socialstyrelsen 2017). Det finns samtidigt en vetskap om att brist på kännedom om patienten i tidigare studier har setts som en barriär som behöver överkommas för att kunna genomföra en adekvat smärtbedömning (McAuliffe *et al.*, 2009). Hur ska då denna barriär överkommas om personen med demens vårdas i en akut vårdkontext? Resultatet i denna studie lyfter, som tidigare nämnt, närståendes betydelsefulla roll som resurs vid smärtbedömning av personer med demens (Fry *et al.* 2017; Monroe *et al.*, 2015; Fry *et al.*, 2016; Karlsson *et al.*, 2015; Burns & McIlpatrick 2015). Då personen med demens vårdas i en akut vårdkontext anser författarna till denna studie att vikten av att anhöriga involveras vid smärtbedömningen blir än mer påtaglig.

Något som också framkom i denna studies resultat var en uppfattning hos sjuksköterskan om att fysiska och beteendemässiga symtom som identifierades hos personen med en demenssjukdom kunde uppstå av andra orsaker än smärta samt förekomma vid ett tillstånd utan smärta, vilket enligt sjuksköterskorna utgjorde en utmaning och försvårade smärtbedömning (Fry *et al.*, 2017; Kutschar *et al.*, 2017; Kaasalainen *et al.*, 2013; Zwakhalen *et al.*, 2012; Chang *et al.*, 2009). Man har i andra studier lyft fram att personer med en demenssjukdom inte uttrycker smärta enligt de sätt vårdpersonal är vana vid utan uttrycken som dessa individer uppvisar, som exempelvis agitation och kringvandring, ses ofta som besvärande, problematiska samt utmanande beteenden (Newton *et al.*, 2014). Annan forskning har också visat på att det finns en nära relation mellan smärta och beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demens. Det nämns bland annat att depression och agitation kan uppstå som konsekvens av smärta hos personer med en demenssjukdom om inte smärtan behandlas korrekt (Malara *et al.*, 2016). Detta är, i resultatet av denna studie, därför ett inte helt oväntat fynd och kan förklaras med de besvär som relateras till demenssjukdomen i sig och som hamnat under begreppet beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD. BPSD är inte en diagnos i sig utan ett samlingsbegrepp för de symtom personen med en demenssjukdom kan uppvisa på grund av svårigheter för individen i att tolka och förstå kommunikation, intryck eller situationer (Socialstyrelsen 2017; BPSD 2018). I resultatet av denna studie framkom att då personen med demens vårdades i en akut vårdkontext kunde dessa symtom exempelvis uppstå som en reaktion på ny eller stökig omgivning och gjorde det därför svårt för sjuksköterskan att bedöma smärta hos individen (Fry *et al.*, 2017). Detta stämmer väl överens med tidigare kunskap då BPSD kan vara en helt vanlig reaktion på omgivningsförändringar. BPSD kan därför orsaka svårigheter inte bara för individen själv och anhöriga utan också för vårdpersonal och i synnerhet vid bedömning av smärta hos individen (Socialstyrelsen 2017; BPSD 2018).

Så vad är sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom med tanke på personens symtombild? Den omvårdnad sjuksköterskan ger, till personer med en demenssjukdom, bör vara personlig och ha insikt i dem olika beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppstå vid demenssjukdom. Det arbete sjuksköterskan utför bör ske på ett sätt anpassat efter enskild individ och med utgångspunkt från vad som är bäst för personen med demens (Socialstyrelsen, 2017). Det är av stor vikt att sjuksköterskan inte ser dem beteendemässiga och psykiska symtom som kan uppstå vid demens som en naturlig del av sjukdomen utan istället försöker hitta orsaken bakom individens uppvisande beteende (BPSD 2018; Socialstyrelsen 2017). Att identifiera och behandla den riktiga orsaken till smärta hos personer med en demenssjukdom, visar tidigare forskning på, kan lösa ett problematiskt beteende som uppvisas och på så sätt förbättra livskvaliteten hos dessa individer. Studien antyder också på att en flerdimensionell bedömning av smärta krävs hos dessa individer där en kombination av observation och självskattning är av betydelse (Malara *et al.*, 2016). I bakgrunden av denna studie lyfts av författarna BPSD-registret som bland annat syftar till att säkra den kvalitet på vården individer med en demenssjukdom erhåller för att på så sätt förbättra livskvalitet för personer med en demenssjukdom. För att kunna uppnå detta krävs en tydlig struktur i omvårdnaden och här kan registret fungera som ett stöd (BPSD 2018). Trots att detta är ett nationellt kvalitetsregister som används i Sverige kan det med fördel användas internationellt i arbetet med personer med en demenssjukdom. Detta antyds med tanke på att det handlar om ett arbetssätt där sjuksköterskans ansvar ligger i att, genom skattning, analys, åtgärd och utvärdering, se orsaken bakom beteendet hos individen med demens för att på så sätt kunna ge rätt behandling.

I de artiklar som inkluderats i denna studies resultat har majoriteten av de deltagande sjuksköterskorna i studierna haft en allmänutbildning (Karlsson *et al.*, 2015; Fry *et al.* 2017; Fry *et al.*, 2016; Monroe *et al.*, 2015; Burns & McIlfatrick 2015; Zwakhalen *et al.*, 2012) men några av sjuksköterskorna hade i studier också en vidareutbildning inom psykiatri, (Fuchs-Lacelle *et al.*, 2008) demens, geriatrik, medicin eller palliativ vård (Chang *et al.*, 2009). Detta är något författarna till denna studie reagerat på då det i resultatet framkom att sjuksköterskor ansåg att kunskap om smärtbedömning är en viktig faktor för att kunna bedöma smärta hos en individ med demens (Fry *et al.*, 2017). Detta uppmärksammades med tanke på att det också i en studie med specialistutbildad personal framkom en brist vad gäller kunskap och färdigheter om demenssjukdomen samt en vilja att ha mer kunskap för att kunna bedöma smärtan hos individer med demens (Chang *et al.*, 2009). Vad som också framkom i denna studies resultat var att sjuksköterskor som fått utbildning i smärta vid demens hade lättare att bedöma och behandla smärtan hos personen med demens jämfört med de sjuksköterskor som inte hade fått denna utbildning (Burns & McIlfatrick 2015). Mer utbildning om sambandet mellan smärta och demens behöver ges till sjuksköterskor då brist på tillräckligt med utbildning ses som en barriär för att kunna bedöma smärta hos dessa individer. Detta resultat stämmer också överens med barriärer som, identifierats i tidigare studier, utgör ett hinder för en effektiv smärtbedömning (McAuliffe *et al.*, 2009). Att överkomma denna barriär vad gäller brist på kunskap anses som en nyckel för effektiv smärtbedömning. I enlighet med (Socialstyrelsen 2017) ses utökad kompetens hos vårdpersonalen inom detta område som en grundläggande komponent för att kunna erbjuda en god och personcentrerad vård till personer med en demenssjukdom.

Det har i tidigare studier bevisats att personer med en demenssjukdom, på grund av patologiska förändringar i det centrala nervsystemet, har en ökad smärttolerans (Benedetti *et al.*, 1999; Scherder *et al.*, 2005) samt också en förändrad smärtfysiologi. Den förändrade smärtfysiologin innebär att personen med en demenssjukdom har en nedsatt kognitiv upplevelse och därmed minskad förmåga att uppfatta känslor som stress, rädsla samt ångest. Däremot har personen med demens förmågan till sensoriska upplevelser av smärtan och känslor som lokalisering, intensitet samt karaktär på smärtan. Utifrån dessa fynd kan man delvis förklara det smärtbeteende som observerats hos personer med en demenssjukdom (Scherder *et al.*, 2005). I denna studiens resultat framkommer, som tidigare nämnt, olika typer av smärtbeteenden vilka troligtvis kan förklaras av en förändrad smärtfysiologi hos individer med demenssjukdom (Kunz *et al.*, 2009; Kaasalainen *et al.*, 2013). Genom detta anses, i enlighet med tidigare studier (Newton *et al.*, 2014), att kunskap och förståelse blir än mer viktigt vad gäller smärta vid demens och inte minst vad gäller kunskap om smärtans fysiologi vid vård av personer med en demenssjukdom. Tidigare fört resonemang, vad gäller behovet av utökad utbildning om denna patientgrupp, stärks genom detta.

Författarna till denna studie valde att inte fokusera på det resultat i inkluderade artiklar som specifikt handlade om användning och nyttan av ett bedömningsinstrument. Detta då tidigare studier visat evidens på att inget, av alla de instrument som finns att använda vid smärtbedömning av personer med en demenssjukdom, är tillräckligt pålitliga för att kliniskt användas (Herr *et al.*, 2010). En orsak till detta kan vara, och som framkom i denna studies resultat, svårigheten för sjuksköterskorna i att använda bedömningsinstrument då beteenden som identifierades kunde bero på andra orsaker än smärta och resulterade därför i en felaktig bedömning av personen med demens (Zwakhaleh *et al.*, 2012; Kutschar *et al.*, 2017; Kaasalainen *et al.*, 2013). Vad som däremot var intressant och som framkom i denna studies resultat var att bristen på ett systematiskt förhållningssätt och smärtbedömningsverktyg var en anledning till att smärta hos personen med demens förblev oupptäckt (Fry *et al.*, 2017). I linje med tidigare studier är icke-användning av bedömningsinstrument en barriär för effektiv smärtbedömning hos personer med demens (McAuliffe *et al.*, 2009) och i resultatet av denna studie framkommer sjuksköterskornas önskan och behov av ett standardiserat smärtbedömningsinstrument och/eller systematiskt arbetssätt att kunna använda gentemot denna patientgrupp (Fry *et al.*, 2017). Annan forskning påtalar dock att det finns en guide med rekommendationer, som personal kan förhålla sig till och använda som stöd vid smärtbedömning av personer som själva inte kan uttrycka sin smärta. Rekommendationerna vilar på olika steg som personalen ska utföra i följande ordning; a) be individen att försöka skatta sin smärta, b) identifiera orsaken till smärtan, c) observera eventuella beteendemässiga förändringar, d) identifiera beteenden som vårdpersonal och anhöriga anser är avvikande, e) behandla smärtan (Herr *et al.*, 2011). Trots dessa rekommendationer kvarstår fortfarande problematiken gällande brist på arbetssätt och verktyg. Anledningen till detta är att i denna studies resultat framkom det att behovet av ett standardiserat arbetssätt och bedömningsverktyg är stort (Zwakhaleh *et al.*, 2012; Kutschar *et al.*, 2017; Kaasalainen *et al.*, 2013; Fry *et al.*, 2017).

Det som däremot framkom var att det bedömningsinstrument som ska användas gentemot personen med demens för att bedöma smärtan behöver anpassas efter den kontext personen befinner sig i men också beroende på vart personen befinner sig i sin demenssjukdom (Fry *et al.*, 2017; Fry *et al.*, 2016; Kaasalainen *et al.*, 2013; Kutschar *et al.*, 2017; Karlsson *et al.*, 2015; Monroe *et al.*, 2015). Befinner sig personen i en akut vårdkontext bör instrumentet vara enkelt, gå snabbt att använda och där sjuksköterskan inte behöver känna personen med demens och dess normala beteenden i förväg (Fry *et al.*, 2017; Fry *et al.*, 2016). Om däremot individen med demens vårdas på exempelvis ett vårdboende finns en fördel i att instrumentet är utformat på ett sätt där sjuksköterskan, utifrån sin kännedom om personen, kan bedöma samt jämföra individens normala beteenden mot eventuella beteendeförändringar vad gäller exempelvis näringsintag, sömn, rörelseförmåga. Detta för att kunna bedöma om förändringar i beteende beror på smärta hos individen (Kaasalainen *et al.*, 2013; Kutschar *et al.*, 2017; Karlsson *et al.*, 2015; Monroe *et al.*, 2015). Behovet av ett användbart smärtbedömningsinstrument anpassat till personer med en demenssjukdom kvarstår och sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning handlar om att ta hjälp av de bedömningsinstrument som finns och att använda dessa på ett korrekt sätt. Men också att sjuksköterskan har kunskap om att sättet att arbeta på skiljer sig beroende på i vilken kontext personen med demens befinner sig samt sjuksköterskans förmåga och ansvar att förhålla sig till detta vid bedömning av smärta hos individer med en demenssjukdom.

## 7.2 Metoddiskussion

### 7.2.1 Bakgrund

I bakgrunden bör studiens relevans och varför den görs framkomma (Forsberg & Wengström 2016). Författarna har gått igenom litteratur och på detta sätt kunnat presentera tidigare forskningsresultat, centrala begrepp samt teorier. Bakgrunden i studien baseras därav på vetenskapliga artiklar men också på relevant facklitteratur. Fakta som är mer bestående över tid, som exempelvis kunskap om kroppens anatomi och fysiologi, menar Willman *et al.*, (2016) likväl kan refereras från facklitteratur som från vetenskapliga artiklar. Författarna till studien ansåg därför att den facklitteratur som användes i bakgrunden bidrog till att redogöra för ämnet på ett mer övergripande sätt. Författarna ansåg att delar av presenterad information i bakgrund stundtals redovisades på en för djupgående nivå för läsaren, exempelvis vad gäller smärtfysiologi. Denna djupgående nivå behölls efter diskussion mellan författarna. Dels för att det ansågs relevant att presentera på den nivån med utgångspunkt från ämnet som studeras och att de väsentliga fysiologiska skillnaderna hos personer med en demenssjukdom identifierats på detta plan. Men också för att författarna vill belysa den komplexa situation som råder kring denna patientgrupp.

### 7.2.2 Design

Denna litteraturstudie utfördes med systematisk ansats. Då författarna syftade till att undersöka sjuksköterskans ansvar var litteraturstudie en lämplig metod då det gav möjlighet att fördjupa sig inom ämnet för att kunna besvara studiens syfte. Hade syftet istället fokuserat på upplevelser hade en kvalitativ intervjustudie varit ett mer lämpligt alternativ. Litteraturstudien är gjord med systematisk ansats vilket ger läsaren möjlighet att på ett tydligt sätt följa studiens metod och tillvägagångssätt,



något som stärker studiens reliabilitet. Reliabiliteten för arbetet stärks ytterligare då författarna bearbetade insamlade data gemensamt utifrån vald metod. Under arbetets gång har författarna haft en öppen dialog för att säkerställa att båda varit eniga om tillvägagångssätt, bearbetning och förståelse av studierna.

Att göra en litteraturstudie innebär att relevant forskning för ämnet sammanställs och analyseras (Forsberg & Wengström 2016). Författarna till denna studie har gjort val gällande vad som bör inkluderas i studien genom analyser av studiernas innehåll. Detta gör att resultatet i denna studie delvis baseras på indirekta och oundvikliga tolkningar som gjorts av författarna. Detta kan medföra en svaghet vad gäller reliabiliteten av arbetet.

### 7.2.3 Urval

Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning valde författarna att inkludera artiklar av både kvalitativ och kvantitativ metod. Detta valdes inte bara med tanke på studiens syfte utan också för att författarna i samband med datainsamling upptäckte att det fanns ett för litet antal artiklar av bara den ena eller andra metoden, att kunna inkludera, för att besvara denna studies syfte. Författarna anser att studiens validitet stärks genom inkludering av båda metoder då det i artiklarna framkom liknande resultat oavsett metod. Författarna tyckte också att det kvantitativa resultatet, genom statistiska data, stärkte det kvalitativa resultat som framkom. Reliabilitet kan ha minskat något i studien då författarna på grund av liten erfarenhet av forskningsprocess hade vissa svårigheter att bedöma design i de kvantitativa artiklarna. Detta resulterade bland annat i att kvalitativa data i en inkluderad kvantitativ artikel användes av författarna, vilket enligt författarna också kan ha påverkat validiteten på ett negativt sätt.

Då syftet var att undersöka smärtbedömning av äldre valdes av författarna personer över 65 år som ålder på de deltagande personerna med en demenssjukdom. Detta med anledning av att ålder på de som insjuknar är enligt Bhogal *et al.*, (2013) över 65 år i 95% av fallen samt risken för insjuknande i demens ökar med stigande ålder. Kön på de deltagande personerna med en demenssjukdom ansågs av författarna inte relevant att ta hänsyn till utifrån studiens syfte då demenssjukdom är något både män och kvinnor kan insjukna i. Demenssjukdom är en diagnos som fastställs i enlighet med exempelvis ICD-10:s diagnoskoder (Socialstyrelsen 2017). Demenssjukdom valdes av författarna som ett inklusionskriterie. Då redogörelse för hur demensdiagnosen faststälts, hos de deltagande personerna, inte framkommit på ett tydligt sätt i alla studier anser författarna att studiens reliabilitet minskar något på grund av detta.

Då syftet med studien var att undersöka sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning på en generell nivå valde författarna att inkludera artiklar gjorda i olika typer av vårdssammanhang. Detta menar författarna, nu i efterhand, kan påverka studiens överförbarhet då det visade sig att sjuksköterskans förhållningssätt och ansvar skiljde sig beroende på det sammanhang individen med demens befann sig. Dessa skillnader togs hänsyn till och redovisades i resultatet varför inkludering av artiklar gjorda i olika sammanhang trots detta bidragit till en positiv aspekt i denna studie och ökar därmed studiens validitet. Författarna valde att inkludera två artiklar gjorda i en akut vårdkontext. Då inkludering av två artiklar inom samma kontext gjordes anser

författarna att dessa artiklar stärker varandra och därmed också studiens reliabilitet. Dock är de två artiklarna gjorda inom en akut vårdkontext skrivna av samma författare vilket eventuellt kan påverka reliabiliteten av det resultat som presenteras om den akuta vårdkontexten på ett negativt sätt. Att författarna valde att inkludera en artikel innehållande sjuksköterskor med en specialistutbildning påverkade denna studies validitet på ett positivt sätt då resultatet i den artikeln stämde bra överens med andra artiklar och på så sätt bidrog till ett nyanserat resultat enligt författarna.

I studien valdes världsdelen Europa, Nordamerika samt Oceanien för att göra avgränsningar vad gäller omfattningen av studien. Därmed inkluderades endast artiklar gjorda inom dessa områden. Detta har enligt författarna lett till att överförbarheten av denna studie minskade något då inte alla världsdelar inkluderades. Hade författarna gjort om studien hade inga geografiska avgränsningar gjorts för att på så sätt öka överförbarhet. Då engelska är det rådande språket i den akademiska världen valdes som inklusionskriterie artiklar skrivna på engelska. För att försäkra sig om att all data var granskad skulle alla inkluderade artiklar vara peer-reviewed, något som författarna stämde av i Ulrich's periodical directory. Genom att försäkra sig om att inkluderade artiklar är granskade ökar därmed reliabiliteten för detta arbete. Den mest aktuella forskningen är enligt Forsberg & Wengström (2016) tre till fem år gammal. Då det finns en begränsad mängd forskning gjord inom ämnet valde författarna som inklusionskriterie artiklar skrivna inom de senaste 10 åren. Detta ledde således till att författarna inte hade möjligheten att enbart presentera forskning från de senaste åren. Författarna valde ett exklusionskriterie då andra typer av tillstånd än demenssjukdom inte skulle kunna besvara studiens syfte.

#### **7.2.4 Datainsamling**

Datainsamlingen utfördes i två databaser, PubMed och CINAHL. Dessa två databaser valdes då de innehåller forskning inom vetenskaperna omvårdnad och medicin och därmed är relevant för denna studie. För att begränsa sökningarna kan ämnesord användas (Forsberg & Wengström 2016). Vid pilotsökningen gjordes sökningar med MeSH-termer och CINAHL-headings. Dock blev sökningarna med hjälp av dessa ämnesordlistor för snäva i databasen CINAHL, vilket ledde till att författarna valde att göra fritextsökningar i CINAHL och fick genom detta fler träffar. I PubMed kunde MeSH-termer användas i alla sökningar.

Innan sökningarna utfördes valdes sökord ut som ansågs relevanta för att besvara studiens syfte. Vid en av sökningarna användes en trunkering \* av ordet "nurs" anledningen till att trunkering användes var för att få en större bredd på begreppet. Ytterligare ett sökord som valdes var "cognitive dysfunction", vilket genomfördes i en sökning i PubMed i kombination med den booleska sökoperatören OR samt sökordet dementia. Anledningen till att detta sökord inkluderades i sökningarna var för att få bredare och fler träffar. Då författarna valt att enbart fokusera på demenssjukdom, var författarna mer kritiska gentemot denna sökningen då demens specifikt inte nämndes. Denna sökningen resulterade i en inkluderad artikel. Vad som framkommer i artikeln är att de deltagande individerna är äldre personer med en kognitiv nedsättning. Trots detta valde författarna att inkludera denna artikel då resultatet visade sig stämma väl överens med resultat från övriga artiklar i denna studie.

En svårighet som förekom under datainsamlingen var att författarna var tvungna att använda olika sökord i de olika databaserna för termen ”smärtbedömning”. Detta resulterade i att i fritextsökningarna i CINAHL användes sökorden pain assessment och i PubMed användes MeSH-termen ”pain measurement”. Svårigheter fanns även gällande val av sökord då ämnet och syftet som valdes för denna studie är väldigt specifikt. Detta gjorde att sökorden och antal kombinationer med sökorden blev begränsade i antal och att många artiklar inkluderades från en sökning. Utifrån detta anser författarna att validiteten i studien minskar något. Datainsamlingen har författarna gjort gemensamt och har tillsammans läst titlar och abstracts för att sedan välja ut studier som ansågs relevanta. Detta anser författarna stärker validiteten för studien då gemensamma beslut har tagits om att innehållet i artikeln är relevant för att kunna besvara syftet för denna studie.

Dubletter är något som författarna valt att inte presentera i tabeller för sökresultaten. Anledningen till detta är att vid sökningar i de två olika databaserna var förekomsten av dubletter så pass liten att författarna ansåg att det inte behövde redovisas.

### **7.2.5 Kvalitetsgranskning**

Artikelsökningarna resulterade i 512 artiklar och av dessa läste författarna 71 abstracts tillsammans som resulterade i 16 artiklar som valdes ut att läsas i fulltext. Totalt 12 artiklar valdes sedan av författarna ut för att besvara studiens syfte. Dessa genomgick sedan en kvalitetsgranskning i fulltext utifrån särskilda granskningsmallar (LiU 2012, 2013) som författarna valde utifrån artikelns metod och design. Vid granskning av en artikel med kvalitativ metod prioriterade författarna att syfte, urval, datainsamling, analys, resultat samt etiskt resonemang tydligt fanns beskrivet för att artikeln skulle få en hög kvalitet. Då en kvantitativ artikel granskades prioriterades i jämförelse med den kvalitativa istället att mätmetoder fanns tydligt beskrivet. En artikel erhöll en medelhög kvalitet då den enligt författarna saknade eller hade en svag redogörelse för en av de punkter författarna ansåg skulle finnas med för att få en hög kvalitet. Om dock det etiska resonemanget saknades i en artikel erhöll den låg kvalitet och exkluderades därför. Saknades eller fanns en svag redogörelse på två av de punkter författarna ansåg skulle finnas med för hög kvalitet erhöll artikeln en låg kvalitet. Artiklar av låg kvalitet ska enligt Forsberg & Wengström (2016) inte inkluderas i studien och med anledning av detta valde författarna att endast inkludera artiklar av hög och medelhög kvalitet. Då ingen artikel resulterade i låg granskningskvalitet behövde ingen artikel exkluderas av den anledningen. Med anledning av att endast artiklar av hög och medelhög kvalitet inkluderats anser författarna att detta stärker studiens reliabilitet. Likaså att alla artiklar genomgått en kvalitetsgranskning anser författarna stärker studiens reliabilitet, däremot har ovana hos författarna kring genomförande av kvalitetsgranskning setts som negativt i arbetet och därmed lett till att reliabiliteten sjunker något. Författarna hade med fördel kunnat gjort sökningar i fler databaser för att på så sätt finna ett större antal artiklar. Detta för att i resultatet på så sätt kunna inkludera artiklar endast av hög kvalitet vilket hade ökat resultatets reliabilitet. Då majoriteten av inkluderade artiklar i resultatet har en hög granskningskvalitet anser dock författarna att studiens resultat har en hög trovärdighet, dock hade denna kunnat styrkas ytterligare om fler av dem kvantitativa artiklarna haft en hög kvalitet anser författarna.

### **7.2.6 Innehållsanalys**

Bearbetning av de inkluderade artiklarna gjordes via en allmän innehållsanalys. En innehållsanalys gjordes för att få fram det centrala i studiernas resultat (Forsberg & Wengström 2016). Innehållsanalysen gjorde att författarna, genom att bryta ned fynden i varje artikel, fick fram meningsbärande enheter, koder, underteman och slutligen två olika huvudteman som sedan låg till grund för resultatet. Vid analys av de kvantitativa artiklarna var fokus på de signifikanta resultaten som presenterades. Genom innehållsanalysen stärktes validiteten av arbetet då författarna gemensamt läste, diskuterade och försökte på ett objektivt sätt lyfta fram det essentiella ur de inkluderade artiklarna för att kunna besvara denna studiens syfte. Dock fanns brister hos författarna gällande kunskap om genomförande av innehållsanalys och analysprocessen, något författarna ser som en svaghet i arbetets validitet och reliabilitet.

Efter utförd innehållsanalys framkom två huvudteman med tre respektive underteman. En svårighet författarna upplevde var att innehållet i de olika underteman stundtals gick in i varandra och lyfte samma problemområde. Dock valde författarna att fortsatt särskilja dessa under olika underteman då olika aspekter av problemområdet lyftes fram. Detta för att sedan kunna föra en mer nyanserad diskussion.

## 8 Konklusion

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskans ansvar vid smärtbedömning av äldre med en demenssjukdom. Risken med en oupptäckt och obehandlad smärta hos denna utsatta patientgrupp kan leda till en långvarig smärta med påföljande nedsatt livskvalitet. Slutsatsen av denna studie visar att detta är ett komplext problemområde där det inte finns något enkelt svar på frågan. Dock finns ett flertal ansvarsområden för sjuksköterskan som kan underlätta smärtbedömningen hos personer med en demenssjukdom. Sjuksköterskan har ett ansvar att, genom sitt omvårdnadskunnande samt sin kliniska blick, arbeta med patienten i fokus. Detta arbetssätt har visat sig vara: inkludering av närstående, samverkan i team samt göra patienten delaktig. Ansvaret ligger även i att sjuksköterskan i arbetet med dessa individer bör förse sig med adekvat kunskap gällande demenssjukdomen som sådan men även hur smärta uttrycks hos dessa individer och de utmaningar som kan uppstå vid bedömning. Det räcker inte enbart att sjuksköterskan besitter denna kunskap utan det krävs också en vilja hos sjuksköterskan i att använda kunskapen i kombination med de verktyg och arbetssätt som finns idag.

### 8.1 Kliniska implikationer

Då denna patientgrupp förekommer i de flesta vårdkontexter anser författarna att det studerade problemområdet är högst relevant för sjuksköterskor oavsett arbetsplats. Implementering av de resultat som framkommer i denna studie skulle kunna vara en hjälp vid smärtbedömning av denna patientgrupp men kan också skapa en förståelse för utsattheten för dessa individer samt behovet av att ämnet uppmärksammas och tas på största allvar av sjuksköterskor. Utifrån resultatet i denna studie anser också författarna att utökad utbildning vad gäller symtom vid demens, och i synnerhet smärta hos individer med en demenssjukdom, bör ges till sjuksköterskor. En utökad utbildning inom detta viktiga problemområde skulle exempelvis kunna ges inom ramen för grundutbildningen.

### 8.2 Förslag på vidare forskning

I denna studie har brist på kunskap om smärtbedömning vid demenssjukdom framkommit hos sjuksköterskor. Författarna anser med anledning av detta att framtida forskning bör fokusera på sjuksköterskors kunskapsnivå samt attityder kring smärtbedömning av personer med en demenssjukdom. Förslag på studie för att undersöka detta anser författarna skulle kunna vara en kvalitativ studie baserad på intervjuer med sjuksköterskor. Med anledning av brist på tillförlitliga bedömningsverktyg samt systematiska arbetssätt att använda gentemot denna patientgrupp föreslår författarna att vidare forskning också bör göras inom detta område.

## 9 Referenser

\*artiklar inkluderade i resultatet

Basun H., Skog M., Wahlund L-O. & Wijk H. (red.). (2013) *Boken om Demenssjukdomar*. 1.uppl. Stockholm: Liber.

Benedetti F., Vighetti S., Rocci C., Lagna E., Bergamasco B., Pinessi L. & Rainero I. (1999) Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 80 (1-2), 377-382

Bhogal P., Mahoney C., Graeme-Baker S., Roy A., Shah S., Fraioli F., Cowley P. & Jäger HR. (2013) The common dementias: a pictorial review. *European Radiology*. 23(12), 3405-3417 doi: 10.1007/s00330-013-3005-9

BPSD, Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (2018) <http://www.bpsd.se> [Hämtad 18-03-15]

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

\*Chang E., Daly J., Johnson A., Harrison K., Easterbrook S., Bidewell J., Stewart H., Noel M. & Hancock K. (2009) Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice*. 15(1), 41-47 doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01723.x

Craig DK. (1984) Psychology of pain. *Postgraduate Medical Journal*. 60, 835-840 doi: 10.1136/pgmj.60.710.835

Cunningham C., McClean W. & Kelly F. (2010) The assessment and management of pain in people with dementia in care homes. *Nursing Older People*. 22(7), 29-35

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

\*Fry M., Arendts G. & Chenoweth L. (2017) Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*. 26(9/10), 1281-1290 doi: 10.1111/jocn.13591

\*Fry M., Arendts G. & Chenoweth L. (2016) Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment: A qualitative study. *International Emergency Nursing*. 24, 54-60 doi: 10.1016/j.ienj.2015.06.003

Fry M., Arendts G., Chenoweth L. & MacGregor C. (2015) Emergency nurses perceptions of the role of family/carers in caring for cognitively impaired older persons in pain: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 52(2015), 1323-1331 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.013

\*Fuchs-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. & Lix L. (2008) Pain Assessment as Intervention: a study of older adults with severe dementia. *Clinical Journal of Pain*. 24(8), 697-707 doi: 10.1097/AJP.0b013e318172625a

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

Griensven van H., Strong J. & Unruh M. A. (2014). Pain - a textbook for health professionals. 2. uppl. Churchill Livingstone: Elsevier

Herr K., Bursch H., Miller L. & Swafford K. (2010) Use of Pain-Behavioral Assessment Tools in the Nursing Home: Expert Consensus Recommendations for Practice. *Journal of Gerontological Nursing*. 36(3), 18-29 doi: 10.3928/00989134-20100108-04.

Herr K., Coyne P. J., McCaffery M., Manworren R. & Merkel S. (2011). Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. 12(4), 230-250 doi: 10.1016/j.pmn.2011.10.002

Hoe J. & Thompson R. (2010) Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standards*. 25(4), 47-56

IASP Taxonomy. (2017) International Association for the Study of Pain, IASP. "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage" (pp 209-214) <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576> [Hämtad 2018-03-05]

\*Kaasalainen S., Akhtar-Danesh N., Hadjistavropoulos T., Zwakhalen S. & Verreault R. (2013) A Comparison Between Behavioral and Verbal Report Pain Assessment Tools for Use with Resident in Long Term Care. *Pain Management Nursing*. 14(4), 106-114 doi: 10.1016/j.pmn.2011.08.006

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

\*Kunz M., Mylius V., Scharmann S., Schepelman K. & Lautenbacher S. (2009) Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain*. 13(3), 317-325 doi: 10.1016/j.ejpain.2008.05.001

\*Kutschar P., Bauer Z., Gnass I. & Osterbrink J. (2017) Does item overlap render measured relationships between pain and challenging behavior trivial? Results from a multicentre cross sectional study in 13 German nursing homes. *Nursing Inquiry*. 24(3) doi: 10.1111/nin.12182

- Leksell, J. & Lepp, M. (red.) (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- LiU. (2013) Granskningsmall kvalitativa studier.  
[http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall\\_kvalitativ\\_forskningsmetodik.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/Mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf)  
 SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok. Modifierad av Bathsevani 2006 och 2008. Tillgänglig LISAM, Medicinska Fakulteten, Linköpings Universitet [Hämtad 2017-11-03].
- LiU. (2012) Granskningsmall kvasi-experimentella studier.  
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html> Modifierad av C Forsberg och Y Wengström, 2008. Ytterligare modifiering gjord av C Berterö, Linköpings universitet, September 2012. Tillgänglig LISAM, Medicinska Fakulteten, Linköpings Universitet [Hämtad 2017-11-03].
- LiU. (2012) Granskningsmall RCT-studier.  
<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html> Modifierad av C Forsberg och Y Wengström, 2008. Ytterligare modifiering gjord av C Berterö, Linköpings universitet, September 2012. Tillgänglig LISAM, Medicinska Fakulteten, Linköpings Universitet [Hämtad 2017-11-03].
- Loeser D. J. & Melzack R. (1999) Pain: an overview. *The Lancet*. 353(9164), 1607-1609 doi: 10.1016/S0140-6736(99)01311-2
- LoGiudice D. & Watson R. (2014) Dementia in older people: an update. *Internal Medicine Journal*. 44(11). doi:10.1111/imj.12572
- Malara A., De Biase GA., 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*. 50(4), 1217-1225 doi: 10.3233/JAD-150808
- Marcusson J., Blennow K., Skoog I. & Wallin A. (2011) *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. 3. uppl. Stockholm: Liber.
- McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M. & Fetherstonhaugh D. (2009) Pain assessment in older people with dementia: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 65(1), 2-10 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04861.x
- McCance T. & McCormack. (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479 doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Merskey, H. & Bogduk N. (1994). Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy. International Association for the Study of Pain Press. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy> [Hämtad 2017-10-31]
- \*Monroe B.T., Parish A. & Mion C.L. (2015) Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 29(5), 316-320 doi: 10.1016/j.apnu.2015.05.007



Nay R. & Fetherstonhaugh D. (2012) What is pain? A phenomenological approach to understanding. *International Journal Of Older People Nursing*. 7, 233-239 doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00329.x

Newton P., Reeves R., West E. & Schofield P. (2014) Patient-centred assessment and management of pain for older adults with dementia in care home and acute settings. *Clinical Gerontology*. 24; 139-144 doi: 10.1017/S0959259814000057

Scherder E., Oosterman J., Swaab D., Herr K., Ooms M., Ribbe M., Sergeant J., Pickering G. & Benedetti F. (2005) Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journal*. 330(7489), 461-464 doi: 10.1136/bmj.330.7489.461

Sengstaken EA. & King SA. (1993) The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 41(5), 541-544

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30) [Hämtad 2018-02-27]

Sjögren K., Lindkvist M., Sandman P-O., Zingmark K. & Edvardsson D. (2013) Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*. 69(10), 2196-2206 doi: 10.1111/jan.12085

Socialstyrelsen. (2017) ICD-10-SE: Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem - systematisk förteckning. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20574/2017-4-2.pdf> [Hämtad 2017-10-18]

Socialstyrelsen. (2017) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – Stöd för styrning och ledning. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20739/2017-12-2.pdf> [Hämtad 2018-03-09]

Steeds E. C. (2016) The anatomy and physiology of pain. *Surgery*. 34(2), 55-59 doi: 10.1016/j.mpsur.2015.11.005

Svensk sjuksköterskeförening. (2017) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf> [Hämtad 2017-10-27]

Svensk sjuksköterskeförening. (2012) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf) [Hämtad 2017-11-03]

Travelbee J. (1971). *Interpersonal Aspects Of Nursing*. 2. uppl. USA: F.A. Davis Company.

\*van Kooten J., Smalbrugge M., van der Wouden C.J., Stek L.M., Hertogh. & M.P.M C. (2017) Prevalence of Pain in Nursing Home Residents: The Role of Dementia Stage and Dementia Subtypes. *Journal of the American Medical Directos Association*. 18(6), 522-527 doi: 10.1016/j.jamda.2016.12.078

Werner M. & Leden I. (2010) *Smärta och smärtbehandling*. 2. uppl. Stockholm: Liber.

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

World Medical Assossication. (2013) WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects.  
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Hämtad 2017-11-03]

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

## Bilaga 1: Kvalitativa artiklar inkluderade i resultatet

Tabellen visar en översikt av kvalitativa artiklar inkluderade i resultatet samt granskningskvalitet

Författare, Publiceringsår, Publiceringsland	Titel	Metod/Design Deltagare Vårdkontext	Syfte	Resultatfynd	Kvalitet
Karlsson C-E., Ernstth Bravell M., Ek K. & Bergh I.  2015  Sverige	Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study	Kvalitativ intervjustudie  13 legitimerade sjuksköterskor, 10 undersköterskor  Hemsjukvård	Syftet var att utforska vårdgivare inom hemsjukvårdens upplevelse av smärtbedömning hos vårdtagare med demens.	4 tolkningar gjordes utifrån intervjuerna vilka var: tillitsfull relation, användning av bedömningsinstrument, personalkontinuitet samt tillräckligt med tid vid bedömning av smärta.	Hög
Fry M., Arendts G. & Chenoweth L.  2017  Australien	Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper  36 sjuksköterskor  Akutmottagning	Studien syftade dels till att undersöka sjuksköterskor på en akutavdelningens uppfattning av genomförbarhet av att bedöma, övervaka och behandla smärta med hjälp av ett smärtbedömningsinstrument (PAINAD) hos personer över 65 år med en kognitiv nedsättning. Samt nyttan av detta smärtbedömningsinstrument i jämförelse med andra bedömningsinstrument (Abbey Pain Scale, Doloplus-2 & PACSLAC)	Analys av intervjuerna mynnade ut i 4 teman: kognitiv nedsättning är en barriär för adekvat smärtbehandling, PAINAD ger struktur i smärtbedömning, PAINAD bidrar till bedömning av smärtintensitet samt val av ett lämpligt mätinstrument för observation av värk	Hög
Fry M., Chenoweth L. & Arendts G.	Assessment and management of acute pain in the older person with cognitive impairment: A	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper	Syftet var att få en förståelse för sjuksköterskor som jobbar på en akutmottagning och deras syn på smärtbedömning/hantering av äldre med kognitiv nedsättning.	Resultatet visar att det finns stora utmaningar för personalen inom akutsjukvård gällande smärtbedömning/hantering Svårigheterna ligger bland	Hög

2016	qualitative study	80 sjuksköterskor		annat i att det saknas ett standardiserat och fungerande smärtbedömningsverktyg. Sjuksköterskorna beskriver att de får göra bedömningen till största delen baserat på sin tidigare erfarenhet. Det tas även upp problem gällande smärtlindring och den förändrade fysiologin hos äldre patienten.	
Australien		Akutmottagning			
Chang E., Daly J., Johnson A., Harrison K., Easterbrook S., Bidewell J., Stewart H., Noel M. & Hancock K.	Challenges for professional care of advanced dementia	Kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper	Studien syftade till att undersöka utmaningar för vårdpersonal som arbetar med personer som har svår demens, på äldreboenden.	Resultatet visade på att det finns ett behov av utökad kunskap och riktlinjer och många var bekymrade över svårigheter gällande smärtbedömning på grund av oförmåga hos personer med svår demens att kommunicera sina symtom. Det finns även ett behov av kunskap kring bedömning och hantering av fysiska och beteendemässiga symtom och kommunikation med anhöriga. Man föreslår också i artikeln en mer palliativ inriktad behandling för denna patientgrupp.	Hög
2009		24 vårdgivare varav några med specialistutbildning			
Australien		Vårdboende			
Monroe B.T.,	Decision Factors	Kvalitativ	Syftet med studien var att undersöka	Olika subteman framkom	Medelhög

Parish A. & Mion C.L.	Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia	intervjustudie med fokusgrupper  29 legitimerade sjuksköterskor	sjuksköterskors, som arbetar på vårdhem, sätt att identifiera och utvärdera smärta hos boenden med demens.	genom transkribering av intervjuer vilka bland annat var: osäkerhet kring de boendes smärtupplevelse, anhörigas påverkan, smärtidentifierande faktorer samt sjuksköterskans roll.	
2015					
USA		Vårdboende			

## Bilaga 2: Kvantitativa artiklar inkluderade i resultatet

Tabellen visar en översikt av kvantitativa artiklar inkluderade i resultatet samt granskningskvalitet

Författare, Publiceringsår, Publiceringsland	Titel	Metod/Design Deltagare Vårdkontext	Syfte	Resultatfynd	Kvalitet
Burns M. & McIlfatrick S.  2015  Storbritannien	Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting	Kvantitativ tvärsnittsstudie  32 legitimerade sjuksköterskor  Vårdboende	Syftet med studien var att fastställa sjuksköterskors kunskap och attityder gällande smärtbedömning för personer med demens, på ett vårdboende.	Större delen av sjuksköterskorna ansåg sig ha god kunskap. Det fanns dock en osäkerhet kring smärtbedömningsinstrument. Även faktorer som stress, låg bemanning samt brist på medicinskt stöd bidrog till svårigheter kring smärtbedömning.	Hög
van Kooten J., Smalbrugge M., van der Wouden C.J., Stek L.M., Hertogh. & M.P.M C  2017  Nederländerna	Prevalence of Pain in Nursing Home Residents: The Role of Dementia Stage and Dementia Subtypes	Kvantitativ tvärsnittsstudie  199 patientdeltagare.  Vårdboende	Syftet med studien var att studera smärtprevalens, smärttyp och farmakologisk behandling på holländska vårdboenden. Detta ville de studera i relation till olika demensdiagnoser och svårighetsgrad.	Resultatet visade på att det inte fanns någon skillnad i smärta mellan de olika demensdiagnoserna. Men de som var mer svårt sjuka i sin demens upplevde mer ofta smärta. Förmågan av självskatta sin smärta skiljde sig lite mellan de olika demensdiagnoserna.	Hög
Kutschar P., Bauer Z., Gnass I. & Osterbrink J.  2017	Does item overlap render measured relationships between pain and challenging behavior trivial? Results from a multicentre cross-	Kvantitativ tvärsnittsstudie  150 patientdeltagare	Syftet var att undersöka om smärta och beteende som benämns utmanande vid demens har en sammankoppling och överlappar varandra vid mätningar som görs.	Resultatet visade på att de fanns en omfattande överlappning mellan smärta och utmanande beteenden. Det fanns en stark relation mellan smärta och dessa beteenden vilket gör att	Hög

Tyskland	sectional study in 13 German nursing homes	Vårdboende		mätning av dessa bör utvärderas nog. Annars kan mätningarna leda till fel slutsatser och inadekvat vård.	
2013	Kaasalainen S., Akhtar-Danesh N., Hadjistavropoulos T., Zwakhalen S. & Verreault R. A Comparison Between Behavioral and Verbal Report Pain Assessment Tools for Use with Resident in Long Term Care	Kvantitativ studie  338 deltagare med och utan demensdiagnos  Vårdboende	Den fanns två syften med studien: 1. Att utvärdera användningen av 4 smärtbedömningsinstrument inom äldre vård på dels vårdtagare som har möjligheten att själva uttrycka sin smärta samt de som ej har den möjligheten att göra det.  2. Att bedöma om smärtbeteenden, som visas av vårdtagarna, varierar som en förklaring av deras förmåga att muntligt kunna uttrycka sin smärta.	Det uppkom en skillnad mellan de smärtbedömningsverktyg som undersöktes. Det fanns även en skillnad gällande smärtbeteende hos de boende som kunde/inte kunde uttala sin smärta.	Medelhög
2008	Fuchs-Lacelle S., Hadjistavropoulos T. & Lix L. Pain Assessment as Intervention: a study of older adults with severe dementia	Kvantitativ interventionsstudie  Patientdeltagare 101, vårdpersonal 20  Vårdboende	Syftet med studien var att undersöka om systematisk smärtbedömning leder till en förbättrad smärthantering samt minskad stress bland vårdpersonal.	Regelbunden användning av smärtbedömningsinstrument ledde till förbättrad smärthantering samt minskad stress och utbrändhet bland vårdpersonal.	Medelhög
	Zwakhalen S., van't Hof C. & Hamers J. Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents	Kvantitativ interventionsstudie samt intervjuer med sjuksköterskor (kvalitativa data)	Syftet med studien var att undersöka genomförbarhet av regelbunden smärtbedömning med hjälp av ett observationsinstrument på boenden med demens. Samt uppmärksamma	Trots att personal ofta uppmärksammar smärta hos en boende ledde det sällan till någon form av behandling. Majoriteten av	Medelhög

2012	with dementia: exploring feasibility and applied interventions	22 patientdeltagare 6 vårdpersonal	vidtagna åtgärder efter fastställd smärta hos en boende.	de behandlingar som gavs var ofta av icke-farmakologisk karaktär.	
Nederländerna		Vårdboende			
2009	Influence of dementia on multiple components of pain	Kvantitativ observationsstudie  81 patientdeltagare, 35 med demenssjukdom samt 46 personer i samma ålder utan en demenssjukdom	Syftet var att undersöka hur demenssjukdomen påverkar smärthanteringen, detta gjordes genom bedömning av flera smärtkomponenter som tex subjektiv, motoriska reflexer, autonomiska svar osv. Detta gjordes med elektrisk stimulering.	Gällande upplevelsen av smärta, skiljde det sig inte mycket, dock hade de med demens svårare att själva skatta sin smärta. Även smärtuttrycken i ansikten hos de med demens var ökade jämfört med hos "kontrollgruppen". Författarnas konklusion var att demenssjukdomen påverkar individens smärtkomponenter på olika sätt.	Medelhög
Tyskland		Vårdavdelning			