



Humanvetenskapliga institutionen
Högskolan i Kalmar
391 82 Kalmar

Kurs: Omvårdnad- uppsats 15 hp

Den dementa patientens smärta – så kan ambulanssjuusköterskan bedöma och lindra den

Mattias Karlsson & Niclas Karlsson

Ej avsett för publikation
Justerat och godkänt
Datum

.....

Handledare: Anders Bremer

Examinator: Kristofer Franzén Årestedt



Humanvetenskapliga institutionen
Högskolan i Kalmar
391 82 Kalmar

Kurs: Omvårdnad- uppsats 15 hp

Den dementa patientens smärta - så kan ambulanssjuusköterskan bedöma och lindra den

Mattias Karlsson & Niclas Karlsson

SAMMANFATTNING

Inom prehospital omvårdnad ställs krav på att sjuksköterskan som är patientens första länk i vårdkedjan vet vad som ska göras i respektive situation samt känner till vilka hjälpmedel som kan användas i mötet med personer som har nedsatt förmåga till verbal kommunikation. Studiens syfte var att beskriva hur ambulanssjuusköterskan inom prehospital vård kan bedöma och lindra smärta hos personer med demens. Metoden var en systematisk litteraturstudie som gjordes i Cinahl, Medline, ELIN och Science direct samt genom manuell litteratursökning. Resultatet visade att smärtlindring av dementa är starkt eftersatt men som vårdare (ambulanssjuusköterska) ska man alltid utgå från att dementa känner samma smärta som icke dementa trots att smärtuttrycket kan se annorlunda ut hos dessa patienter. Till hjälp för att försöka skatta smärtan hos dementa patienter finns ett stort antal smärtskattningsverktyg med varierande användbarhet. Ambulanssjuusköterskan måste ta reda på så mycket som möjligt om patienten redan på hämtplatsen, via anhöriga eller personal, angående personens tidigare sjukdomar och smärtupplevelser. Slutsatsen är att det finns ett fåtal smärtskattningsverktyg som är anpassade för dementa patienter, och inom den prehospitala akutsjukvården behövs ett sådant som är anpassat för verksamheten.

Nyckelord: Dementa, smärtuttryck, smärtskattning, ambulanssjuusköterska.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Prehospital akutsjukvård	1
Demenssjukdomar	1
Smärta	2
Begreppsdefinitioner	2
Instrument för smärtskattning	2
Problemformulering	2
SYFTE	3
Frågeställningar	4
METOD	4
Inklusionskriterier	4
Exklusionskriterier	4
Datakällor	4
Databaser	4
Sökord	4
Sökförfarande	5
Kvalitetsgranskning	5
Dataanalys	5
Etiskt resonemang	5
Artiklar som inkluderas	5
RESULTAT	6
Tecken på smärta hos den dementa patienten	6
Självskattningsmetoder	7
Observationsskattning	8
Smärtskattning av dementa i praktiken	10
Omvårdnadsåtgärder	11
DISKUSSION	12
Resultatdiskussion	12
Metoddiskussion	19
Slutsats	21
Tankar inför framtida forskning på området	22
REFERENSER	23

Bilaga 1: Sökresultat vid sökning i valda databaser

Bilaga 2: Granskningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 3: Granskningsmall för kvalitativa studier

Bilaga 4: Artikelmatris

INTRODUKTION

Sjuksköterskor med specialisering mot ambulanssjukvård (prehospital akutsjukvård) ska bland annat kunna ta hand om äldre med kirurgiska, medicinska, psykiska tillstånd, infektionstillstånd samt trauma (SOSFS 1997:18). En av de vanligaste orsakerna till att människor söker hjälp hos hälso- och sjukvården är smärta (Hawthorn & Redmond, 1999). I Sverige beräknar man att det finns ca 140.000 personer med någon form av demenssjukdom (Edberg, 2003). Detta innebär att den dementa patienten med smärta är en relativt vanlig grupp av patienter som ambulanssjuksköterskan kan träffa på i sitt dagliga arbete. Därför anser vi att det behövs kunskap om dementa patienter med smärta hos ambulanssjuksköterskorna.

BAKGRUND

Prehospital akutsjukvård

Prehospital akutsjukvård är i dagligt tal samma som ambulanssjukvård, men en mer korrekt förklaring är den vård och behandling som ges utanför sjukhus eller liknande. Det kan vara direkt på platsen för insjuknandet, på en skadeplats samt under transport till sjukhus eller motsvarande mottagande vårdenheter. I Prehospital akutsjukvård inkluderar man allt som sker från det att patienten kontaktar SOS Alarm via 112 till dess att patienten överlämnas till en mottagande vårdenheter. Omvårdnaden som ges i den prehospitala akutsjukvården har sin utgångspunkt i vårdvetenskap, men i vissa situationer i det konkreta utövandet av prehospital akutsjukvård blir av nödvändighet inslaget av medicinsk kunskap starkt. Då ambulanssjuksköterskan står för det medicinska ansvaret i ambulanssteamet innebär det att han eller hon måste kunna integrera den medicinska kunskapen med den vårdvetenskapliga kunskapsbasen och omvårdnaden. Den prehospitala akutsjukvården utgör ett komplext kunskapsfält där ambulanssjuksköterskan måste kunna integrera kunskap från både det medicinska och det vårdvetenskapliga fältet med sin praktiska erfarenhet, vilket innebär att kunna bedöma aktuell situation och avgöra vilket vårdhandlande som bör prioriteras (Dahlberg et al., 2003).

Demenssjukdomar

Begreppet demens kan beskrivas som ett förvärvat syndrom bestående av förändringar av personligheten samt kognitiva och känslomässiga förändringar. Risken att drabbas av demenssjukdom är vanligast i hög ålder (Edberg, 2002). Den vanligaste demenssjukdomen är Alzheimers sjukdom (50 till 70 procent) följt av vaskulär demens (20 till 40 procent) och frontallobsdemens (9 procent) (Uddevalla kommun, 2002).

Demenssjukdomarna delas in i *primärdegenerativa*, *vaskulära* respektive *sekundära demenssjukdomar* beroende på vad som orsakat hjärnskadan. Orsaken till *primärdegenerativa demenssjukdomar* är en nedbrytande process som fortlöpande drabbar neuron och andra celler i det centrala nervsystemet (CNS). En tillbakabildning sker vid primärdegenerativ demens men symtomen kan variera beroende på vilken typ av demenssjukdom man drabbats av. Primärdegenerativa demenssjukdomar delas in i tre grupper beroende på var hjärnskadan är lokaliserad. I gruppen *temporal-parietal* dominans ingår Alzheimers sjukdom. Gruppen *fronto-temporal* dominans inkluderar frontallobsdegeneration av icke Alzheimers typ (FLD) och Picks sjukdom. I gruppen *subcortikal dominans* har man placerat Huntingtons sjukdom och andra typer (dominanser) av demens som t ex Parkinson's sjukdom.

Vid *vaskulära demenssjukdomar* finns en vaskulär orsak och den vanligaste är infarkter i hjärnan orsakade av tromboembolier. Symtomen vid vaskulär demens är mycket skiftande och beror helt på var i hjärnan infarkten inträffat. Tillståndet hos personer med denna typ av demens kan skifta kraftigt från en dag till en annan eller till och med under samma dag. *Sekundära demenssjukdomar* orsakas bland annat av nutritionsstörningar, metaboliska störningar, om en person varit utsatt för toxiska substanser, infektioner eller trauma (Edberg, 2002).

Oavsett vilken typ av demenssjukdom en person har så finns det ett huvudsymtom i form av minnesstörning. I denna minnestörning ingår nedsatt intellektuell förmåga, försämring av abstrakt tänkande, störd tidsuppfattning, svårigheter att känna igen föremål och personer. Vid skador i pannloberna kan omdömet och personligheten förändras (Uddevalla kommun, 2002).

Smärta

En av de vanligaste orsakerna till att människor söker hjälp hos hälso- och sjukvården är smärta. Smärtan är en subjektiv upplevelse det vill säga varje enskild person upplever den på sitt unika sätt och sjuksköterskan kan uppleva att smärttillstånd är svårhanterbara (Hawthorn & Redmond, 1999). Merskey & Bogduk (1994) definierar smärta som en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse på grund av verklig eller hotande vävnadsskada eller en upplevelse som beskrivs i sådana termer. Smärtan är alltid subjektiv och kan finnas trots avsaknad av vävnadsskada. I det dagliga livet används orden smärta, värk och ont för att förklara den subjektiva upplevelsen. Dock finns en viss skillnad mellan de olika orden, *smärta* är ”skarpare och mer intensivt”, *värk* kan man ha även vid vila och förklaras oftast som molande och *ont* är ett mer allmänt uttryck för smärta/värk men kan också användas för att uttrycka olust i andra sammanhang. Den som säger att han känner smärta gör också det, sedan kan orsaken till smärtan bero på fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer, och beroende på dessa faktorer kan smärtan både upplevas och uttryckas på olika sätt. Smärta kan klassificeras i fyra olika grupper, *nociceptiv* smärta, *neurogen* smärta, *idiopatisk* smärta samt *psykogen* smärta beroende på de patologiska uppkomstmekanismerna. *Nociceptiv* smärta kan ses som en varningssignal vid hotande eller manifest vävnadsskada. Smärtan sker i ett intakt nervsystem. *Neurogen* smärta sker i ett nervsystem med skada eller en dysfunktion och är mer ovanlig. Smärtan verkar vara meningslös och är mer negativ än positiv för kroppen. *Idiopatisk* smärta orsakas av en okänd orsak och oftast börjar det med en *nociceptiv* smärta. *Psykogen* smärta orsakas av psykisk sjukdom och saknar en somatisk orsak (Nisell & Lundeberg, 1999).

Smärta upplevs olika av alla personer, och varje individ upplever smärtan på sitt egna personliga sätt och kan tolerera samt hantera den på olika sätt (Hawthorn & Redmond, 1999). Enligt Ehnfors (1998) påverkas smärtupplevelsen av många olika faktorer, såsom ursprung, personlighet, ålder, ångest samt den miljö och situation som personen befinner sig i.

Begreppsdefinitioner

Smärtskattning/Smärtbedömning

För att uppnå en framgångsrik behandling av plågsamma symtom är det viktigt att en god smärtskattning/smärtbedömning genomförs. Man har länge vetat att patientens egen beskrivning av sin smärta är det ”gyllene måttet”. Dock kan denna endimensionella bedömning vara vilseledande och leda till missbruk utav smärtstillande läkemedel etc. En smärtbedömning behöver därför vara flerdimensionell för att även kunna få fram olika faktorer som kan påverka patientens upplevelse av och uttryck för smärta. Man kan tillämpa många olika strategier vid smärtbedömning av en patient, viktigast är dock att man har en väl fungerande dialog med

patienten. Det är viktigt att lyssna på patienten, ställa klara och entydiga frågor samt tro på vad patienten säger om sin smärtupplevelse. Denna dialog kan störas av bland annat oförmåga hos patienten att uttrycka sig till följd av nedsatt kognitiv funktion (Hawthorn & Redmond, 1999).

Smärtskattningsmetoder

Det finns idag ca 200 instrument för smärtskattning. Man kan skatta intensiteten av smärtan med hjälp av olika skattningsskalor. Det finns verbala skattningsskalor vilka är kategoriskala bestående av olika ord, såsom lindrig eller svår, som man antar beskriver smärtans intensitet. Ett problem med detta kan vara att patienter får klä sin smärtupplevelse med ord som egentligen inte beskriver dennes upplevelse av smärtan. En annan skattningsskala är visuell analog skala (VAS), en linje där ändarna är märkta med "ingen smärta" respektive "värsta tänkbara smärta", där vårdpersonalen ber patienten sätta ett märke vid den punkt som bäst motsvarar dennes smärta. Då sjuksköterskan smärtskattar patienter som har svårt att uttrycka sin smärta verbalt (t ex på grund av demens) kan man använda sig av observationskurvor vilket innebär att man observerar beteenden som uppkommer vid smärta såsom icke-verbala smärtuttryck (Hawthorn & Redmond, 1999).

Instrument för smärtskattning

Unogardt (2007) fann i sin studie att majoriteten av befintliga smärtbedömningsinstrument är alldeles för "trubbiga" och har bäst funktion då man utför en adekvat mätning av smärta hos de patienter som har god verbal förmåga, helt eller delvis med fragmenterade ord. Men däremot är oftast dessa instrument helt oanvändbara på de personer som har en svår nedsättning av sin kognitiva förmåga. Man kan inte mäta smärta men den går att "skatta" eller "bedöma". Smärtskattning ska utföras regelbundet och de instrument som är vanligast i samband med smärtskattning är självskattningsskalor såsom VAS (Visuell Analog Skala), Pain Thermometer och WILDA. Ett projekt för att ta fram ett instrument för att genom observationer kunna tolka tecken och signaler på smärta hos dementa har utförts av sjuksköterskor och undersköterskor vid Rosenhalls demensboende (Uddevalla kommun, 2002).

Problemformulering

De flesta patienter som ambulanssjuksköterskan möter kan själva beskriva och ge uttryck för sin sjukdomsbild och sin upplevelse, däribland smärta och ångest. Vid de tillfällen mötet gäller en patient med demenssjukdom har de flesta ambulanssjuksköterskor inte så stor kunskap och erfarenhet av att bedöma dementas smärta samtidigt som den dementa patienten kan sakna ett verbalt språk att kommunicera och uttrycka sin smärta med. Det är därför viktigt att ambulanssjuksköterskan känner till på vilka sätt en dement person kan uttrycka sin smärta så att smärtlindring kan ges. Vid omvårdnaden av dessa patienter är ambulanssjuksköterskan också beroende av kunskaper om den dementa patientens tidigare sjukdomar, tidigare smärtupplevelser samt aktuell sjukdomsbild. Ett enkelt, snabbt och pålitligt smärtskattningsinstrument skulle kunna underlätta ambulanssjuksköterskans smärtbedömning så att denne kan erbjuda korrekta omvårdnadsåtgärder som lindrar den dementa patientens smärta.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur ambulanssjuksköterskan inom prehospitalet akutsjukvård kan bedöma och lindra smärta hos personer med demens.

Frågeställningar

- Vilka smärtskattningsmetoder kan ambulanssjuksköterskan använda sig av vid skattning av dementa patienters smärta?
- Hur kan ambulanssjuksköterskan använda sig av smärtskattningsmetoder vid skattning av dementa patienters smärta i den prehospitla akutsjukvården?
- Vilka tecken visar den smärtpåverkade dementa patienten och med vilka omvårdnadsåtgärder kan ambulanssjuksköterskan lindra dessa?

METOD

Systematisk litteraturstudie valdes som metod för uppsatsen då det inom omvårdnaden blivit en allt vanligare metod för att systematiskt värdera, analysera och sammanställa resultat från tidigare gjorda studier (Forsberg & Wengström, 2003).

Inklusionskriterier

Artiklar som inkluderades skulle vara publicerade mellan 2001-2007 i vetenskapliga tidskrifter. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska, danska, norska eller engelska. För att inkluderas skulle artiklarna ha fått bedömningen M (Medel) eller H (Hög) vid kvalitetsgranskningen.

Exklusionskriterier

Artiklar som var "litteraturstudier" valdes bort. Artiklar som vid kvalitetsgranskningen fick betyget L (låg) exkluderas.

Datakällor

Artiklarna söktes enligt vald metod i databaserna CINAHL, Medline, ELIN och Science direct samt genom manuell sökning. Databasen ELIN på Högskolan i Kalmar söker i olika tidskriftsförlags databaser t ex Elsevier och Blackwell synergy. Både kvantitativa och kvalitativa vetenskapliga artiklar ingick i datainsamlingen. Förutom de elektroniska sökningarna i valda vetenskapliga databaser gjordes manuell sökning i referenslistorna på de granskade artiklarna samt i andra uppsatser inom problemområdet.

Databaser

Provsökningar gjordes i en mängd olika databaser för att relevanta sökord skulle kunna identifieras. Vid provsökning i databasen SWEMED användes de svenska sökorden demens och smärtskattning, samt de engelska sökorden pain assessment och dementia, men inga av dem gav några relevanta träffar. Valet blev därmed att inte söka referenser i databasen. Vid provsökningarna i de databaserna som sedan användes, nämligen Science direct, CINAHL, Medline och ELIN upptäcktes att begreppet cognitively impaired användes som en synonym till dementia. Båda dessa begrepp valdes därför som sökord vid den slutliga elektroniska sökningen.

Sökord

De engelska sökord som slutligen användes vid sökningarna i de vetenskapliga databaserna var: *ambulance, cognitively impaired, cognitively impaired care, dementia, dementia care, emergency care, nursing care, pain, pain assessment, pain management, prehospital care*. Sökresultat vid sökning med ovanstående sökord redovisas i bilaga 1. Sökorden kombinerades i fritextsökningar med hjälp av den booleska sökoperatörn AND för att avgränsa sökningarna.

Sökförfarande

Sammanlagt fick vi vid sökningen 3896 träffar och en första bedömningen gjordes genom kontroll av artiklarnas titlar. Om titeln verkade stämma överens med studiens syfte lästes abstraktet igenom och detta gjordes i 231 artiklar. De referenser som bedömdes motsvara litteraturstudiens syfte (n=21) laddades hem eller beställdes via Internet. Under litteratursökningen kontrollerades så att inte dubletter av artiklar eller vetenskapliga artiklar som refererar till samma studier användes. Dubletter som hittades vid litteratursökningen sorterades bort. Manuell sökning gjordes genom genomgång/kontroll i valda artiklars referenslistor efter nya möjliga referenser men inga nya (n=0) hittades vid denna sökning.

Kvalitetsgranskning

Totalt tjugo (21) artiklar kvalitetsgranskades vid en första granskning. Artiklarna skrevs ut och delades upp mellan författarna. En individuell genomläsning gjordes och en kvalitetsgranskning av valda artiklar utfördes med hjälp av två olika modifierade granskningsmallar (se bilaga 2 & 3) där grunderna till dem är hämtade ifrån Willman & Stoltz (2002) samt Forsberg & Wengström (2003). Kvalitetsbedömningen är en subjektiv bedömning gjord av respektive granskare. Ytterligare en granskning genomfördes på tre (3) av artiklarna som efter granskningen exkluderades. Det var sammanlagt arton (18) artiklar som gick vidare till dataanalysen.

Datanalys

Författarna läste genom artiklarna en gång var för sig och fokuserade då på resultatet i studierna. Resultaten analyserades utifrån de tre frågeställningarna "vilka smärtskattningsmetoder kan ambulanssjuksköterskan använda sig av vid skattning av dementa patienters smärta", "hur kan ambulanssjuksköterskan använda sig av smärtskattningsmetoder vid skattning av dementa patienters smärta i den prehospitla akutsjukvården" samt "vilka tecken visar den smärtpåverkade demente patienten och med vilka omvårdnadsåtgärder kan ambulanssjuksköterskan lindra dessa". Huvudfynden som hittades vid genomläsningen skrevs ned på respektive artikels granskningsmall. När alla artiklar lästs igenom satte sig författarna och försökte komma på lämpliga rubriker att dela in resultatet under. Slutligen valdes rubrikerna; tecken på smärta hos den dementa patienten, självskattning, observationsskattning, smärtskattning av dementa i praktiken samt omvårdnadsåtgärder.

Etiskt resonemang

För att en artikel skulle bli aktuell för studiens resultat skulle det i artikeln gå att se att ett etiskt resonemang förts eller ha ett godkännande av en etisk kommitté. De artiklar (n=18) som uppfyllde dessa kriterier fick på punkten "etiskt resonemang" betyget M (medel) eller H (hög). De artiklar (n=3) som fick L (låg) på punkten exkluderades. Enligt Forsberg och Wengström (2003) ska alla artiklar som ingår i en litteraturstudie redovisas och alla resultat ska presenteras oavsett om de stödjer forskarens hypotes/antagande eller inte. Vi presenterar alla resultat från samtliga artiklar i vår studie.

Artiklar som inkluderas

Arton (18) artiklar inkluderades i studiens resultat, och de redovisas i en artikelmatris (bilaga 4). Tretton (13) av de valda artiklarna hade en kvantitativ ansats, fyra (4) av artiklarna hade en kvalitativ ansats och en (1) artikel bedömdes enligt vår bedömning innehålla både kvalitativ och kvantitativ ansats.

RESULTAT

Smärtlindring i form av läkemedel redovisas inte i litteraturstudien då tyngdpunkten ligger på att beskriva övriga omvårdnadsåtgärder som ambulanssjuksköterskan kan behöva vidta i mötet med dementa patienter som har smärta. I artiklarna som ingår i resultatet beskrivs en mängd olika smärtskattningsmetoder/skalor som kan användas på dementa/kognitivt nedsatta personer. Vissa av dem används för självskattning och en del är skalor där en observatör bedömer personens upplevda smärta genom observationsskattning..

Begreppen som används i resultatet är vårdare (i enstaka fall förekommer titeln ambulanssjuksköterska), den dementa patienten, den demente, och anhörig. Vårdare används för att beskriva all typ av personal. Den demente eller patienten används för att beskriva den demenssjuka. Med anhöriga menar vi alla slags anhöriga såsom make/maka, barn etc.

Tecken på smärta hos den dementa patienten

Agitation och förvirring kan vara tecken på att den demente patienten inte får sina behov, såsom smärtlindring, tillgodosedda. I begreppet agitation kan man räkna in många saker, bland annat verbal eller psykisk aggression, oroligt vandrande samt försök till att skada sig själv och/eller andra (Buffum et al., 2001). Smärta hos dementa personer kan yttra sig på många olika varierande sätt och det är inte alltid som patienten uppvisar samma symtom eller beteende varje gång smärta upplevs. Allt från att skrika eller dra sig undan, till våldsamt beteende i form av att patienten vrider om armen på vårdaren, biter eller slår till den samma kan vara tecken på smärta. Det är dock inte alltid lätt att avgöra om beteendet beror på just smärta eller om det kan bero på oro, rädsla, kyla eller något annat, då dessa faktorer kan göra att man får samma symtom eller beteende (Miller et al., 2005).

Några av de vanligaste tecknen som tyder på att en patient upplever smärta är att personen drar ihop ansiktet, får ändrade ögonrörelser, uttalar smärta eller ljud som tyder på smärta samt rynkar sin panna. Andra uttryck som kan tyda på smärta är att patienten sitter eller ligger med öppen mun, är rastlös och orolig, får en röd färg i ansiktet, mumlar, gnisslar med tänderna eller grimaserar (Zwakhalen et al., 2007). I en studie där man lät dementa patienter med trycksår få hjälp av personal vid "smärtsamma" byten av förband under tiden som man filmade deras ansiktsuttryck och sedan låta vårdare bedöma smärtan utifrån filmerna, fann man att man kan förvänta sig en korrekt smärtskattning från vårdarna i ca 80 till 90 % av fallen genom att de bedömer patientens ansiktsuttryck. Om vårdaren har ansiktsbedömningen med sig i tankarna när en smärtsam åtgärd utförs, eller vet att patienten har en smärtsam sjukdom, ökar förutsättningarna ännu mer för att vårdaren ska upptäcka patientens uttryck för smärta (Manfredi et al., 2003). Husebo et al. (2007) skriver att den vanligaste indikationen på att patienten upplever smärta är dennes ansiktsuttryck. Sedan kommer eventuella läten som patienten gör när de känner smärta och sist kommer det man kallar för skyddande rörelser som patienten gör när någonting orsakar smärta. Till exempel att patienten drar undan armen eller benet när lyft av armen över huvudet, eller lyft av benet från golvet orsakar smärta. I studien fann man att det var lätt att förstå att patienten upplevde smärta genom de ljud som hördes men man fann också att det var mycket lättare för vårdarna att bedöma patientens smärta då de fick se videoupptagningen jämfört med när de stod intill patienten och utförde omvårdnaden. Montes et al. (2004) fann i sin studie att anhöriga och vårdare inte kollade på exakt samma saker när de skulle bedöma smärtan som den demente upplevde. De anhöriga tittar på sådana saker som att den demente gnider/masserar över stället med smärta (speciellt armar och ben), uppvisar tilltagande irritation eller agitation, jämrar sig eller gör ansiktsgrimaser såsom snörpning av läpparna och skelande ögon. Vårdarna däremot

fokuserar sin bedömning på patientens ansiktsuttryck och då främst ögonen där de anser sig kunna få fram mycket information (spänt eller avslappnat ansikte, öppna eller stängda ögon etc.) om smärtan och eventuellt smärtlindring som patienten känner.

Sammanfattningsvis är agitation, i form av verbal eller psykisk aggression, och förvirring tecken på att den demente upplever smärta. Den demente kan också vandra oroligt fram och tillbaka och verka rastlös, och verbala tecken kan vara skrik, jämrande, mumlande eller stönande. Ansiktsuttryck i form av grimaser, spänd mimik, tandgnissel, ihopknipna ögon samt ökad färg i ansiktet är andra tecken på smärta. För att försöka få bort sin smärta kan den dementa patienten gnugga över det onda stället eller skydda det samma.

Självskattning

För att få svar på frågan om dementa patienter kan genomföra en pålitlig skattning av sin smärta använde Buffum et al. (2001) under intervjuerna med patienterna ett 3-stegsformulär som de utvecklat själva. Formuläret kallar de för *PTS* (Pain Screening Tool Score) och det innehåller 3 steg som baseras på att vårdaren ber patienten säga en siffra mellan 0-3 som beskriver dennes smärta (0 motsvarar ingen smärta och 3 värsta tänkbara smärta). Om den demente patienten kan säga en siffra ges 1 poäng (ingen siffra ger 0 poäng) och om patienten även kan säga ett ord som de tycker beskriver smärtan får de ytterligare 1 poäng (inget ord ger 0 poäng). När man har väntat en minut, samtidigt som man pratat med dem för att distrahera dem, ber man patienten upprepa den siffra och det ord som tidigare sades. Varje korrekt svar här ger 0,5 poäng, alltså max 1 poäng. Sammanlagt ger undersökningen max 3 poäng och denna toppoäng innebär att patienten har en god och pålitlig förmåga att skatta och bedöma sin egen smärta. I sin studie fann författarna att ungefär en tredjedel av deltagarna kunde välja en siffra eller välja ett ord som beskrev deras smärta, men efter en minut kunde de inte upprepa den siffra eller det ord de uppgav tidigare (Buffum et al., 2001). Enligt Leong et al. (2006) påverkar svår demens patientens möjligheter till det sämre beträffande att kunna göra en korrekt självskattning av sin smärta.

Med *VRS* (Verbal Ratings Scale) mäts intensiteten i patientens upplevda smärta genom att patienten får se skalan och orden framför sig och blir ombedd att peka på det ord som han eller hon tycker är det bäst beskrivande ordet för den upplevda smärtan. Orden som patienten får välja på är: ingen, lindrig, måttlig eller svår. En sådan skala har den bästa förutsättningen att verkligen "utföras" på rätt sätt av dementa patienter eftersom de verkar föredra verbala skalor framför numeriska eller analoga. Dessutom tar skalan hänsyn till effekt av given smärtlindring, kön och etniska skillnader. Nackdelen med skalan är att den innehåller väldigt få ord som beskriver smärtan (Costardi et al., 2007).

Miller et al. (2005) skriver att *VDS* (Visuell Descriptor Scale) som smärtskattning hos deras deltagare inte fungerade bra. Endast en av 17 dementa patienter kunde skatta sin smärta med hjälp av den skalan. Anledningen till att de andra inte kunde använda skalan var bland annat att de inte såg den, eller att de kunde läsa orden som beskriver smärta men sedan inte lyckas koppla ihop dem med den smärtan som de upplevde just nu. Enligt Chibnall & Tait (2001) så är det självskattningsskalan *21-point Box Scale (BS-21)* som fungerar bäst för smärtskattning hos dementa personer. Skalan är horisontell och består av 21 stycken olika punkter. I skalans ändar finns numren 0 och 100, mellan dem finns 19 andra punkter, med fem siffrors intervall. Vid 0 står beskrivningen "ingen smärta" och vid 100 står det "värsta tänkbara smärta". Personen som ska skatta sin smärta väljer den "rutan" som bäst beskriver den smärta de känner just för tillfället. Horgas et al. (2007) fann i sin studie att den skala de valt att använda, nämligen *NOPPAIN*,

fungerar bäst på kognitivt intakta patienter så för att kunna bedöma smärtan på ett korrekt sätt hos dementa personer påpekar författarna att man bör använda sig av andra alternativa smärtskattningsinstrument.

Ware et al. (2006) fann i sin studie att personer med demens känner mer och rapporterar mer smärta än äldre personer utan demens. Studien inkluderade 68 personer med demens som fick göra en självskattning av sin smärta. En tänkbar förklaring till resultatet är att man i de andra studierna haft deltagare som inte haft möjligheten eller förmågan att kommunicera och på så vis påverkas smärtskattningen.

Taylor & Herr (2003) undersökte i sin studie hur bra fyra olika smärtskattningsmetoder fungerar på afrikansk-amerikanska personer med demens. De fann i resultatet att dementa patienter kunde klara av att använda alla fyra smärtskattningsmetoder. *FPS* (Faces Pain Scale) var den metod som majoriteten av deltagarna föredrog vid en smärtskattning. Oavsett vilken av de fyra skalorna som användes rapporterar dementa patienter mindre smärta än personer utan demenssjukdom. Orsaken till detta fenomen är författarna inte säkra på men även tidigare studier visar samma sak enligt dem.

Sammanfattningsvis är självskattningsinstrument en smärtskattningsmetod som forskarna inte är helt eniga om men de kan slå fast att dementa patienter verkar föredra verbala skalor framför numeriska eller analoga. De smärtskattningsinstrument som enligt referenserna skulle fungera bäst vid smärtskattning av dementa patienter är den så kallade *21-point Box Scale (BS-21)* samt *FPS (Faces Pain Scale)*. Numeriska smärtskattningsinstrument ger ett sämre resultat. Studier med metoden *PTS* (Pain Screening Tool Score) har visat att endast ca: 33 % av deltagarna kunde skatta sin smärta genom att välja en siffra och ett ännu mindre antal kunde upprepa siffran efter en minut.

Observationsskattning

Genom att vårdaren ber den dementa personen att utföra fem olika aktiviteter samtidigt som en bedömning görs av vilka tecken på smärta patienten uppvisar, kan en smärtskattning göras med *MOBID Pain Scale (Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia)*. Smärtebeteendet som vårdaren tittar efter vid bedömningen baseras på ljud av smärta (pain noises), ansiktsuttryck (facial expression) samt försvarsställning (defence). Vidare ska smärtintensiteten bedömas vid varje aktivitet på en skala från 1-10, där 1 är ingen smärta och 10 är värsta tänkbara smärta. Slutligen ska en sammanfattande bedömning av den dementas smärta göras på en skala från 1-10 (Husebo et al., 2007).

I USA används en smärtskattningsskala som kallas *NOPPAIN (Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument)*. Den används på personer som inte kan kommunicera fullt ut med sjukvårdspersonalen, till exempel på grund av demens. Rekommendationen är att vårdpersonal utför minst fem minuters "omvårdnadsaktiviteter" med patienter för att på så sätt kunna få reda på om smärta upplevs och i så fall i vilken situation etc. Ett exempel är att vända patienten i sängen, innan han eller hon sätter sig upp, för att sedan låta honom eller henne ställa sig upp. Det följer fler situationer/tillfällen där kontroller av patienten utförs, t ex vid matbordet, i badet etc. För att kunna skatta smärtan i ovanstående situationer bedömer observatören patientens beteende inom sex olika områden:

- *Pain Word*, till exempel att patienten säger "det gör ont" eller "sluta göra så".

- *Pain faces*, patienten kanske gör grimaser/miner då någon aktivitet utförs.
- *Bracing* kan innebära att patienten till exempel har "ökad tonus" i armar/ben eller "stödjer" sin arm eller sitt ben.
- *Pain noises* innefattar till exempel att personen "jämtrar sig", "flämtar", "gråter" eller "stönar" vid någon slags "smärtsam" situation.
- *Rubbing* innebär att personen "masserar/stryker" över det skadade området etc.
- *Restlessness* betyder att personen "ofta byter ställning", "gungar fram och tillbaka" och "inte kan sitta still".

I varje bedömningsområde ska vårdaren/bedömaren bedöma nivån, till exempel hur intensivt grimaserade personen och hur mycket jämtrade patienten sig. Lägsta poängen inom samtliga områden är 0 och högsta poängen är 5 (Cohen-Mansfield, 2006). Ovanstående skala är relativt lätt att använda enligt Horgas et al. (2007) som i sin studie lät sjuksköterskestudenter använda den för att bedöma smärtan hos non- kommunikativa patienter. Smärtskattningsskalan är dock något begränsad då den fungerar bäst på kognitivt intakta patienter, så för att kunna bedöma smärtan på ett korrekt sätt hos dementa personer bör man använda sig av andra alternativa smärtskattningssinstrument.

Zwakhalen et al. (2007) beskriver en smärtskattningsskala, *PACLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)* som baseras på observationer som vårdaren gör. Smärtskattningen görs genom att vårdaren under tiden som personen med demens utför dagliga aktiviteter i form av påklädning, bad, mobilisering etc., observerar och sedan fyller i skalan som består av fyra undergrupper. Sextio (60) olika tecken/symtom på smärta finns på skalan och vårdaren sätter en markering för de tecken som personen med demens visar. Sedan räknas dessa ihop och ger en totalsumma som används för en smärtbedömning.

PAINAD är en skala som baseras på kontroller av fem olika områden; andning, frambringande av "klagande" ljud, ansiktsuttryck, kroppsspråk samt möjligheten att trösta. Vårdpersonalen observerar och utvärderar den dementa personens beteende, andningsmönster, kroppsspråk med mera och sätter sedan poäng enligt en trepoängsskala från 0-2, där ett för delområdet normalt beteende ger 0 poäng och ju mer beteendet avviker från det normala desto högre poäng sätts. Slutsumman räknas ihop och den kan bli mellan 0-10 poäng, där 0 poäng innebar att ingen smärta kan observeras och 10 poäng tyder på en hög nivå av smärta som måste behandlas (Warden et al., 2003). Enligt Costardi et al. (2006) fungerar *PAINAD* bra på dementa med måttlig demens men inte hos de med svår. De anser att svagheten med skalan är att den enbart baseras på de bedömningar och observationer som vårdpersonalen gör och inte tar någon hänsyn till hur patienten själv upplever sin smärta.

Ett annat användbart smärtskattningsverktyg som baseras på observationer från vårdaren (baserat på 22 olika bedömningspunkter) är *PAINE (Pain Assessment in Noncommunicative Elderly Persons)*. Dessa punkter innefattar bland annat ansiktsgrimaser, rastlöshet och/eller upprepade rörelser samt upprepade beteende såsom mumlande, gråt och skrik. Annat man bedömer är stelhet i extremiteter samt ett vaktande eller apatiskt beteende hos patienten. De 15 första punkterna bedöms enligt en sjugradig skala där man noterar hur många gånger personen med demens visar dessa tecken. Siffran 1 motsvarar ingen gång och 7 motsvarar flera gånger/timma. De sista sju punkterna baseras på fysiska tecken som exempelvis fallskada, skakningar, svullna leder, svullen mage, eller förändringar i vitala värden såsom blodtryck, puls och temp. Här ska observatören ringa in ja eller nej vid varje punkt efter sin bedömning. *PAINE* visar en god reliabilitet

beträffande förmåga att kunna skatta smärtan hos den demente personen (Cohen-Mansfield, 2006).

De objektiva smärtskattningsmetodernas användbarhet på dementa varierar beroende på vilken metod som används. Vid smärtskattning av dementa bör sjuksköterskan inte enbart förlita sig på *NOPPAIN*-skalan då den enligt studien fungerar allra bäst på non kommunikativa patienter med en relativt intakt kognitiv förmåga. *PAINAD* fungerar bäst på patienter med måttlig demens, medan *PAIN* enligt författarna kan användas med gott resultat på alla patienter oavsett svårighetsgraden på deras demenssjukdom.

Smärtskattning av dementa i praktiken

När man ska göra en smärtskattning på en dement är det viktigt att förklara hur skalorna fungerar, ge dem tid för att ta till sig och förstå frågorna som ställs, samt ge dem möjlighet att formulera ett verbalt svar eller icke-verbal respons (Taylor & Herr, 2003). Det finns en skala som kallas DS (Discomfort Scale) som kan användas som stöd för att bedöma den dementes smärta utifrån beteende och uppträdande. I skalan tittar man bland annat på ansiktsuttryck, högljudd andning eller bråkighet vilket hos den non-verbala patienten eller "opålitliga" självskattaren kan tyda på upplevelse av smärta eller obehag (Buffum et al., 2001). Några av de vanligaste tecknen som vårdaren bör vara uppmärksam på vid smärtskattningen av patienten är ansiktsuttryck, t ex att patienten drar ihop ansiktet, rynkar panna eller gör andra grimaser. Ögonrörelserna kan ändras, till exempel nämner författarna att ögonen kan börja "rulla". Man kan ha hjälp av att studera patientens ansiktsfärg, de blir oftast röda i ansiktet vid smärta och genom att studera hur de har munnen får man ytterligare hjälp i sin bedömning av smärtan. De med smärta har oftast öppen mun. Genom att lyssna efter olika ljud ifrån patienten t ex mumlande eller gnisslande tänder kan sjuksköterskan "höra" om den demente upplever smärta (Zwakhale et al., 2007).

Mentes et al. (2004) tycker att man ska vara uppmärksam på ljud såsom jämringar. Ansiktsuttryck att vara uppmärksam på vid smärtbedömningen är snörpning av läpparna och skelande ögon. Vissa vårdare anser att de genom att hålla koll på patientens ögon kan få viktig information i sin bedömning av patientens smärta. Det man tittar efter då är främst om de har sina ögon öppna eller stängda samt om de ser spända eller avslappnade ut i ansiktet i övrigt. Även Manfredi et al. (2003) och Husebo et al. (2006) håller med om att man kan se tydliga tecken i ansiktet på patienten vid smärta och därmed kan ha mycket stor nytta av en bedömning av patientens ansiktsuttryck för att avgöra om han eller hon upplever smärta.

Andra bra sätt man kan dra nytta av för att kunna bedöma smärtan hos patienten är att se om de "markerar" var det smärta genom att massera över den ömma/onda punkten. Om patienten börjar bli mer och mer irriterad eller agiterad kan det vara tecken på smärta. Enligt Zwakhale et al. (2007) kan rastlöshet och allmän oro hos patienten vara tecken på smärta som man bör vara uppmärksam på som vårdare när man ska bedöma smärtan hos patienten.

Man ska inte rutinmässigt använda sig av en så kallad observationsskattning när man försöker bedöma den dementa patientens smärta, eftersom den största delen av dessa patienter är mycket kapabla till att klara av en självskattning av den smärta de upplever (Pautex et al., 2006). Det förekommer en viss skillnad mellan den smärtskattning som patienten själv gör och den som vårdaren gör. Troligtvis beror det på att patientens egen skattning lätt påverkas om patienten till exempel är på dåligt humör, är ledsen eller nedstämd och det kan leda till att patienten skattar sin

smärta som högre under de ”jobbiga” dagarna. En annan sak som kan påverka är den kulturella bakgrund man har (Leong et al., 2006).

Viktiga inslag i smärtskattningen av dementa är att sjuksköterskan först förklarar hur skalan fungerar. Det är viktigt att ge dem gott om tid samt förstå att deras svar/respons kan vara verbalt eller icke-verbalt. Som sjuksköterska är det viktigt att känna till de vanligaste tecknen som kan förekomma vid smärtskattning av en dement person. Patientens ansiktsuttryck bör man vara uppmärksam på, och då är det främst tecken på att patienten drar ihop ansiktet, rynkar på sin panna, snörper sina läppar, skelar, ”rullar” med ögonen eller gör olika grimaser. Ansiktsfärgen på patienten är ett annat bra sätt att observera dennes smärta, vid smärta blir han eller hon oftast rödare i ansiktsfärgen. Om man observerar patientens mun kan man få ännu fler indikationer på om patienter lider av smärta, de som känner av smärta har oftast öppen mun. Patienten kan mumla, jämra sig eller gnissla tänder vid smärta och det kan man upptäcka genom att lyssna efter olika ljud. Sjuksköterskan kan observera patientens ögon (samt området däromkring) och skaffa sig viktig information gällande hans eller hennes smärta, t ex om patienten har sina ögon öppna eller stängda samt om patienten ser avslappnad eller spänd ut i ansiktet. Om den demente masserar över, eller tar sig för, sitt onda ställe kan det tyda på smärta. Om patienten blir mer och mer agiterad, irriterad, rastlös eller allmänt orolig kan även detta vara uttryck för smärta. Flertalet av de dementa personerna är mycket väl kapabla till att klara av en smärtskattning utav den smärta de känner. Det är dock viktigt att tänka på att den smärtskattning som vi gör på patienten kan skilja sig markant ifrån patientens egen smärtskattning eftersom dåligt humör, ledsamhet eller nedstämdhet kan ha en stor inverkan på hur ”högt” man upplever och skattar sin smärta.

Omvårdnadsåtgärder

För att få reda på så mycket som möjligt om patienten och dennes uttryck för smärta kan man ha stor nytta av dennes anhöriga som oftast besitter en stor kunskap och medvetenhet, som de gärna delar med sig av till vårdaren (Mentes et al., 2004).

För att få bra förutsättningar till en väl fungerande och tillfredsställande kommunikation med den dementa personen är det viktigt att man låter honom/henne vara delaktiga i det som ska utföras (i den mån det går) samt bemöter honom/henne på ett korrekt sätt. Det är viktigt att man som vårdpersonal inte bara ser dem som demenssjuka patienter utan att man verkligen försöker se de ”unika personer” som finns bakom sjukdomen och försöker att bemöta dem på det sätt de uppskattar mest. Kroppskontakt är en viktig del av den icke-verbala kommunikationen om den ges med respekt för den dementes integritet och privata sfär, men det är en känsligare metod för att uttrycka sig än det verbala sättet (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Mentes et al. (2004) fann i sin studie att den smärtpåverkade demente patienten kan uppleva smärtilindring av att man pratar lugnt med dem och på så sätt distraherar dem så att de inte tänker så mycket på smärtan. Om man dessutom försöker att göra det så bekvämt som möjligt för patienten till exempel genom att hjälpa till att byta sitt- eller liggställning kan deras smärta minska.

Terapeutisk kommunikation är en icke farmakologisk metod som används ofta för att minska smärta hos personer med demens. Vidare kan vårdaren se till att den demente rör på sig eller byter läge för att eventuellt minska smärtan. Genom att ge dem en snacks eller något annat gott att tugga på kan man avleda deras uppmärksamhet från smärtan för en stund (Kovach et al., 2001).

Götell et al. (2002) visar i sin studie att sång och musik har en bra "lugnande" effekt på personer som har långt gånge demenssjukdom, och dennes aggressioner och våldsamheter minskade. Bland annat såg man att dementa personer kan ha väldigt svårt att förstå, eller rentav missförstår vad som ska hända eller vad som förväntas av dem samt inte riktigt fungerar tillfredställande i kommunikation med vårdaren. Genom att spela bakgrundsmusik (man tog först reda på vilken musik personen tycker om genom anhöriga etc.) för personen kunde man se en klar förbättring beträffande kommunikationen mellan patient och vårdare. Patienten kunde bättre förstå och ta till sig vad som skulle göras i den aktuella situationen. När man gick ett steg längre och lät vårdaren sjunga (även här sådant som testpersonen tyckte om att lyssna på) för patienten under tiden man utförde sysslorna märkte man att vårdaren och patienten interagerade ihop utan att de behövde säga så mycket till varandra, det som skulle utföras utfördes i harmoni emellan.

Sammanfattningsvis kan vårdpersonal försöka lindra eller minska den demente patientens smärta genom att först och främst se till att vara välinformerad om patientens tidigare sjukdomar och eventuella smärtuttryck. Informationen skaffas förslagsvis ifrån en anhörig eller ifrån personal som känner individen mycket väl. Det är viktigt att personalen inte ser patienten enbart som en dement patient utan verkligen försöker se den unika individen som finns i varje människa. Kroppskontakt, med hänsyn och respekt för individens integritet, är ett bra sätt att förmedla trygghet, lugn och närhet i den icke verbala kommunikationen. Genom att hjälpa den demente att röra på sig och byta sitt- eller liggläge kan den upplevda smärtan minskas. Smärtupplevelsen kan eventuellt avledas eller glömmas bort en stund om patienten får något gott att tugga på, eller om personalen pratar lugnt med honom eller henne och på så sätt distraherar. Genom att spela sång eller musik för patienten kan man uppnå en lugnande effekt på personer med långt gånge demens.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Det finns ett uttryck som lyder: *"smärta är precis det som personen som upplever smärtan säger, och den existerar precis när patienten säger att den gör det"* (Agarwal, 2002, fritt översatt av författarna). Enligt Edberg (2002) medför definitionen att personer som saknar verbalt språk för att förmedla sin smärta riskerar att bli uteslutna, till exempel dementa personer. Det är därför viktigt att man inte bara går efter det som sägs utan även gör sin bedömning av patientens smärta utifrån de tecken och symtom som han eller hon uppvisar.

Demens kännetecknas av förvirring och ångest, speciellt hos dem som har en snabbt framskridande demenssjukdom. Förvirringen kan förstärkas av patientens smärta och andra stressfaktorer. När man ska prata med den dementa personen bör man tänka på att ta god tid på sig och förklara vad som ska ske. Om det behövs så får man förklara på nytt igen, så ofta som patienten kräver. Viktigt att tänka på är att många av de dementa har en försämrad funktion i sitt minne. Den demente kan ha svårt att uttrycka sina känslor. Det är lätt hänt att ambulanssjuksköterskan missar smärtor eller skador om denne inte lyckas få reda på var patienten har smärtor. För ambulanssjuksköterskan kan detta innebära att man då den dementa patienten visar sin smärta som oro och obehag, utför åtgärder för att försöka lugna patienten. Det kan räcka med att ge patienten "kroppskontakt" genom att till exempel hålla patienten i handen. Förvirring är vanligt förekommande och för att möta den dementas förvirring kan det hjälpa om ambulanssjuksköterskan förklarar på nytt vad som hänt och vad som kommer att hända. Det är viktigt att man undviker att behandla den dementa personen som ett barn genom att

bete sig som om det är ett barn man pratar med, och prata med den dementa personen på ett nedvärderande sätt, patienten ska alltid visas respekt (Richardsen, 2002).

I artiklarna som redovisas i resultatet har forskarna beskrivit de olika symtom och uttryck som smärta kan ha hos dementa personer. Det är också viktigt att veta vad som kan orsaka smärta hos en dement person för att kunna "förebygga" smärtan. Saker som kan leda till smärtan är förstoppning och problem med urinvägarna, enformig sitt- eller liggställning samt "trånga" kläder och skor som kan ge trycksår och därmed smärta. Om patienten har förlorat vikt kan det vara tandprotesen som skaver i munnen och ger smärtsamma sår (Personal Social Services Research Unit (PSSRU), 2005). Alla de orsaker till smärta som räknas upp ovan kan inte ambulanssjuksköterskan förebygga under den tid som han eller hon ansvarar för omvårdnaden av patienten men det är viktigt att ändå känna till, och man bör försöka förebygga det som är möjligt även i ambulansen. För ambulanssjuksköterskan kan det innebära att han eller hon samlar information från personal på boendet eller från anhörig om den dementes eventuella tidigare smärttillstånd. Genom att låta patienten sitta på baren i en ställning som han eller hon tycker känns bra, eller som ambulanssjuksköterskan (i de fall där patienten inte kan medverka) bedömer vara bekväm så kan risken för en enformig ställning elimineras eller åtminstone minskas. Eventuellt kan det bli nödvändigt att hjälpa patienten med byte av sittställning efter ett tag om transporttiden är lång, naturligtvis med reservation för de begränsningar som råder i vårdarhytten på en ambulans (Richardsen, 2002).

Att musik som omvårdnadsåtgärd har en lugnande effekt och minskar de dementas våldsamma beteende upptäckte Götell et al., (2002) i sin studie som utfördes genom att personalen på boenden spelade bakgrundsmusik i form av vals, tango, svenska klassiska sånger och svenska barnsånger under tiden som den dementa utförde sin morgontoilett. Att de använde ett antal olika sorters musik och sånger kan man utifrån just denna forskning tolka som att musikvalet inte har så stor betydelse, men att det fungerar bättre med sådana "gamla" visor, eller sådan slags musik som denna åldersgrupp lyssnade på som yngre eller senare i livet och därmed är bekanta med. Vi kan dock inte säkert säga att vår tolkning av vikten av musikval stämmer även på andra patientkategorier då vi endast tittat på fenomenet hos dementa patienter. Zavotsky (2004) har också studerat musikens lugnande effekt på oroliga och smärtpåverkade patienter, fast deras studie inkluderade patienter som sökte på en amerikansk akutmottagning. Studien gjordes på de patienter som klassades som mindre brådsnande och därmed fick sitta eller ligga i ett väntrum långa stunder. De kom fram till att musik lindrade patientens upplevda oro och smärta, trots långa väntetider, och att behovet av narkotiska smärtlindrande läkemedel minskade.

Under demenssjukdomens progress försämras den dementes förmåga att verbalt förmedla sina tankar, känslor eller behov och de kanske inte förstår vad det är de känner (PSSRU, 2005). Något som ytterligare motiverar varför sjuksköterskan ska bemöta och kommunicera med dementa personer på rätt sätt är att de kan ha svårt att förstå ambulanssjuksköterskans frågor eller behöva längre tid för att formulera ett svar. Detta ämne tar författarna upp i flera av de artiklar som inkluderats i vår litteraturstudie, bland annat av Taylor & Herr (2003). Det är viktigt att man ställer korta frågor, till exempel ja- och nej-frågor påpekar Agarwal (2002). Genom att samtala med den demente kan ambulanssjuksköterskan försöka avleda deras uppmärksamhet från det ställe som orsakar smärtan (Mentes et al., 2004; Taylor & Herr, 2003). När ambulanssjuksköterskan kommer till den dementas hem eller till vårdboendet är det troligt att den demente undrar vilka personerna i ambulanssteamet är och vad de gör där. Att avleda deras smärta genom att samtala med dem kanske inte alltid är så lätt, men naturligtvis ska

ambulanssjuksköterskan prata med dem så mycket som möjligt. Precis som med alla de andra patienter ambulanssjuksköterskan möter i den prehospitla akutsjukvården är det viktigt att beskriva vad som ska göras och vart man ska åka så att patienten inte blir mer orolig eller ledsen. Ambulanssjuksköterskan får också vara beredd på att samma frågor kan ställas gång efter gång, vid upprepade tillfällen och det är viktigt att inte låta bli att svara på deras frågor bara för att de frågar om samma sak om och om igen.

Dahlberg et al. (2003) skriver om att man trots den prehospitla akutsjukvårdens komplexitet kan ha fokus på patientens så kallade livsvärld. Det innebär att ambulanssjuksköterskan med utgångspunkt i patientens aktuella situation avgör vilken vård som ska ges och huruvida den ena eller andra kunskapen, det vårdvetenskapliga eller det medicinska perspektivet, ska dominera den aktuella situationen. Då det gäller att lindra patientens smärta visar vårt resultat att man genom många olika omvårdnadsåtgärder kan lindra smärtan eller åtminstone få patienten att tillfälligt sluta tänka på sin smärta. Naturligtvis krävs det också medicinsk smärtlindring i vissa fall.

Det är i den vårdande relationen som ambulanssjuksköterskan kan möta den förvirrade (i vårt fall dementa) patienten i dennes lidande. Att ge omvårdnad till äldre och förvirrade patienter kräver ett engagemang ifrån vårdaren. Eftersom dementa patienter kan ha svårt att veta på vilket sätt de ska tala om och signalera sina behov är det viktigt att ambulanssjuksköterskan är uppmärksam på de tecken eller symtom som kan tyda på att patienten lider av smärta. Därför är det viktigt att vårdpersonalen har förmågan att uppfatta dessa signaler, trots att de kan vara svaga. Om patienten verkar ligga illa på baren kan ambulanssjuksköterskan erbjuda en lägesändring, om patienten verkar orolig kan man kanske spela lite musik på radion för att se om det fungerar som distraktionsmedel. Genom att bemöta patienten med respekt och prata med honom eller henne om dennes situation och smärta kan man få dem att känna sig delaktiga och sedda, det kan ge dem ett välbefinnande och lugn och ro under transporten till sjukhuset där de kommer att träffa på nya människor som, önskvärt, också arbetar mot målet att utgå ifrån och möta patienten i dennes livsvärld.

Vidare tycker Dahlberg et al., (2003) att det är viktigt att ambulanssjuksköterskan försöker stimulera den smärtpåverkade patientens sinnesfunktioner med hjälp av musik, litteratur eller besök etc. Det är ytterst sällan man kan erbjuda patienten något att läsa i ambulansen men det kanske är något man ska se till att ha i ambulanserna för att kunna erbjuda den smärtpåverkade patienten något annat att sysselsätta sig med. Besök blir aldrig aktuellt i ambulanserna men vi kan ju erbjuda patienten sällskap i form av anhörig eller personal ifrån boende etc. i de fall det är möjligt. Att spela musik i vårdarhytten när vi har en patient med är inte något som vi gör, om vi inte kör en ungdom etc. som frågar om vi inte kan sätta igång radion. Men eftersom forskning visar att musik kan ha en lugnande effekt på dementa kanske man ska överväga att testa detta då man vårdar en dement person i ambulansen som verkar orolig och inget annat man har testat hjälper.

Det förekommer en ökad utveckling av antalet smärtskattningsverktyg som är inriktade mot personer med demens. Man delar in smärtskattningsverktygen i tre stora grupper och dessa är självskattning, direkta observationer samt skattning som görs av annan (till exempel vårdpersonal). Smärta är en obehaglig upplevelse som påverkas av vårt individuella minne, erfarenheter och känslor. Den mest korrekta bedömningen av en persons smärta får man om man frågar personen själv, men ett av de största bekymren vid smärtskattning hos dementa är att de har försämrat minne och försämrad eller hämmad kommunikationsförmåga. Tyvärr är de flesta smärtskattningsinstrumenten framtagna för "normalt" åldrande personer och de kräver oftast

bibehållen verbal och kognitiv förmåga. Det är därför väldigt viktigt att man tar fram och testar väl fungerande smärtskattningsinstrument även för den kognitivt nedsatta populationen, exempel på ett sådant är PAINAD-skalan (Costardi et al., 2006).

Chibnall & Tait (2001) skriver att smärta är ett allvarligt och underbehandlat hälsoproblem hos äldre personer, både på vårdinstitutioner och i det övriga samhället. Det är sedan tidigare känt att smärtan kan leda till försämrade funktioner, ökad agitation, känslomässig stress samt innebär en möjlig ökning beträffande dödlighet. I sin studie kom de också fram till att äldre patienter på ett korrekt och pålitligt sätt kan beskriva sina smärtupplevelser, även fast deras minne, orientering och andra kognitiva förmågor är försämrade. De påpekar dock att det vid smärtskattning hos personer med svår demens, kan behövas andra smärtskattningsinstrument som har bättre funktion på de patientgrupperna.

Det finns en ständigt ökande mängd smärtskattningsinstrument som är framtagna för att kunna möta behovet vid smärtskattning hos dementa personer. Instrumenten varierar mellan att vara självskattningsskalor (t ex VRS) till att vara observerande skattningsskalor såsom NOPPAIN (Cohen-Mansfield, 2006).

Enligt Isaksson & Ljungquist (1997) kan ambulanssjuksköterskan genom ett lugnt och förtroendeingivande bemötande minska patientens stressreaktioner. Därmed dämpas hans eller hennes oro och ångest vilket i sin tur leder till att smärtupplevelsen och de autonoma, icke viljestyrda kroppsreaktionerna minskar.

En skattning/utvärdering av smärtan hos patienterna bör alltid göras av ambulanssjuksköterskan oavsett vilken patientkategori det handlar om, men den är mer komplicerad att utföra på personer med demens. Visar det sig att patienten av någon anledning inte kan göra smärtskattningen själv, ska ambulanssjuksköterskan använda sig av så kallade observationsskalor (beteendesskalor) för att kunna avgöra om patienten upplever obehag (speciellt viktigt hos de personer som har dokumenterade "smärtsamma" sjukdomar sedan tidigare). För att få en rättvis skattning/bedömning av patientens smärta är det viktigt att den ambulanssjuksköterska som ska utföra den har en god inblick i hur patientens normaltillstånd är beträffande eventuella nytillkomna förändringar. Om ambulansbesättningen möter en dement patient som inte kan självskatta sin smärta kan de försöka att bedöma dennes smärta utifrån beteende och uppträdande (SLAS, 200).

Att låta patienten själv bedöma sin smärta är det bästa sättet att få en korrekt bedömning på hur stark smärta patienten har. På patienter med långt framskriden demens är det dock svårt och ibland omöjligt att få dem att verbalt kunna beskriva sin smärta. Därför är dessa patienter utsatta för en väldigt stor risk att bli "oupptäckta" och obehandlade (Manfredi et al., 2003). Denna teori får stöd av Cohen-Mansfield (2006) som menar att smärta hos dementa patienter oftast förblir oupptäckt och underbehandlad på grund av denna patientgrupps svårigheter att kommunicera med omgivningen och förmedla sin smärta. Dock har det den senaste tiden blivit en ökad medvetenhet om detta både inom vården och hos allmänheten, och forskningar görs relaterade till hur man ska kunna upptäcka smärtan hos dessa personer.

För ambulanssjuksköterskan kan möjligheterna till att utföra en korrekt smärtskattning variera beroende på patientens sjukdomstillstånd, transporttiden till sjukhus eller annan vårdinrättning, samt tillgången till smärtskattningsverktyg i ambulansens utrustning. Andra faktorer som kan

påverka hur ambulanssjuksköterskan bedömer den dementes smärta är hans eller hennes kompetens samt erfarenhet av liknande patienter. Om ambulanssjuksköterskan saknar förmågan för sensibilitet, inlevelse eller visar bristande uppmärksamhet kan detta också leda till att smärtskattningen av den dementas smärta blir bristfällig. Precis som inom all annan hälso- och sjukvård är personalen inom ambulanssjukvården noga med att så långt det är möjligt lyssna på patientens egna åsikter och tankar om sin situation, och naturligtvis gäller det även hans eller hennes egen bedömning av sin smärta. Så kallade direkta observationer är något som ambulanssjuksköterskan ständigt ägnar sig åt under sitt möte med patienten för att få ytterligare ledtrådar till sitt detektivarbete med att bilda sig en uppfattning om dennes nuvarande tillstånd. Om patienten inte har möjlighet på grund av sjukdom eller skada att själv delge sin upplevelse av smärtan kan ambulanssjuksköterskan utifrån sina direkta observationer göra en smärtskattning på patienten (Dahlberg, 2003).

För att kunna genomföra en så korrekt smärtskattning redan i ambulansen är det viktigt att ambulanssjuksköterskan tar reda på så mycket som möjligt om eventuella tidigare smärttillstånd och vilka tecken patienten brukar visa vid smärta. Agarwal (2002) & Edberg (2002) ger följande tips för att underlätta för vårdare och inte minst patient då man ska smärtskatta en dement patient: fråga ja och nej- frågor, palpera områden på patienten under tiden som frågorna ställs, använd enkla och lättförståeliga ord (värk, ömhet, ont), bedöm smärta som förekommer i samband med rörelse, bortförklara inte smärtbeteende som "bara en del i demenssjukdomen". Vidare bör man överväga UVI, förstoppning, urinretention, frakturer eller kompressioner som orsaker till smärtan. Fråga anhöriga eller personal som känner patienten väl om deras tidigare "klagomål" vid smärta. Smärta ska bedömas hos samtliga patienter som har dålig sömn, dålig aptit, förändring i funktion eller agiterat beteende. Tillämpningen av dessa tips kan, enligt vår bedömning, för ambulanssjuksköterskan innebära att man vid ankomsten till en patient med demens först bildar sig en uppfattning om vad som hänt utifrån anhörigas, personalens och patientens uppgifter. När man bedömt vilka eventuella skador man kan förvänta sig så palperar man det "skadade" området samtidigt som man frågar om det orsakar smärta, om det känns obehagligt, om det värker etc. En bedömning av rörelse i exempelvis benet bör också göras. Det kan dock vara svårt att få svar på frågorna om palpation eller rörelse orsakar smärta då alla inte tolkar in innebörden i begreppen på samma sätt, utan man kan kalla känslan för värk, smärta, ont, ömhet, obehag etc. Vidare kan man som ambulanssjuksköterska råka ut för faktum att personalen på boendet man blir larmad till säger att de inte känner patienten då de "bara" arbetar nätter, eller att patienten nyss flyttat dit. Detta kan innebära att man tappar den fördel som finns med att personalen känner till patienten och vet hur patienten brukar reagera på smärta, vilka ansiktsuttryck som patienten brukar ha eller vilka verbala ljud som patienten normalt sett använder.

En av fördelarna med NOPPAIN är att man efter relativt "kort" träning kan använda verktyget som det är tänkt. Horgas et al. (2007) fann i sin studie att sjuksköterskestudenter efter att ha genomgått ett kortare CD-baserat utbildningsprogram kunde genomföra smärtskattningar. I utbildningen ingick en videofilm med fem olika klipp där en omvårdnadssituation spelades upp och den demente på bilden gav olika uttryck för smärta. Den skattning som sjuksköterskestudenterna gjorde överensstämde till 90 % med facit, d.v.s. den smärtintensitet som forskarna skattade i samma situation. Att tänka på är dock det faktum att i 10 % av fallen fanns en "felaktig" smärtskattning där de skattade smärtintensiteten till en högre eller en lägre nivå än facit. Vidare kan detta medföra att en patient av tio kan uppleva smärta men bli utan

smärtstillande åtgärder eftersom sjuksköterskan som använder smärtskattningsverktyget inte "upptäcker" smärtan.

Fortfarande är reliabiliteten och validiteten på ansiktsuttryck och ljud som smärtmarkörer hos nonverbala svårt dementa personer dåligt definierade (Manfredi et al, 2003). Många använder sig av ansiktsuttryck i sina smärtskattningsskalor trots att vissa påstår att det är svåra tecken att kunna tolka/förstå. För ambulanssjuksköterskan kan detta innebära att någon av de dementa patienter som vårdas i ambulansen upplever smärta exempelvis vid en misstänkt collumfraktur men trots det får ligga och lida under transporten till vårdinrättningen eftersom ambulanssjuksköterskan inte tolkar deras uttryck för smärtan på rätt sätt. Kanske används inte någon smärtskattningsmetod eller också ställs inga frågor till patienten om hur han eller hon upplever sin smärta. Om man bara utgår ifrån patientens fysiska tecken såsom blodtryck, puls eller svettningar etc. riskerar man också att göra en felaktig eller bristfällig bedömning. En ambulanssjuksköterska kan genom att studera den dementes ansikte samtidigt som han eller hon lyssnar efter ljud som kan tyda på smärta, skatta dennes smärtupplevelse. Det kan dock vara svårt att använda sig av ansiktsuttryck hos dementa patienter vid smärtskattningen därför att uttrycken kan vara svåra att se och tyda (trots att de förekommer i en väldigt stor del av de befintliga smärtskattningsskalorna). Dessutom har forskning påvisat att dementa personer i vila kan visa samma ansiktsuttryck utan att de har någon direkt smärta (Zwakhalen et al., 2007).

Olika synpunkter har framkommit i denna systematiska litteraturgranskning beträffande om den demente patienten innehar förmågan eller inte att på ett pålitligt och korrekt sätt kunna göra en självskattning av smärtan. Flera studier, däribland Roxström (2007) påtalar i vår litteraturstudie att det tyvärr relativt ofta förekommer oupptäckt och "obehandlad" smärta hos patienter med demens, främst därför att den demente personen har en försämrad förmåga att göra sig förstådda och förmedla sin smärta verbalt. Det är viktigt att ambulanssjuksköterskan tar ansvar för den demente patienten och åtar sig att föra personens talan i de fall han eller hon inte är kapabel att göra det själv. Detta resonemang stöder Talerico et al. (2006) i sin studie då författarna anser att det är viktigt att vårdpersonal vid överlämnandet och överrapporterandet av en patient till en annan vårdare på akutmottagningen eller liknande framför sin bedömning av patientens smärtupplevelser.

Man har i forskning funnit att överbeläggning eller åtminstone en hög beläggning på en akutavdelning är ett problem som kan ha negativa effekter på den vård som patienterna ges, trots att man ännu inte har hittat något direkt bevis på detta. Äldre personer som sökte för höftfraktur, på en amerikansk akutmottagning som hade hög beläggning, fick till stor del sin smärta "underskattad" av personalen, och stora fördröjningar kunde märkas när det gäller en första smärtbedömning och tiden innan smärtlindring äntligen gavs till dem. Den grupp som fick vänta längst på smärtbedömning och smärtlindring var de patienter som var kognitivt nedsatta (demens och delirium) samt de som hörde dåligt. Man vet inte riktigt varför det blev så men man tror att det beror på att dessa patientgrupper inte kan "föra sin egen talan" på ett sådant sätt som troligtvis behövs för att kunna få den mycket upptagna personalens uppmärksamhet (Hwang et al., 2006).

Varför är det så att vissa patienter inte får den smärtlindring som de har rätt till, och vad ska ske inom vården för att vi ska kunna erbjuda alla patienter samma smärtlindring oavsett kognitiv förmåga? Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska ju vården bygga på lika villkor för hela befolkningen oavsett kön, diagnos etc.

I en personalgrupp som deltog vid en studie trodde ett antal individer att personer med demens inte känner smärta eftersom de inte klagar över smärta (Miller et al., 2005). En sådan uppfattning anser vi inte borde få förekomma inom någon form av hälso- och sjukvård och kanske framförallt inte inom demensvård. Personalen på ett demensboende borde ha så pass mycket utbildning om demens och "känna" sina patienter tillräckligt bra för att inse att de känner smärta precis som alla andra patienter. Något som dock ställer vår uppfattning på kant är den studie som Scherder & Van Manen (2004) gjort där de fann viss evidens för att patienter med Alzheimers lider mindre av smärta och rapporterar en mindre smärtintensitet än andra äldre utan demens. De kan inte säkert säga att det går att generalisera detta till att gälla alla personer med Alzheimers.

I vårt resultat har vi funnit studier som säger att det är viktigt att försöka ta reda på så mycket som möjligt om den demente, beträffande tidigare sjukdomar, "symtom" på smärta etc. för att kunna skaffa sig bra förutsättningar för en korrekt smärtskattning. Ambulanssjuksköterskan bör i de fall anhöriga som oftast har levt med eller känt personen länge finns på plats, passa på att få reda på så mycket information som möjligt. Om hämtplatsen är på ett äldreboende finns det oftast någon vårdare i närheten som känner patienten väl och som kan ge svar på ambulanssjuksköterskans frågor om patientens sjukdomar och övriga tillstånd (Buffum, 2001; Montes et al., 2004). Detta håller också Edberg (2002) med om.

Det gäller att ha tilltro till det patienten delger angående sina upplevda problem oavsett om objektiva fynd tyder på motsatsen (Dahlberg et al., 2003). Det innebär att även om patienten inte ser smärtpåverkad ut så är han eller hon det om han/hon ger uttryck för det. Att inte lita på vad den demente personen med smärta säger verkar vara ett vanligt förekommande problem. Vårdpersonalen är osäker på om patienten verkligen kan känna smärta och dessutom påtala och beskriva den för omgivningen. Detta är ett vanligt förekommande tema i litteraturen vi hittat i vår studie, en av de referenser som tar upp problemet är Agarwal (2002) som i sin litteraturgenomgång diskuterar några olika studier som gjorts på smärtskattningsverktyg och dess funktioner. Vidare skriver han att flera studier som gjorts pekar på att äldre personer med sänkt kognitiv förmåga som ska återhämta sig efter genomgången höftoperation erbjuds och får mindre smärtlindrig jämfört med äldre som har bibehållen kognitiv förmåga och som befinner sig i samma situation. Trots att de alla rapporterade pågående smärta, måttlig eller svår så förekom dessa markanta skillnader.

Det går inte att undvika att komma in på läkemedelsbehandling till dementa med smärta trots att syftet i studien var att beskriva andra smärtlindrande åtgärder som ambulanssjuksköterskan kan använda sig av i den prehospitla akutsjukvården. Det är svårt att med säkerhet säga att underbehandling i ambulanssjukvården inte förekommer då det precis som inom andra vårdenheter kan inträffa även inom ambulanssjukvården.

Paracetamol är förstahandsvalet vid mild till måttlig smärta hos dementa men vid medelsvår eller svår smärta måste man ta till opioider. Om ambulanssjuksköterskan väljer att administrera en opioid så gäller det att läkemedlet ges som en liten dos i början och sedan eventuellt i långsamt ökande doser, då snabb tillförsel av opioider kan påverka den demente patientens kognitiva förmåga ännu mer och yrsel etc. kan uppstå. Rädslan för eventuella biverkningar får inte göra att ambulanssjuksköterskan avstår från att ge dementa patienter smärtstillande läkemedel, eller för all del lindring av patientens smärta eller oro med närhet och andra åtgärder som vi beskrivit i resultatet. En patient med smärta ska aldrig behöva ligga under en ambulanstransport med smärtor i dagens ambulanssjukvård när det finns stor och bred kompetens och bra resurser i de svenska ambulanserna (Edberg, 2002).

Metoddiskussion

Inklusionskriterier för en studie kan ange specifika patientgrupper och/eller specifika medicinska diagnoser (Willman & Stoltz, 2002). Vi valde att inte sätta den medicinska diagnosen demens och begreppet dementa som specifika inklusionskriterier då vi istället använde demens och dementa som specifika sökord vid litteratursökningen. Våra inklusionskriterier innebar att endast artiklar från 2001 och framåt var aktuella för studien. När vi gjort manuella sökningar i artiklarnas och studierna referenslistor fann vi att många av referenserna var ifrån halva 1990-talet och framåt, vet inte om det beror på att man hade en period de åren då man forskade mycket på området eller varför det är så. Hade vi haft sökkriterierna ifrån de årtalen och framåt hade vi av förklarlig anledning fått ett betydligt större antal träffar, men vi valde våra inklusionskriterier utifrån att vi ville hitta aktuell och relativt ny forskning på området.

Den sökning som gav mest träffar utfördes i Cinahl/Medline med sökorden Nursing care AND Dementia och gav 797 träffar dock bedömdes bara 4 av dem vara relevanta för vår studie. Störst antal relevanta studier fick vi sökning i databasen Cinahl/Medline med sökorden Cognitively impaired AND Pain assessment då vi bedömde att 49 av 290 funna referenser hade en titel som stämde överens med vårt syfte. Under arbetets gång framkom att caring skulle kunna vara ett tänkbart sökord men vid provsökning med detta sökord hittades inga ”nya” referenser så valet blev att helt utelämna caring som sökord.

Litteratursökningarna utfördes i databaserna Cinahl, Medline, Elin och Science direct. Cinahl är en databas som är mer inriktad mot omvårdnadsvetenskapliga referenser än Medline men vi sökte med dem i kombination, dvs. kryssade i att vi ville ta med Medline databaserna i sökningen på Cinahl via högskolebibliotekets hemsida. Vi är medvetna om att detta sätt att söka i båda databaserna på en gång kan ha lett till att någon relevant referens kan ha missats men vi bedömer att vi ändå har hittat resultat som beskriver relevanta smärtskattningsmetoder. Enligt Willman & Stoltz (2002) är Cochrane, Medline och Spri databaser som kan användas vid litteratursökning. Vi valde bort Cochrane då den har mer inriktning på medicinska åtgärder inom vården vilket inte överensstämde med syftet i vår studie. Spriline och SweMed är två databaser som innehåller många svenska referenser från 1980-2000 talet men vi valde som vi nämner i metoddelen att inte använda oss av dessa databaser. Enligt Forsberg & Wengström (2003) ingår dessa nu i databasen SweMed + som täcker vårdforskningen. Trots ett fåtal använda databaser anser vi att ett stort antal relevanta referenser hittades och inkluderades i studien.

Först var planen att utföra endast en kvalitetsgranskning av de funna artiklarna, men under arbetets gång upptäckte vi att några artiklar inte riktigt uppfyllde kvalitetskraven i vår studie och då vi genomfört en andra kvalitetsgranskning av dessa tre (3) artiklar exkluderades de då vi ej var säkra på om de skulle kunna inkluderas på grund av brister som missats vid den första granskningen. Nu i efterhand funderar vi på om vi skulle ha genomfört två kvalitetsgranskningar av samtliga artiklar redan från början för att undvika att råka ut för det vi gjorde i denna studie. En av artiklarna (Hwang et al., 2006) som först blev utvald till resultatet exkluderades efter en andra granskning då det visade sig att den inte riktigt passade in i studiens syfte, men den används i vår diskussion. Ytterligare en studie (Fisher et al., 2002) exkluderades då den vid en ny granskning visade sig innehålla resultat som pekade på att valda smärtskattningsverktyg PPQ (Proxy Pain Questionnaire) och MDS (Minimum Data Set Pain Report) inte överensstämde med varandra och gav väldigt missvisande resultat. Då PPQ testet visade att 48,2 % av deltagarna hade upplevde smärta var siffran vid samma mätning 19,6 % med MDS skalan. Artikeln av

Brummel-Smith et al. (2002) exkluderades efter förnyad kvalitetsgranskning då det visade sig att den var en retrospektiv studie av en tidigare genomförd kohort studie och artikeln var inte en originalartikel. Det var otydligt beskrivet vilka smärtskattningsmetoder man använt sig av i ursprungsstudien. För att minska risken för att ta med artiklar som inte riktigt passar in under studiens syfte kunde vi ha gjort två kvalitetsgranskningar av varje artikel/studie, det vill säga att båda författarna gör var sin bedömning av referenserna innan resultatet av granskningarna skrevs.

Dataanalysen kan ha blivit påverkad av det faktum att vi sedan 6 år arbetar inom den prehospitla akutsjukvården och därmed har träffat dementa patienter med smärtproblematik. Vi vet vilka problem det kan ställa till för alla parter och vi har erfarenhet av vissa smärtuttryck, samt smärtlindrande åtgärder, som framkommer i studien. Trots detta har vi försökt att vara objektiva och se helheten i artiklarnas resultat för att inte riskera påverkan beroende på vår inställning till åtgärderna etc. baserade på egna erfarenheter. Arbetet med att formulera rubriker i vår studies resultat har varit svårt och flera förslag har uppkommit och ändrats på nytt för att vi ville försöka spegla styckets innehåll på ett bra sätt. Exempelvis hade vi en rubrik som löd "Smärtskattning av dementa i ambulanssjukvården" som vi sedan i samråd med handledare bytte till "smärtskattning av dementa i praktiken". Tanken med innehållet under denna rubrik var att belysa de specifika tecken som ambulanssjuksköterskan kan använda sig av vid smärtskattningen av den dementa patienten. Dock blev den först valda rubriken missvisande eftersom våra artiklar inte specifikt handlar om smärtskattning och smärtuttryck på dementa i ambulanssjukvården. Med den nya rubriken anser vi att man undviker att ge läsaren missvisande information, men vi vill ändå ha kvar stycket då det ger många bra tips på hur man kan smärtskatta den dementa patienten på ett bra sätt, till exempel inom den prehospitla akutsjukvården.

Då vårt syfte var att "beskriva hur ambulanssjuksköterskan inom prehospital akutsjukvård kan bedöma och lindra smärta hos personer med demens" anser vi att det resultat vi fått fram svarar bra mot syftet.

Det kan tyckas vara relevant om vi tagit med och redovisat orsaker till smärtan i vårt resultat, men vi valde dock att inte ta med dessa (och vi har inte heller med tänkbara orsaker bland våra sökord) därför att när vi som ambulanssjuksköterskor träffar på den demente patienten är "skadan" oftast redan skedd och det är främst på boenden som vårdarna bör känna till orsakerna till smärtan och på så sätt förebygga dem. Fall som vi inom ambulanssjukvården relativt ofta råkar ut för är den demente patienten som legat ganska lång tid med någon slags O-diagnostiserad fraktur, därför att man inte riktigt har förstått att patienten upplever smärta. Detta hävdar PSSRU (2005) att man funnit som vanligt förekommande i ett flertal gjorda studier. Ett annat ämne som vi valt att inte ta med i studien eftersom det skulle bli för mycket information/fakta att hantera i resultatet är de direkta "medicinska" smärtlindrande åtgärderna. Vi har istället försökt koncentrera oss på de övriga omvårdnadsåtgärder som vi som ambulanssjuksköterskor kan behöva vidta då vi vårdar den demente patienten. Om vi haft annat fokus på studien kunde man ha sökt efter och redovisat resultat som handlar om smärtlindrande läkemedel som vi handhar i ambulanssjukvården såsom Morfin och Ketogan etc. Och med tanke på dagens höga kompetens i ambulanserna hade det varit relevant att ta upp ämnet i studien eftersom vi inom ambulanssjukvården, i den övervägande delen av fallen med smärtpåverkade patienter, erbjuder smärtlindring i form av läkemedel.

Under vår litteratursökning har vi märkt att det förekommer relativt lite forskningar och studier med inriktning mot ambulanssjukvården, och med tanke på vilken inriktning vi valt (dementa) så

var det väldigt svårt att hitta något. Därför fick vi använda oss av den forskning som fanns och sedan försöka koppla den till ambulanssjuksköterskans verksamhet för att få en röd tråd i litteraturstudiens delar. Beror det låga antalet studier på att det är först under de senare åren som fler och fler sjuksköterskor anställts inom verksamheten och man därigenom har fått fart på forskningen, eller är det en ”svår” verksamhet att forska på? Vi anser trots brist på prehospitalt inriktad forskning inom vårt problemområde att vårt resultat kan överföras till dagens svenska prehospitalkakutsjukvård i mötet med den dementa smärtpåverkade patienten.

Genom att vi haft en handledare som själv jobbat i många år inom den prehospitalkakutsjukvården och under de senaste åren har bedrivit forskning inom den prehospitalkakutsjukvården anser vi att vi genom hans synpunkter och tips har uppnått en hög trovärdighet i studien. Det som möjligtvis kan vara en liten nackdel är att vi alla (författare och handledare) är ”hemmablinda” inom vårt arbetsområde.

Slutsats

Det finns många smärtskattningsverktyg på ”marknaden” och ett fåtal av dem fungerar bra på dementa patienter. Bristen är dock stor på smärtskattningsverktyg som är enkla och snabba att använda och som skulle kunna fungera i den prehospitalkakutsjukvården som ett bra komplement i ambulanssjuksköterskans arbete med att smärtskatta dementa patienter. Genom att ha ett enkelt smärtskattningsverktyg, helst ett så kallat självskattningsverktyg där patienten själv får skatta sin smärta, blir smärtskattningen säkrare för patienten. Om smärtskattningsverktygen dessutom går snabbt att använda är möjligheterna större att patienten erbjuds en snabb smärtlindring. Smärtskattningen av den dementes smärta, på hämtplats eller i ambulansen, är nödvändig för att ha ett bra och konkret underlag till smärtlindringen som kommer att erbjudas patienten, i ambulansen eller på sjukhuset.

Genom att fråga den demente personen och lyssna på vad han eller hon har att säga kan ambulanssjuksköterskan få reda på mycket om dennes nuvarande smärtupplevelse och i viss mån även tidigare. Om vi träffar dementa patienter som inte själva är kapabla till att beskriva sin smärta ska vi ta hjälp av de kunskaper som anhöriga eller personal har om patienten och dennes smärtuttryck, tidigare smärtor etc. Om ambulanssjuksköterskorna lär sig vilka tecken och uttryck man kan titta på hos patienten för att se om patienten har smärta så har arbetet kommit en bra bit på vägen med smärtskattningen av de dementa patienterna. Det kanske inte alltid är enbart en fysisk orsak till patientens smärtuttryck. Det kan vara patientens uttryck för oro, rädsla eller stress som ambulanssjuksköterskan tolkar som smärta. I många fall upplever den demente patienten en kombination av de nämnda faktorerna. Genom att bemöta den demente patienten på ett lugnt och mjukt sätt kan man ta bort mycket av både oron och smärtan. Utöver detta kan ambulanssjuksköterskan få patienten att slappna av genom kroppskontakt, till exempel genom att hålla i handen eller klappa på kinden, eller genom att spela musik i bakgrunden under transporten.

Som ambulanssjuksköterska och som personal på mottagande enhet är det alltid tacksamt om någon anhörig eller personal som känner patienten väl följer med in till sjukhuset. Allra bäst är det om den anhörige eller personalen (i fall med mycket oroliga patienter) kan sitta i ambulansens vårdarhytt tillsammans med ambulanssjuksköterskan som då kan få mycket värdefull hjälp med att ”förstå” den demente och dennes uttryck. Rent ”personaltkniskt” är detta sällan möjligt men som underlättande hjälpmedel för ambulanssjuksköterskan som kanske aldrig träffat patienten förr skulle det underlätta betydligt. Önskvärt är att det på kommunens demensboende finns ett färdigt dokument sammanställt för patienten där ambulanssjuksköterskan kan utläsa hur patienten

beter sig i "vanliga fall", verbalt och kognitivt samt på vilka sätt denne brukar visa sin smärta. Detta kanske är något för våra sjukhem, äldreboenden eller gruppboenden runt om i landet att ta till sig, inte minst för att säkerställa att de bästa förutsättningarna finns för en god omvårdnad av den demente patienten, och för en ökad trygghet för deras anhöriga.

Troligtvis kommer denna patientgrupp att bli vanligare inom den ambulanssjukvården i framtiden då fler personer bor kvar allt längre hemma och ett ökande antal kommer upp i allt högre åldrar och därmed riskerar att drabbas av någon demenssjukdom.

Tankar inför framtida forskning på området

Då vissa studier pekar mot att dementa personer verkar föredra Visuella skalor då de ska göra en självskattning av sin upplevda smärta är det önskvärt att mer forskning utförs på just det området och att man tar fram fler bra fungerande och enkla visuella skattningsskalor.

Genom att "kombinera" de bästa bitarna från några av de befintliga smärtskattningsskalorna som finns på marknaden skulle ambulanssjuksköterskan på så vis kunna fram en ny prehospital smärtskattningsskala som är anpassad för att använda vid smärtskattning av dementa patienter. Det skulle kräva en hel del arbete men det skulle underlätta om en och samma skala användes av samtliga ambulanssjuksköterskor inom den prehospitala vården över hela landet, för att på så sätt kunna göra ordentliga utvärderingar av dess funktion samt utföra mätningar med verktygen ute på fältet för att utvärdera dess funktion. Kanske kan någon verksam ambulanssjuksköterska i samråd med någon person eller institution som expert på dementa personer ta fram ett enkelt och lättanvänt instrument med stor möjlighet att kunna fungera inom den prehospitala vården? En förening som borde vara intresserad av en sådan skala är FLISA (Föreningen för Ledningsansvariga Inom Svenska Ambulanssjukvård/ The Federation of Leaders In Swedish Ambulance and emergency service) som har ett ständigt pågående arbete med att ta fram nya och uppdatera redan befintliga landsomfattande behandlingsriktlinjer för den prehospitala vården. Det finns diverse olika föreningar och nätverk för dementa och främst deras anhöriga som säkert inget hellre önskar än att deras nära och kära garanteras en värdig och respektfull omvårdnad, på samma villkor som de som kan föra sin egen talan, oavsett var i landet de bor och med vilken ambulans de än transporteras i.

Möjligen kan ambulansverksamheterna behöva ställa andra krav på befintliga ambulansleverantörer vad gäller vårdarhyttens utformning och utrymme. Som exempel på förändringar som kan behöva göras är att installera hörlurar till patienten så att de kan lyssna på musik, eller bygga in ytterligare en riktig "passagerarstol" i vårdarhytten för att öka möjligheten för anhörig eller personal att kunna medfölja den demente patienten i ambulansen och på så sätt underlätta smärtskattningen samt minska oron och smärtan hos den demente. Personalen på de boenden där de dementa patienterna bor, eller deras anhöriga skulle kunna underlätta för oss också genom att spela in den favoritmusik som respektive patient tycker om. Denna CD-skiva eller musikkassett skulle vi som ambulanssjuksköterskor då kunna spela för dem i ambulansen under transporten. Vi är medvetna om att ett allt ökande problem inom ambulansverksamheten är den lastkapacitet som finns inom dagens ambulanser, men det kanske finns utrustning som är "onödig" att ha med i ambulansen som kan läggas ur till förmån för ovanstående?

REFERENSER

- Agarwal, K. (2002). Pain Topics, assessment of pain in patients with dementia. *Pain Relief Connection*. 1(9): 3.
- Brummel-Smith, K., London, MR., Drew, N., Krulewitch, H., Singer, C. & Hanson, L. (2002). Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 50(11): 1847-1851.
- Buffum, M D., Miaskowski, C., Sands, L. & Brod, M. (2001). A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatric Nursing*. 2(22): 80-85.
- Chibnall, J T. & Tait, R C. (2001). Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. 92(1-2): 173-186.
- Cohen-Mansfield, J. (2006). Pain assessment in noncommunicative elderly persons-PAINE. *Clinical Journal of Pain*. 22(6): 569-575.
- Costardi, D., Rozzini, L., Costanzi, C., Ghianda, D., Franzoni, S., Padovani, A. & Trabucchi, M. (2006). The italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 44(2): 175-180.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A.(red). (2002). *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M. (1998). *VIPS- boken- FOU 48*. Lund: Studentlitteratur.
- Fisher, S E., Burgio, L D., Thorn, B E., Allen-Burge, R., Gerstle, J., Roth, D L. & Allen, S J. (2002). Pain assessment and management in cognitively impaired nursing home resident: association of certified nursing assistant pain report, minimum data set pain report, and analgesic medication use. *Journal of american geriatric society*. 50(1): 152-156.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Götell, E., Brown, S. & Ekman, S-L. (2002). Caregiver singing and backgrounds music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*. 24(2): 195-216.
- Hansebo, G. & Kihlgren, M (2002). Carer's interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of clinical Nursing*. 11(2): 225-236.
- Hawthorn, J., & Redmon, K (1999) *Smärta- bedömning och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

- Horgas, A L., Nichols, A L., Schapson, C A. & Vietes, K. (2007). Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships among the non-communicative patient's pain assessment Instrument, self-report, and behavioural observations. *Pain Management Nursing*. 8(2): 77-85.
- SFS 1982:763. Hälso och sjukvårdslagen.
URL: <http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM>. (20070813).
- Husebo, B S., Strand, L I., Nilssen, R M., Husebo, S B., Snow, A L. & Ljunggren, A E. (2007). Mobilization-observation-behaviour-intensity-dementia pain scale (MOBID). Development and validation of a nurse administered pain assessment tool for use in dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34(1): 67-80.
- Hwang, U., Richardson, L D., Sonuyi, T O. & Morrison, R S. (2006). The effect of emergency department crowding on the management of pain in older adults with hip fracture. *Journal of American Geriatric Society*. 54(2): 270-275.
- Isaksson, L., & Ljungquist, Å. (1997). Ambulanssjukvård. Stockholm: Liber AB
- Kovach, CR., Noonan, PE., Griffie, J., Muchka, S. & Weissman, DE. (2001). Use of the assessment of discomfort in dementia protocol. *Applied Nursing Research*. 14(4): 103-200.
- SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
URL: <http://www.notisum.se/rnp/Sls/lag/19980531.htm> (20070816).
- Leong, I Y O., Chong, M S. & Gibson, S J. (2006). The use of a self-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study. *Age and ageing*. 35(3): 252-256.
- Manfredi, P L., Breuer, B., Meier, D E. & Libow, L. (2003). Pain assessment in elderly patients with severe dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 25(1): 48-52.
- Mentes, J C., Teer, J. & Cadogan, M P. (2004). The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: perceptions of family members and certified nursing assistants. *Pain Management Nursing*. 5(3): 118-125.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Miller, L L., Talerico, K A., Rader, J., Swafford, K., Hiatt, S O., Millar, S B., Smith, K R. & Sloane, P D. (2005). Development of an intervention to reduce pain in older adults with dementia. *Alzheimer's care quarterly*. 6(2):154-167.
- Nisell, R & Lundeberg, T. (1999). *Smärta och inflammation*. Lund: Studentlitteratur.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samares, D., Michel, J-P., Herrman, F., Giannakopoulos, P. & Gold, G. (2006). Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales ?. *Journal of American Geriatric Society*. 54(7): 1040-1045.

- Personal Social Services Research Unit (PSSRU). (2005). Pain in dementia- fact sheet.
URL: http://www.pssru.ac.uk/pdf/MCpdfs/Pain_factsheet.pdf (20070831).
- Polit, D., & Beck, C. (2004). *Nursing research, principles and methods*. 7:th edition.
Philadelphia: Lippincott.
- Renck, H. (2003). *Svikt av vitala funktioner*. Torekov: Aniva förlag.
- Richardsen, J. (2002). *Grunnleggende ambulansemedisin*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Roxström, C. (2007). Många med smärta lider i onödan. *Vårdfacket*. 31(5): 23.
- Scherder, E. & Van Manen, F. (2004). Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants and patients evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 52(2): 151-158.
- SOSFS 1997:18. Socialstyrelsens allmänna råd. Ändring i allmänna råd om kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor 1995:5.
URL: http://www.sos.se/sosfs/1997_18/1997_18.htm (20070827)
- Talerico, K A., Miller, L L., Swafford, K., Rader, J., Sloane, P D & Hiatt, S O. (2006). Psychosocial approaches to prevent and minimise pain in people with dementia during morning care. *Alzheimer's care today*. 7. (3): 163-174.
- Taylor, LJ & Herr, K. (2003). Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively impaired african american older adults. *Pain management Nursing*. 4(2): 87-95.
- Uddevalla kommun. (2002). *Smärta och demens- hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka*. Uddevalla: Socialtjänsten.
- Unogardt, M. (2007). *Smärta hos personer med demenssjukdom*. Högskolan i Dalarna.
- Warden, V., Hurley, AC. & Ladislav, V. (2003) Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*. 4(1): 9-15.
- Ware, L J., Epps, C D., Herr, K. & Packard, A.(2006). Evaluation of the rRevised faces pain scale, verbal descriptor scale, numeric rating scale and iowa pain thermometer in older minority adults. *Pain management nursing*. 7(3): 117-125.
- Willman, A & Stoltz, P. (2002). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Zavotsky, K E. (2004). The effect of music on pain, Anxiety, and cardiac reactivity in ED patients. *Journal of Emergency Nursing*. 30(5): 404-404
- Zwakhalen, S M. G., Hamers J P. H. & Berger, M P. F. (2007). Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 58 (5): 493-502

BILAGA 1

Artikelsökning- databaser, sökordskombinationer och sökresultat

Databaser →	Cinahl/Medline	Science direct	ELIN
Sökordskombinationer ↓			
Cognitively impaired + Ambulance	8 (0)	1 (0)	0
Cognitively impaired + Pain Assessment (PY>2001)	290 (49)	19 (4)	30 (10)
Cognitively impaired + Prehospital care (PY>2001)	2 (0)	0	0
Cognitively impaired care AND Pain	0	8 (1)	16 (5)
Cognitively impaired AND Nursing care AND Pain	92 (1)	3 (0)	8 (2)
Dementia And Nursing care AND Pain	221 (1)	11 (3)	43 (4)
Dementia + Pain Assessment (PY>2001)	260 (26)	31 (6)	50 (12)
Dementia + Prehospital care (PY>2001)	12 (2)	4 (0)	1 (0)
Dementia care AND Pain	112 (0)	23 (5)	84 (6)
Emergency care + Cognitively impaired (PY>2001)	6 (2)	1 (0)	3 (1)
Emergency care + Dementia (PY>2001)	33 (0)	7 (0)	29 (1)
Nursing care AND Cognitively impaired	139 (2)	19 (0)	47 (3)
Nursing care AND Cognitively impaired AND Pain	63 (6)	0	8 (4)
Nursing care AND Dementia	797 (4)	163 (1)	431 (1)
Nursing care AND Dementia AND Pain	177 (6)	0	37 (5)
Pain assessment + Cognitively impaired (PY>2001)	175 (0)	19 (5)	30 (10)
Pain assessment + Cognitively impaired + Ambulance (PY>2001)	2 (0)	0	0
Pain assessment + Cognitively impaired + Emergency care (PY>2001)	2 (0)	0	1 (1)
Pain assessment + Cognitively impaired + Prehospital care (PY>2001)	0	0	0
Pain assessment + Dementia (PY>2001)	211 (0)	31 (8)	65 (12)
Pain assessment + Dementia + Ambulance		0	0
Pain assessment + Dementia + Emergency nursing	1 (0)	0	5 (1)
Pain assessment + Dementia + Prehospital care (PY>2001)	1 (0)	0	0
Pain management + Cognitively impaired (PY>2001)	162 (0)	7 (2)	39 (11)
Pain management + Cognitively impaired + Emergency care (PY>2001)	2 (0)	0	0
Pain management + Cognitively impaired + Prehospital care (PY>2001)	1 (0)	0	0
Pain management + Preshospital care	43 (0)	0	6 (0)
Pain management nursing AND Dementia	77 (4)		28 (5)

Siffror inom parantes är de artiklar (n=231) som efter läsning av titel stämde med studiens syfte och abstractet lästes.

Granskningsmall för kvantitativa studier

Vår granskning av de kvantitativa studierna utgick ifrån denna mall som är en modifierad mall där vi utgått ifrån Willman & Stoltz (2002), samt Forsberg & Wengström (2003).

GRANSKNINGSPUNKT	H= Hög kvalitet	M= Medel kvalitet	L= Låg kvalitet
Tydlig beskrivning av datamaterial?			
Tydlig metodbeskrivning?			

Använd urvalsmetod:

- Randomiserat urval: ☐
- Obundet slumpmässigt urval: ☐
- Kvoturval: ☐
- Klusterurval: ☐
- Konsekutivt urval: ☐
- Ej beskrivet urval: ☐

GRANSKNINGSPUNKT	H= Hög kvalitet	M= Medel kvalitet	L= Låg kvalitet
Tydligt beskriven frågeställning?			
Tillräckligt underlag för studien?			
Välbeskrivet studieurval?			
Adekvata statistiska metoder?			
Relevansen hos studieunderlag?			
Beskrivning av bortfall?			
Etiskt resonemang?			
Generaliserat resultat?			

Deltagaruppgifter:

Totalt antal deltagare i studien: _____

Antal kvinnliga deltagare i studien: _____

Antal manliga deltagare i studien: _____

Åldersgrupp på studiedeltagare: _____

Studiens huvudfynd:

Sammanfattande bedömning av studiens kvalitet:

HÖG ☐ MEDEL ☐ LÅG ☐

Övriga kommentarer:

Granskarens signatur: _____

Granskningsdatum: _____

BILAGA 3

Granskningsmall för kvalitativa studier.

Vår granskning av de kvalitativa studierna utgick ifrån denna mall som är en modifierad mall där vi utgått ifrån Willman & Stoltz (2002).

GRANSKNINGSPUNKT	H= Hög kvalitet	M= Medel kvalitet	L= Låg kvalitet
Välformulerad frågeställning?			
Relevant forskningsgrupp?			
Relevant urvalsmetod?			
Tydligt beskriven metod för datainsamling?			
Tydligt beskriven dataanalys?			
Etiskt resonemang?			
Klar och tydlig redovisning av resultatet?			

Deltagaruppgifter:

Totalt antal deltagare i studien: _____

Antal kvinnliga deltagare i studien: _____

Antal manliga deltagare i studien: _____

Åldersgrupp på studiedeltagare: _____

Studiens resultat/fynd:

Sammanfattande bedömning av studiens kvalitet:

HÖG ☐

MEDEL ☐

LÅG ☐

Övriga kommentarer:

Granskarens signatur: _____

Granskningsdatum: _____

Studietyp	Författare, år, land	Titel	Syfte	Studie population/ inklusionskriterier	Metod/Design	Resultat/Slutsats	Kvalitets betyg H – M - L
Kvantitativ (Pilotstudie)	Buffum, M D., Miaskowski, C., Sands, L., Brod, M. 2001. USA.	A Pilot Study of the Relationship between Discomfort and Agitation in Patients with Dementia.	Syftet med studien var att ta reda på relationen mellan demens, agitation, obehag/vantrivsel hos patienter med måttlig till svår demens som dessutom lider av minst en smärtsam sjukdom.	Man rekryterade deltagare till undersökningen genom rekommendationer ifrån vårdpersonal och genom journalanteckningar. Det var sammanlagt 33 deltagare varav 1 kvinna och 32 män.	En ur personalen samt två av forskarassistenterna gjorde en bedömning av hur tillförlitlig de trodde att patientens egen smärtskattning var. Smärtskattningen utfördes med hjälp av ett eget verktyg. De fick beskriva sin smärta från 0-3 och sedan välja ett ord som beskriver smärtan. Detta gjordes sedan efter 1 minut för att se om de efter distraherande samtal kan upprepa siffran och ordet. Sedan bedömde man även patienterna efter bland annat MMSE, CMAI (där man bedömer patientens beteende såsom aggressioner och andra kroppsliga uttryck) och GDS.	Utvärdering av patientens smärta bör göras på alla, och när patienten inte själv kan skatta sin smärta bör man använda beteendeskalar, som till exempel DS, för att ta reda på om patienten upplever obehag (speciellt de patienter som har en dokumenterad ”smärtsam” sjukdom). De som ska bedöma patientens smärta bör ha en god inblick i hur patientens normaltillstånd är, beträffande eventuella förändringar, interventioner och för att kunna avgöra om interventionerna haft någon effekt.	M
Kvantitativ	Chibnall, J T., Tait, R C. 2001 USA	Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales.	Att jämföra de psykometriska egenskaperna hos fyra etablerade smärtskattningsskalor i en population av hospitaliserade äldre med varierande grad av demens.	90 personer deltog. Inklusionskriterier: över 55 år, rapporterad smärta vid tiden för sitt medgivande, en måttlig grad av demens MMSE poäng >13 och en förväntad vårdlängd på minst 7 dagar. Exklusionskriterier: svår kognitiv skada, grav demens, eller delirium. Oförmåga att kommunicera och psykos.	Deltagarna använde fyra smärtskattningsskalor. Under vecka 1 bedömde de sin smärta 3 ggr/dag. De fick sedan under ytterligare 7 dagar (sammanlagt 14 dagar) göra retrospektiva bedömningar dagligen samt veckovis. Den värsta smärtan, den vanligaste samt den senaste upplevda smärtnivån skattades. Retrospektiv	Det bästa smärtskattningsverktyget för denna patientgruppen är BS -21. Korta smärtskattningsskalor exempelvis VAS (11 punkter) risken för fel då användaren drar sig från att skatta sin smärta långt ut på skalan. Resultatet visar att äldre personer kan självskatta sin smärta på ett korrekt sätt trots att minnet, orienteringen eller andra viktiga kognitiva förmågor är försämrade. Smärtskattningsskalor kan användas på personer med en måttlig kognitiv skada eller demens enligt studien. Hos patienter med svår demens kan andra metoder bli nödvändiga.	H
Kvantitativ	Cohen-Mansfield, J.	Pain Assessment in Noncommunicative	Med hjälp av resultaten från två	I studie 1 ingick 80 boende på ett vårdhem.	Innan deltagarna kom med i studien blev de bedömda	PAINE visar en god reliabilitet beträffande sin förmåga att skatta	H

	2006. USA.	Elderly Persons— PAINЕ.	egna studier vill man ta reda på validiteten av att använda PAINЕ som en smärt-skattningsskala på dementa patienter.	I studie 2 ingick 91 boende från två olika vårdboenden.	beträffande sin smärta av en sjuksköterska, en geriatrker, en anhörig samt genom självskattning (studie 1). De anhöriga fick bland annat svara på ett frågeformulär där de skulle fylla i uppgifter om vid vilka tillfällen (uppegående, sittande, liggande etc.) deras sjuke anhörige upplevde smärta. I studie 2 var det 98 % av deltagarna som fick ett ”informerat samtycke” ifrån en nära anhörig. Intervjuer gjordes med vårdpersonalen som haft tät kontakt med respektive patient de senaste 2 veckorna, för att ta reda på hur de skattar patienternas smärta.	smärta hos den dementa patienten. Det finns en ökande mängd smärt-skattningsverktyg framtagna för att passa dementa personer, dessa varierar mellan att vara självskattningsverktyg (VRS) till observerande skattningsskalor (PAINAD, NOPPAIN).	
Kvantitativ	Costardi, D., Rozzini, L., Costanzi, C., Ghianda, D., Franzoni, S., Padovani, A., Trabucchi, M. 2006 Brescia, Italien	The Italian version of pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale.	Att bedöma validiteten av PAINAD I den italienska versionen som ett pålitligt verktyg för att mäta smärta hos personer med demens.	Studietid Jan och Feb 2004. På en geriatrisk utvärdering och rehabiliteringsavdelning. 20 patienter deltog, 16 kvinnor (80 %), medelåldern var 82 år. Deltagarna valdes ut efter graden av demens och förekomst av kronisk smärta.	Medgivande till deltagande i studien gavs av personalen å deltagarnas vägar. Deras kognitiva status utvärderades med MMSE (Mini Mental State Examination). Smärtskattningar med PAINAD utfördes av en ”expert”. Skalan PAINAD har översatts till Italienska av en kommitté bestående av två läkare och en . Sedan gjordes en översättning tillbaka till engelska igen av en engelsklärare.	De har en mild demens och var deprimerade. VRS (Visual Rating Scale) och PAINAD användes parallellt, bla för att ta reda på om skalan har en hög validitet. Deltagarna fick ha skalan framför sig och peka på det ”ord” som bäst beskriver den smärta de upplever just nu, från ingen till svår. Dementa personer verkar föredra visuella metoder före analoga och numeriska skalor. En brist i VRS är saknaden av ord för att beskriva smärta. En brist i PAINAD enligt är att poängen baseras på observationer. Vidare skriver de att studieunderlaget är litet, 80 % av deltagarna var kvinnor och smärtskattningen enbart utfördes vid ett tillfälle.	M
Kvalitativ	Götell, E., Brown, S., Ekman, S L.	Caregiver Singing and Background	Med studien ville man ta reda på hur	Enligt forskarna är detta den första studien där man	Den situation som man analyserade i studien var	Under den ”vanliga” morgonstunden verkade patienten ofta missförstå	H

	2002. Sverige.	Music in Dementia Care.	det dagliga arbetet mellan vårdaren och den dementa fungerar, och/eller påverkas av musik under tiden.	använder musik som intervention vid vård av dementa. Deltagarna i studien bestod av 10 stycken personer boende på en vårdavdelning med specifik inriktning mot dementa. De hade alla svår demens, och inga inklusions eller exklusionskriterier användes förutom att deltagarna skulle vara långt gångna i sin demenssjukdom. Åldern på deltagarna varierade mellan 80 och 90 år. Fördelningen mellan könen var 8 kvinnor och 2 män. Alla hade MMSE-poäng (Mini Mental Status Examination) mellan 0 och 12 poäng.	rutinerna vid ”morgonomhändertagandet”, vilken utspelade sig i badrummet mellan klockan 07.00 och 09.00, och pågick i mellan 6 till 22 minuter. Dessa tillfällen videofilmades för att kunna analyseras. Både vårdaren och patienten syntes på filmen men bara överkroppen filmades. När det var över intervjuades personalen angående sin åsikt av hur det gått under ”omhändertagandet”, denna intervju filmades. Senare under samma dag tittade vårdaren och ”forskaren” på filmerna igen så att vårdaren fick en ny chans att säga hur det gått och eventuellt kommentera händelserna ytterligare. Även detta filmades. Man genomförde 3 tillfällen med morgonomhändertagandet för varje patient. Andra gången genomfördes efter i snitt 3 dagar, och då spelade man bakgrundsmusik för patienten (musiken man spelade var sådan som var bekant för och omtyckt av den dementa enligt uppgifter ifrån dennes anhöriga etc.) . Efter ytterligare i snitt 9 dagar genomfördes det tredje tillfället och då lät man vårdaren sjunga för patienten under tiden.	vad som skulle hända och inte fungerade i kommunikationen med sin vårdare. Vid det andra tillfället då man spelade bakgrundsmusik under tiden kunde man se att patienten kunde kommunicera bättre med sin vårdare och dessutom bättre förstå och ta till sig vad han/hon skulle göra i den aktuella situationen, samt själv tala om hur han/hon kände. Vid det tredje och sista tillfället när vårdaren sjöng för patienten kunde man se att vårdaren och patienten interagerade ihop genom musiken utan att säga så mycket.	
Kvalitativ	Hansebo, G., Kihlgren, M.	Carer's interactions with patients	Syftet med studien var att studera mötet	Studien genomfördes på ett vårdhem i en stad i Sverige.	Man använde sig av en Fenomenologiskt och	Efter att 12 månaders återkommande utbildning & intervention märkte	H

	2001. Sverige.	suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness.	mellan den dementa vårdtagaren och vårdaren, samt se om omhändertagandet/be mötandet ändrades och/eller förbättrades under den period som interventionen pågick.	Boendet har 14 boende som lider av demens. Fyra vårdare och 9 patienter ifrån boendet deltog i studien (man var 5 från början men 1 hoppade av).	Hermeneutiskt ansats. De deltagande vårdarna fick utbildning/ intervention 2 timmar i månaden. Omhändertagandet som vårdarna gav patienterna på vid "morgonarbetet" filmades i början av studien, efter 6 månader samt efter 12 månader för att se om omhändertagandet ändrades/förbättrades. Filmerna analyserades och man skrev ner allt som sades/gjordes på filmerna, och detta delades sedan in i teman under analyserna av data.	man att omhändertagande av de dementa förbättrades. Vårdarna försökte att få patienterna mer delaktiga i morgonarbetet. De presenterade sig själva, använde patienternas förnamn och förklarade vad som skulle ske innan de gjorde någonting. De visade och frågade patienterna vad som skulle ske, och frågade om de själva ville försöka göra det. Vårdarna lärde sig att se människan bakom sjukdomen och bemöta de "unika personerna" på det sätt som de ville bli bemötta.	
Kvantitativ	Horgas, A., Lee Nichols, A., Schapson, C., Vietes, K. 2007. USA.	Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships Among the Patient's Pain Assessment Instrument, Self-report, and Behavioural Observations.	Utvärdera effekten av reliabilitet och validitet av NOPPAIN (smärtskala) när den används för smärtskattning. Man ville också ta reda på hur skalan fungerar för att upptäcka smärta då användaren är sjuksköterska under utbildning med minimal träning i användningen av skattningsverktyget.	Man utförde denna studie på ett urval av 40 personer (20 med intakt kognitiv förmåga och 20 med nedsatt kognitiv förmåga) från en större studie med 128 deltagare. I den "ursprungliga" studien inkluderades personer i åldern 65 och uppåt, kunniga i det engelska språket, kunde resa sig själva upp från en stol (eventuellt med assistans), reumatism i de nedre extremiteterna, adekvat syn och hörsel för att kunna genomföra intervjuerna.	I den ursprungliga studien använde man sig av intervjuer och videofilmade tillfällen då de 128 deltagarna fick utföra "smärtsamma" aktiviteter. I denna "lilla" studie valde man ut en undergrupp på 40 deltagare. Godkännande erhöles ifrån deltagarna (och i vissa fall deras "förmyndare" eller anhöriga) enligt de gällande riktlinjerna.	Med relativt lite träning i att använda smärtskattningsskalorna kunde sjuksköterskestudenterna använda "verktygen" och få en bra skattning av smärtan hos patienterna. Efter lite träning skattade studenterna smärtan i 90 % av fallen likadant som "facit" forskarna gjort upp. Man fann dock att denna skattning fungerade bäst på de äldre som har kvarvarande kognitiv funktion och sämre på de med till exempel demens. Detta betyder att det behövs alternativa "verktyg" för denna patientgrupp.	M
Kvantitativ	Husebo, B S., Strand, L I., Nilssen, R M., Husebo, S B., Snow, A L., Ljunggren, A E. 2007 Norge	Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID). Development and Validation of a Nurse Administered Pain Assessment Tool for	Att beskriva utvecklingen av MOBID och att undersöka aspekter som kan påverka skalans validitet och reliabilitet	Ålder över 65 år. Inneiggande på vårdavdelning. Diagnostiserad SCI Mini Mental State Examination poäng 11 eller lägre. En anhörig eller advokat som regelbundet besöker honom/henne. Endast patient	Observationer utförda av två olika grupper. Grupp 1 bestod av 11 st sjuksköterskor som kände patienterna. Grupp 2 bestod av 3 externa observatörer (SSK) som inte kände till patienterna. Vissa delar av	Den vanligaste indikationen på smärta var ansiktsuttryck, följt av ljud/läten som uttryckte smärta samt skyddande rörelser. Den mest smärtsamma rörelsen var lyft av armar och ben. MOBID är det första sjuksköterskeadministrerade smärtskattningsverktyget som baseras på observationer. Det är	

		Use in Dementia		med misstänkt kronisk smärta sedan 3 månader, med en smärta som skattas till över 3 på en numerisk smärtskattningsskala. Exklusionskriterier var: delirium, psykos, afasi, svåra hörselnedsättningar, akut sjukdom eller akut smärta.	observationerna spelades in på video. Muntlig och skriftlig information gavs och medgivande inhämtades.	”enkelt” att höra och avgöra om de ljud/låten som patienten ger ifrån sig är tecken på smärta. Studien beskriver hur författarna konstruerar och utvecklar verktyget. När observatörer som kände patienterna sedan såg på videofilmerna så skattade de smärtan högre än kollegan som satt hos patienten och skattade smärtan.	
Kvantitativ	Kovach, CR., Noonan, PE., Griffie, J., Muchka, S., Weissman, DE. 2003 USA	Use of the Assessment of Discomfort in Dementia Protocol	Att beskriva användandet av ADD (Assessment of Discomfort in Dementia protocol) protokoll i den kliniska verksamheten.	143 deltagare valdes ut på sex stycken icke vinstdrivande långvårdsboende i en amerikansk stad. 116 stycken (81 %) var kvinnor och 27 stycken (19 %) var män. Åldern var 56 -100 år med en medelålder på 86,6 år. Inklusionskriterier var demensdiagnos, och bedömdes av personalen ha svårt för att verbalt uttrycka sina behov.	Personalen utbildades i användandet av ADD. Protokoll användes i 1-2 mån på varje vårdboende innan studien började. En sjuk-sköterska med specialkompetens inom demens eller palliativ vård besökte vårdhemmen minst 1gg/vecka under denna 1-2 månader långa period för att assistera personalen vid användandet av ADD. En bedömning av deltagarna gjordes med MMSE samt FBP (Functional Behavior Profile). I studien användes 20-30 st ifyllda protokoll från varje vårdhem.	Totalt användes 161 protokoll i studien, man använde protokollet vid 10 resp. 11 ggr på två av deltagarna. De som man använde ADD på hade högre poäng vid MMSE i snitt 7.02 p mot 4.47 p hos de där man inte använde ADD. Detta tyder på att personer med kraftigt nedsatt kognitiv förmåga saknar verbal förmåga att uttrycka smärta. Protokoll användes på dem som visade verbala tecken på smärta och/eller beteendeförändringar. Det vanligaste symtomet på smärta var verbal klagan (20 %), men även symtom som ansiktsgrimaser, fysisk aggression, gråt, samt jämmer var vanligt förekommande. En del försökte att fly från platsen, ta sig ur sängen eller rullstolen. Vid 15 av de 161 fallen motsatte patienten sig omvårdnaden. I sju av fallen förnekade patienten smärta trots att sjuksköterskan såg att en smärtstillande effekt uppnåddes av tillförda läkemedel. I 5 av fallen hoppade sjuksköterskan över steg i protokollet, dvs. att kontrollera puls, blodtryck, svettning, ögon etc. I 44 av protokollen kan man se att symtomen avtog eller minskade efter att den ansvariga sjuksköterskan vidtog omvårdnadsåtgärder. Exempel på	H

						<p>detta var terapeutiska samtal, att patienten fick lite snack att tugga på, eller fick byta läge alt röra på sig. Vid 91 fall gav sjuksköterskan analgetika. Vid 38 fall uttryckte patienten smärta verbalt, innan protokollet använts eller under tiden. Författarna nämner det faktum att SSK i studien arbetar på boenden som arbetar med att införa bättre smärtskattningsverktyg. Det är en stor utmaning att identifiera och behandla smärta hos dementa personer som inte själva direkt kan peka på vad det är som är fel.</p>	
Kvantitativ	<p>Leong, I Y-O., Chong, M S., Gibson, S J.</p> <p>2006.</p> <p>Singapore.</p>	<p>The use of a self-reported pain measure, a nurse reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: a validation study.</p>	<p>Att jämföra funktionen mellan 3 skattningsskalor. Dessa var: själv rapporterad smärtskala (SRPS), en 4-gradig skala (ingen smärta, mild smärta, svår smärta, mycket svår smärta).</p>	<p>Deltagarna var 88 patienter, boende på ett vårdboende, med måttlig eller svår demens som diagnostiserats av en geriatriker enligt kriterierna i DSM-IVR och Functional Activity Staging (FAST). Dessutom skulle deltagarna kunna svara på frågor/enkäter angående sin smärta och dess svårighetsgrad.</p>	<p>Deltagarna fick bedöma sin, under den senaste veckan, upplevda smärta med hjälp av självskattningsverktyg (VDS, SRPS). Vårdpersonal på deras boende fick skatta patienternas smärta den senaste veckan utifrån sina skattningsverktyg. Sedan gjordes en jämförelse mellan deras resultat.</p>	<p>Den skattade graden av smärta skiljer sig mellan de som görs med självskattning och de som görs via vårdpersonalens observationer. Detta beror enligt författarna troligtvis på att den självskattning patienten gör är väldigt beroende av patientens humör, eventuella depression kulturella aspekter och andra faktorer.</p>	H
Kvalitativ Kvantitativ	<p>Manfredi, P L., Breuer, B., Meier, D E., Libow, L.</p> <p>2003</p> <p>USA</p>	<p>Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia</p>	<p>Att värdera reliabiliteten och validiteten av ansiktsuttryck som smärteindikator hos patienter med svår demens</p>	<p>Studien utfördes på ett sjukhem som är under samma tak som ett universitetssjukhus. 8 st personer utan demenssjukdom intervjuades och 9 st personer med demens som ej kunde kommunicera verbalt observerades och spelades in på video. Alla deltagare hade trycksår som man bytte förband på.</p>	<p>Intervjuer och observationer. Forskarna identifierade alla patienter som hade trycksår på vårdhemmet under en nio månaders period sedan valde man ut 8 personer som man skulle intervjua i samband med bytet av förbanden. Vidare valde man ut nio personer med demens som man videofilmade i samband med sårömläggning. Videobandet visades sedan för 18 personer, 8 medicinkandidater och 10 sjuksköterskor. Sedan fick de</p>	<p>Sjuksköterskornas och läkarnas bedömning av dementa patienters smärta är korrekta i 80-90 % av fallen då de tar hjälp av ansiktsuttrycken som personerna visar enligt studien. Många svårt dementa personer som inte kan kommunicera riskerar att bli underbehandlade då personalen inte upptäcker deras upplevelse av smärta.</p>	H

					bedöma vilken grad av smärta de trodde patienterna upplevde utifrån ansiktsuttryck och ljud.		
Kvalitativ (Delstudie)	Mentes, J C., Teer, J., Cadogan, M P. 2004 USA	The Pain experience of Cognitively impaired Nursing Home residents: Perceptions of Family Members and Certified Nursing Assistants.	Att samla och utvärdera huruvida information från familjemedlemmar och vänner om en patients smärtaupplevelser under livet och uttryck för smärta påverkar smärtskattningen av patienter med nedsatt kognitiv förmåga. Samt att utvärdera smärtinformation från de direkta vårdgivarna.	20 stycken boende på äldreboende i USA. Medelåldern var 82 år 13st kvinnor och 7 män. Deltagarna valdes ut på basis av den bedömning av kognitiva förmågan som personalen gjort med hjälp av ett instrument (MDS Resident Assessment Instrument 2.0). Inklusion: 2 eller 3 poäng i testet MDS RAI) samt minst en dokumenterad medicinsk diagnos som orsakar smärta. Dessutom intervjuades 14 familjemedlemmar, 2 nära vänner samt elva stycken ur personalgruppen.	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Alla deltagarna fick information innan de valde att delta. Deltagandet var frivilligt. Familjemedlemmarna och personalen intervjuades av 2 sjuksköterskestudenter som var research Assistants under studien. Intervjuerna med personalen skedde på vårdhemmet och familjemedlemmarna intervjuade man via telefon. De var 45-60 minuter långa.	Familjemedlemmarna kände till att det kan vara svårt att upptäcka smärta hos personer med nedsatt kognitiv förmåga. De kunde "ge" forskarna många nonverbala tecken på smärta, som kan visa på smärta hos deras anhängig . Tecken på smärta kunde bl.a. vara att personen gnuggar det smärtande stället speciellt ben eller händer, uppvisar ökad irritation eller agitation, mumlande, ansiktsgrimaser ffa att de snörper munnen, och skelar med ögonen. Enl. en anhängig kan hosta var ett tecken på smärta. Personalen berättar att ett sätt för att upptäcka smärta är då personen inte betar sig som vanligt. De fokuserar speciellt på ögonen för där syns det tydligt om den boende har ont, om ögonen är öppna eller stängda, om de skelar etc. Genom att prata lugnande med dem kan man distrahera dem och få dem att "glömma" smärtan för en stund.	M
Kvantitativ	Miller, LL., Talerico, KA., Rader, J., Swafford, K., Hiatt, SO., Millar, SB., Smith, KR., Sloane, PD. 2005 USA	Development of an Intervention to Reduce Pain in Older Adults with Dementia: Challenges and Lessons Learned.	Att beskriva framtagandet av en intervention för att reducera smärta hos dementa personer.	17 personer (11 kvinnor, 6 män) med måttlig eller svår demens boende på något av de tre valda boendena. De skulle en demensdiagnos i journalen eller vid MMSE test. Vidare skulle de ha en smärterelaterad diagnos som artrit, ryggproblem, alternativt visa ett av tre symtom på smärta som författarna funnit i litteraturen. De tre symtomen är aggressivt beteende, motstånd vid omvårdnad,	Tre vårdhem med specialkunskap inom demensvården. 2 källor med kvalitativa data användes, journalanteckningar samt smärtbehandlingsplan. Deskriptiv data om deltagarna samlades in. Smärtbehandlingsplanen analyserades utifrån smärtytp, symtom på smärta, och givna analgetika. Studien pågick i 12 veckor.	De flesta medverkande hade både en smärterelaterad diagnos och uppvisade något av de tre symtomen. Alla deltagare visade olika tecken på smärta, och de kunde variera från gång till gång. Symtomen kunde vara skrikande, att de drog sig undan, motstånd, aggressivt beteende såsom att de vred om armen på vårdare, drog tag i dem, slog till eller bet vårdaren. Vissa gnuggade sig över knäna eller knep med ögonen. Forskarna skriver att det ibland var svårt att avgöra om beteendet berodde på smärta eller på	H

				ljud/rop på hjälp. SSK på boendet valde ut lämpliga deltagare, och deras familj eller god man fick besluta om medverkan.		oro, rädsla, kyla eller att de inte mår bra just då. 1 av 17 st deltagare kunde skatta sin smärta med Verbal Descriptor Scale, vissa kunde inte se skalan, några kunde läsa orden som beskriver smärta men kunde inte koppla ihop ordet och just den smärtan de upplever för tillfället. I personalstyrkan på hemmen fanns personer som trodde att dementa inte kan känna smärta eftersom de inte klagar på smärta. Det finns inget välaccepterat och välvaliderat smärtskattnings verktyg för denna populationen enligt forskarna, men 10 stycken observationsverktyg finns framtagna. De har alla begränsningar enl. dem. Endast ansiktsuttryck/grimaser är ett gemensamt symtom för alla verktygen. Vårdpersonal måste lära sig att beteende som aggressivitet och upprepade ord kan bero på smärta.	
Kvantitativ	Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J-P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., Gold, G. 2006. Schweiz.	Pain in Severe Dementia: Self-Assessment or Observational Scales?.	Att ta reda på hur bra en självskattning (av smärta) fungerar på gravt dementa personer som bor på en vårdavdelning, samt jämföra funktionen med observerade data.	Fransktalande patienter, ålder 65 år och uppåt, boende på en geriatrisk eller psykiatrisk vårdavdelning under en 15månaders period. De ska uppfylla kriterierna (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4: th ed.) för demens, ha en MMSE (Mini- Mental State Examination) poäng som är lägre än 11, samt Clinical Dementia Rating på 3 eller högre.	Prospektiv klinisk studie. Tre självskattningsverktyg användes, "verbal", "horizontal visual" och "faces pain scale". Alla patienter tillfrågades angående om de kände någon smärta under tillfället för skattningen. Man samlade också in uppgifter om patientens diagnoser, ev. smärtlindring etc. På samma dag gjordes en observerande smärtskattning av den ansvariga sjuksköterskan på patienten.	Vårdpersonal ska inte rutinmässigt använda observerande skattningsskalor på alla dementa patienter efter som många av dem är kapabla att på ett tillförlitligt sätt "rapportera" om sina smärtekänslor och smärt- upplevelser. Självskattning, som är den metod som visar den verkliga smärtan utifrån patientens upplevelser bäst, är mycket tillförlitlig att använda på den största delen av den dementa patientgruppen.	H
Kvantitativ	Scherder, E., Van Manen, F.	Pain in Alzheimer's disease: nursing assistants and	Att ta reda på om det förekommer någon skillnad i	Studien utfördes på 2 Holländska vårdhem. Man hade med 37 deltagare i	Designen man använde var fallkontrollstudie. Fallgrupp= Alzheimers-	Alla deltagare utan AD förstod meningen med, och hur man använde smärtskattningsverktygen.	M

	Nederländerna. 2004	patients evaluation.	smärtskattningen mellan "Nursing assistans" ("undersköterska", egen tolkning), äldre personer utan demens samt äldre personer med "trolig" AD (Alzheimers Disease= Alzheimers sjukdom).	studien, varav 20 stycken med "trolig" AD och 17 stycken äldre utan någon demenssjukdom. Man beskriver inte hur fördelningen mellan könen var. Däremot kan man se att det inte förekommer någon större skillnad i ålder mellan grupperna, åldern sträcker sig mellan 72 till 98 år. Exklusionskriterierna var ganska många, till exempel: dålig syn, depression, epilepsi, alkoholism. En av förutsättningen för att kunna bli aktuell för studien var att man hade minst en "smärtsam sjukdom, helst i de nedre extremiteterna eller i kotpelaren. Alla deltagare kunde gå själva, många använde dock gånghjälpmedel.	sjuka. Kontrollgrupp= deltagarna utan AD. Studien utfördes under 2002-2003. Smärtskattningarna genomfördes vid endast ett tillfälle, före och efter en kortare promenad. Undersköterskan (man valde ut den som hade bäst kännedom om respektive deltagare) gjorde en bedömning av vilken smärta han/hon upplevde att deltagaren kände med hjälp av de smärtskattningsverktyg som användes. Sedan fick deltagaren göra en självskattning av sin upplevda smärta.	Endast en utav deltagarna med trolig AD missförstod hur verktygen fungerade. Man kom fram till att deltagarna med trolig AD upplevde mindre smärta, och led mindre av den de upplevde, än deltagarna utan AD. Man fann att undersköterskorna "överskattade" smärtan i samtliga fall hos deltagarna med trolig AD. Denna överskattning kan vara ett tecken på att man vill visa att man tar även dessa patienter på allvar, men det kan leda till att smärstillande läkemedel skrivs ut och ges i fall där det inte är helt befogat. Det kan i sin tur leda till biverkningar för patienten och onödiga kostnader för sjukvården.	
Kvantitativ	Taylor, LJ., Herr, K. USA 2003	Pain Intensity Assessment: A comparison of selected Pain Intensity scales for Use in Cognitively Impaired African American Older Adults.	Att avgöra reliabiliteten och validiteten av fyra utvalda smärtskattningsverktyg vid skattning av smärta hos en grupp av afrikansk-amerikanska äldre med en nedsatt kognitiv förmåga.	Ett bekvämlighetsurval av 57 afrikansk-amerikanska vuxna personer gjordes. Deltagarna var mellan 58 och 97 år. 44 stycken hade en nedsatt kognitiv förmåga och 13 st var kognitivt intakta. De rekryterades via en privat icke vinstdrivande organisation (Elder Care Service).	En kort intervju genomfördes med varje deltagare där forskarna visade och undervisade dem om hur de fyra olika smärtskattningsverktygen fungerade. De fyra verktygen var IPT Iowa Pain Thermometer), VDS (Verbal Description Scale), NRS (Numeric Rating Scale) samt FPS (Faces Pain Scale). De fick skatta sin aktuella smärta, en smärta de varit med om vid ett tidigare tillfälle samt sin smärta 14 dagar efter intervjun. Efter smärtskattningen gjordes ett test för att bedöma deras kognitiva	Deltagarna hade en medelpoäng på MMSE som var 20, under 24 poäng tyder på en viss nedsatt kognitiv förmåga. Personer med nedsatt kognitiv förmåga rapporterar mindre smärta än andra personer. Den skattade smärtan minskar i takt med att den kognitiva förmågan blir sämre. 61 % av deltagarna med en kognitiv nedsättning föredrog att använda FPS. Studien visar att både personer med en nedsatt kognitiv förmåga och personer med intakt kognitiv förmåga kan klara av att göra en smärtskattning med alla fyra verktyg. FPS bör användas i första hand om man ska utföra upprepad smärtskattning. FPS skalan har efter	M

					förmåga (Mini Mental State Examination). De fick i slutet av studien välja den skala som de föredrog. Deskriptiv korrelationell design användes.	studiens genomförande reviderats (FPS-R) för att anpassa den mer mot den vanliga metriskala (0-10). Vid smärtskattning av personer med nedsatt kognitiv förmåga är det viktigt att ge dem tid för att förstå frågor och formulera sina svar (respons).	
Kvalitativ	Ware, L.J., Epps, C.D., Herr, K., Packard, A. 2006. USA.	Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in Older Minority Adults.	Man hade vissa frågeställningar som man ville få besvarade genom studien, bland annat: Kan kognitivt försämrade respektive kognitivt intakta äldre personer ifrån en minoritetsgrupp använda valda smärtskattningsskalor för att skatta sin smärta?, och vad krävs för att kunna använda respektive smärtskattningsskala?, med tanke på kognitiv status, utbildningsnivå, ålder samt kön.	Deltagarna kom ursprungligen ifrån en minoritetsgrupp, största delen var afro-amerikaner, och de resterande var asiater eller latinamerikaner. De var i behov av hjälp och de hade en MMS (Mini Mental Status) på i snitt 23.	Deskriptiv korrelationell design användes, enligt författarna, vid studien. Potentiella deltagare kontaktades, av en anställd på någon "health care agencies" där de är "inskrivna" för att ta reda på om de ville delta i studien. Ett godkännande fick signeras efter att information om studien erhållits. Sedan genomfördes individuella intervjuer med respektive deltagare. Under dessa fick de information om smärtskattningsverktygen och sedan fick de skatta sin smärta med hjälp av dem. Proceduren upprepades efter 2 veckor, och då fick deltagarna även tala om vilken skala de tyckte vara lättast att förstå/använda vid sin smärtskattning.	Man kom i studien fram till att det fungerade bra att låta de äldre personerna tillhörande en minoritetsgrupp, med försämrade kognitiv förmåga, använda sig av de smärtskattningsverktyg man "utvärderade" i studien. Man poängterar att det som fungerar bäst vid smärtskattning hos personerna med afroamerikanskt ursprung var FPS-R (Faces Pain Scale Revised). Hos deltagarna med asiatiskt eller latinamerikanskt ursprung fungerade den skalan bäst om den användes i kombination med övriga smärtskattningsskalor.	H
Kvantitativ	Zwakhalen, S.M.G., Hamers J.P.H., Berger, M.P.F. 2005 Nederländerna	Improving the clinical usefulness of a behavioural pain scale for older people with dementia	Att reducera antalet punkter i PACSLAC skalan som en del i konstruktionen av en nederländsk version. Skalan ska användas för att bedöma smärta hos äldre nederländska personer med	Deltagarna var 128 st vårdhemspatienter från 12 olika demensavdelningar. De var 100 kvinnor och 28 män i åldrarna 60-96 år, med en medelålder på 82 år. För att bli inkluderade skulle de vara minst 60 år, ha bott på hemmet i minst 4 veckor, och ej ha genomgått något	Observationsstudie Alla patienter observerades under tiden som de fick sitt influensavaccin, och en grupp (n=35) utvalda observerades också i ett moment som var smärtsamt för just dem. Demografiska data (ålder, kön, demensdiagnos etc.)	Av deltagarna hade 61 st en svårt nedsatt kognitiv förmåga, 36 st en medelsvår nedsättning och resten hade en mild grav av nedsättning. Studien visar att de sex vanligaste tecknen på smärta hos deltagarna var att de drar ihop ansiktet, ändrade ögonrörelser, uttalar smärta, rynkad panna, ljud som tyder på smärta. Andra tecken på smärta som	M

			demens, boende på vårdhem. PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)	stort miljöbyte sista månaden. De skulle få sitt influenzavaccin i samband med studien. Man exkluderade de med en psykisk sjukdom eller Korsakovs syndrom	samlades in om deltagarna och lades in i datatabeller. Cognitive Performance Scale (CPS) användes för att utvärdera deltagarna kognitiva förmåga innan studien. Information om deras demensdiagnos och senaste flytt etc. togs ur patientjournalerna. Smärtan skattades sedan av en observatör med den nederländska versionen av skalan PACSLAC.	förekom i studien var öppen mun, rastlöshet, röd ansiktsfärg, oro, gnisslande tänder, mumlande, grimaser. Man reducerade antal punkter i skalan från 60 till 24 efter studien då man vid observationerna fann att man inte hade nytta av alla punkterna i skalan. Författarna menar att de socioemotionella punkterna i skalan är mer specifika och viktiga för smärtskattning hos personer med demens än exempelvis ansiktsuttryck som används i ett stort antal skattningsskalor. Deltagarnas ansiktsuttryck visade tecken på smärta även i situationer så de vilade och observatören bedömde att de inte hade smärta.	
--	--	--	---	---	---	--	--