



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

IDENTIFIERING AV SMÄRTA HOS ÄLDRE PERSONER MED DEMENS SJUKDOM

EN LITTERATURSTUDIE

KAJSA FRITZIN
ERIK HOLMER

IDENTIFIERING AV SMÄRTA HOS ÄLDRE PERSONER MED DEMENS SJUKDOM

EN LITTERATURSTUDIE

KAJSA FRITZIN
ERIK HOLMER

Fritzin, K & Holmer, E. Identifiering av smärta hos äldre personer med demenssjukdom. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2010.

Personer som drabbats av demenssjukdom kan ha svårigheter att självrapportera smärta på grund av den kognitiva nedsättning som följer sjukdomen. En stor uppgift för vårdpersonal är därför att ha kunskaper om hur smärta kan identifieras inom denna patientgrupp. Detta skulle, om adekvat smärtbehandling sätts in, medföra en minskning av onödigt lidande samt en ökad livskvalitet. Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur vårdpersonal kan identifiera smärta hos äldre individer med demenssjukdom. Metoden har följt Goodmans (1993) sju steg för litteratursökning och sammanställning av evidensbaserad forskning inom hälsa och sjukvård. Databasinsamlingen genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO. Artiklar som svarat på syftet har kvalitetsbedömts efter ett modifierat protokoll av Willman m fl (2006). Analysen är kategoriserad efter resultat angående metoder som identifierar smärta med två huvudkategorier: självskattningsmetoder och observationsmetoder. Resultatet visar att en stor del av personer med demenssjukdom kan förmedla smärta via de tre självskattningsskalorna FPS, VAS och VRS. Högst förståelse för självskattningsinstrumenten visades vid användning under rörelse eller under ett aktivt stimuli. Vanligt registrerade beteende via observationsinstrument var smärtiljud, ansiktsuttryck och smärtförsvar. Flest smärtbeteende observerades under rörelse. Slutsatser som dragits är att ett flertal självskattningsinstrument och observationsmetoder har visat en potential till att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom. Genom observationsinstrumenten har somatiska, psykosociala och motoriska indikatorer på smärta återkommit som observerbara.

Nyckelord: Demenssjukdom, litteraturstudie, smärta, smärtidentifiering, smärtskattning, äldre personer.

IDENTIFYING PAIN IN ELDERLY INDIVIDUALS WITH DEMENTIA

A LITERATURE REVIEW

KAJSA FRITZIN
ERIK HOLMER

Fritzin, K & Holmer, E. Identifying pain in elderly individuals with dementia. A literature review. *Degree Project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2010.

Individuals with dementia may have difficulties in self reporting pain due to the cognitive impairment resulting from their disease. A major task for healthcare workers is to have an understanding of how pain can be identified in this group of patients. This would, if adequate pain relief is applied, result in a reduction of unnecessary suffering and increased quality of life. The purpose of this study is to investigate how health professionals can identify pain in elderly individuals with dementia. The method followed Goodman's (1993) seven stages of literature search and compilation of evidence-based research in health care. The data collection was conducted in PubMed, CINAHL and PsycINFO. Articles which responded to the objectives of this study have been quality assessed by a modified protocol of Willman et al (2006). The analysis is categorized according to the results on methods that identify pain with two main categories: self-assessment methods and observational methods. The results show that a large proportion of individuals with dementia can communicate pain through the three self assessment pain scales FPS, VAS and VRS. More understanding of the self assessment instruments was seen when used during movement or during an active stimulus. Common registered pain behaviors via observational instruments are pain noises, facial expressions and defense. Most pain behaviors were observed during motion. The conclusions are implying that several self-assessment instruments and observation methods have shown potential in identifying pain in people with dementia. Three categories: somatic, psychosocial and motor indicators of pain recurred as observable.

Keywords: Dementia, Elderly Adults, Identification of Pain, Literature Review, Pain, Pain Assessment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Demenssjukdom	6
Prevalens	6
Patofysiologi	7
Symtom	7
Diagnos och utredning	8
Omvårdnad av individer med demenssjukdom	8
Smärta	9
En individuell upplevelse	9
Uttryck av smärta	9
Bedömning av smärta	10
Smärta hos individer med demenssjukdom	10
Lagar och riktlinjer	10
Sjuksköterskans roll	11
En yttre resurs	11
Tidigare forskning	12
SYFTE	12
Frågeställningar	12
METOD	12
Identifiering av problemet samt preciserande av syftet	13
Bestämda inklusionskriterier och exklusionskriterier för studien	13
Litteratursökningen	13
Analysering, tolkning och värdering av studierna	14
Sammanställning av resultaten	14
Slutsatser/rekommendationer	15
RESULTAT	15
Självskattningsmetoder	15
Allmän självrapportering	15
Faces Pain Scale (FPS)	15
Visuell analog skala (VAS)	16
Verbal Rating Scale (VRS)	16
Sammanfattande resultat av självskattningsskalor	17
Observationsmetoder	17
Allmänna smärtbeteende hos personer med eller utan kognitiv nedsättning	17
Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT)	17
Doloplus-2	18
Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity- Dementia Pain Scale (MOBID)	19
Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)	19
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)	20
Sammanfattande resultat av observationsmetoder	20

DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Syfte	21
Litteratursökning	22
Kvalitetsbedömning	22
Analysförfarande	23
Resultatdiskussion	23
Självskattningsmetod	23
Observationsmetod	24
Omvårdnad	26
SLUTSATS	27
Självskattningsmetod	27
Observationsmetod	27
Vidare forskning	27
REFERENSER	28
BILAGOR	32

INLEDNING

Personer med demenssjukdom riskerar att leva i en smärtfylld tillvaro. Kognitiva och verbala hinder till följd av sjukdomen kan inverka på förmågan att uttrycka viljor och önskemål. En svårighet i att förmedla smärta kan därför leda till att den drabbade personens välbefinnande ligger i deras vårdares händer. Kunskap om hur smärta kan identifieras hos personer med demenssjukdom är därför en central del i omvårdnaden.

Trots en hög prevalens av smärtproblematik i denna population (Proctor & Hirdes, 2001), tenderar smärta hos personer med demenssjukdom att bli underskattad och underbehandlad (Morrison & Siu, 2000). En oacceptabel situation, som utifrån bejakandet av patienters integritet och värdighet i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005), inte borde få råda.

BAKGRUND

Bakgrunden syftar till att ge kunskap om och leda fram till litteraturstudiens problemområde som berör smärtproblematik hos individer med demenssjukdom. Ämnen som behandlas är olika aspekter av demenssjukdom med relaterad omvårdnad samt fenomenet smärta med dess olika uttryck.

Demenssjukdom

Historiskt sett har demenssjukdom beskrivits som begravning utan slut, förlust av själv och död före död (Nordberg & Zingmark, 2002). Under de senaste årtiondena har en mer nyanserad bild växt fram. Tusentals artiklar har blivit skrivna inom ämnesområdet och under WHO:s klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases) har en mångfald av olika kriterier för varierade demenssjukdomar framarbetats (Marcusson m fl, 1997). Enligt dessa ICD-10-kriterier innebär demenssjukdom en försämring av minnesfunktionen samt andra kognitiva funktioner såsom planerings-, organiserings- och bedömningsförmåga. Till detta kan även en nedsatt emotionell kontroll eller motivation, alternativt förändringar i socialt beteende tillkomma. Medvetandet blir dock inte grumat på grund av demenssjukdomen (World Health Organisation, 1993). Dessa yttringar medför att individer med demenssjukdom kan ha svårigheter med språk och kommunikation, emotioner, inlärning och orientering, vilket påverkar förmågan att hantera det dagliga livet (Larsson & Rundgren, 2003).

Prevalens

Prevalensen av demenssjukdomar är stor bland äldre. I åldersgruppen 60-64 år är förekomsten beräknad till 1,5 procent i Sverige. För varje femårsklass över 65 år fördubblas andelen äldre med sjukdomen. Nästan hälften av befolkningen i åldern 95 år eller äldre är drabbad. I Sverige är andelen kvinnor med demenssjukdom högre än andelen män med demenssjukdom. Det beror dels på att kvinnor löper något högre risk att drabbas och dels på att kvinnor har en längre medellivslängd jämfört med män (Socialstyrelsen, 2009).

Förekomsten av demens är relativt likartad mellan olika världsdelar (Socialstyrelsen, 2009). Prince (2000) visar att prevalensen av demenssjukdom tenderar att vara något lägre i utvecklingsländer än i industrialiserade länder. En trolig anledning förklaras vara att personer med demenssjukdom från utvecklingsländer inte sällan diagnostiseras senare i sjukdomsförloppet och därmed ses ett missvisande resultat då prevalensen studeras. Ytterligare en förklaring är att medellivslängden är högre i många industrialiserade länder.

Patofysiologi

Demens används som en samlingsbeteckning vilken innefattar ett flertal olika former av demenssjukdom (Wikkelsø & Wallin, 2006). Primärdegenerativa demenssjukdomar, såsom Alzheimers sjukdom, är det vanligaste demenstillståndet i Sverige (Gustafson, 2002). De primärdegenerativa demenssjukdomarna har gemensamt att de i första hand angriper det centrala nervsystemet. Beroende på vilken demenssjukdom som berörs angrips olika strukturer och funktioner i hjärnan vilket resulterar i en tillbakabildning av neuron. Denna process kan även inverka på andra organ och beröra andra typer av celler och vävnader (a a).

Vaskulär demens är det näst vanligaste demenstillståndet och beror på en underliggande kärlsjukdom. Kärlsjukdomen påverkar hjärnans blodförsörjning, vilket leder till skador i hjärnan som medför demensutveckling (Wahlund, 2002a).

Symtom

Demens kan yttra sig på olika sätt, dock sker alltid en successiv förändring av intellektuella funktioner oavsett vilken demenssjukdom. Gemensamt för de olika demenssjukdomarna är personlighetsförändringar och beteendestörningar som bland annat kan yttra sig genom aggressivitet, skrik och vandringsbeteende. Depressiva och psykotiska symtom är inte ovanligt förekommande. De psykotiska symtomen består främst av vanföreställningar (Socialstyrelsen, 2009). Depressiva symtom förekommer framför allt under sjukdomens tidiga stadier och är mer vanligt förekommande vid vissa specifika former av demenssjukdom, däribland vaskulär demens (Larsson & Rundgren, 2003).

Alzheimers sjukdom, den vanligaste förekommande typen av demenssjukdom, karaktäriseras av en smygande debut och ett progredierande sjukdomsförlopp. I ett tidigt skede av sjukdomen föreligger, hos majoriteten av individerna, framförallt en korttidsminnesstörning, men även en påverkan på långtidsminnet. Vanligen förmår individerna dölja symtomen i sjukdomens begynnande förlopp, men successivt sker en förändring av hela personligheten och symtomen blir mer påtagliga. Redan tidigt i förloppet uppträder kognitiva störningar som påverkar personens verbala förmåga, med bl a ett mindre ordförråd och där patienten ofta stannar upp i meningar och letar efter ord. Successivt påverkas även rumsuppfattningen och den spatials orienteringsförmågan vilket kan leda till att individen går vilse. Allteftersom sjukdomen fortskrider utvecklas en emotionell avtrubning med minskat intresse för anhöriga. I relation till den emotionella avtrubningen blir flertalet individer med Alzheimers sjukdom ofta tysta, skygga och tillbakadragande. Inte sällan uppträder plötsliga svängningar mellan lugn, glädje och ilska. Ofta sker även en motivationsmässig förändring där personen antingen uppvisar rastlöshet eller apati (Wikkelsø & Wallin, 2006).

Karakteristisk för personer i det senare sjukdomsförloppet av Alzheimers är att logokloni, dvs upprepning av delar av ord uppträder. Sent i förloppet tenderar individernas gång bli stel med en framåtlutad kroppshållning. När sjukdomen avancerat ytterligare förekommer vanligen ökad muskeltonus, i synnerhet i benen (Wikkelsø & Wallin, 2006).

Diagnos och utredning

Vid diagnostik av misstänkt demenssjukdom är det av betydelse med en gedigen genomgång av anamnes, där uppgifter från anhöriga och omgivning är väsentliga. Läkare gör även en allmänmedicinsk och en neurologisk bedömning. Den neurologiska bedömningen syftar till att identifiera eventuella tecken på lokaliserad och diffus hjärnskada. I utredningen ingår även en bedömning av kognitiva funktioner, vilket bl a kan göras med hjälp av Mini Mental Test (MMT) (Wikkelsø & Wallin, 2006). MMT genomförs på 10-15 minuter och består av 10 frågor som undersöker patientens orienteringsförmåga, minne, uppmärksamhet, språkliga samt visuospatiala förmåga. Maximalt kan 30 poäng erhållas och ett resultat på 24 poäng tyder på att en kognitiv funktionsnedsättning föreligger. Testet indikerar på en sämre kognitiv status ju lägre poäng patienten erhåller. Dock kan resultatet för testet endast betraktas som en riktlinje eftersom falskt positiva och negativa resultat förekommer. Därmed kan inte testet ensamt ligga till grund för en demensdiagnos (Folstein m fl, 1975; Wahlund, 2002b).

Omvårdnad av individer med demenssjukdom

Edberg (2002) beskriver angående individer med demenssjukdoms omvårdnadsbehov att den ”... minskade förmåga att förmedla sig, orientera sig och förflytta sig leder /.../ till ett totalt beroende av andra, för att kunna hantera sitt dagliga liv” (s 15). Vidare beskrivs att detta ger den som sköter omvårdnaden ett maktövertag. Med andra ord är vårdtagarens välbefinnande beroende av hur väl vårdpersonal tolkar individens uttryck för olika slags behov. Svårigheterna med omvårdnaden är att tolkningen av behov och upplevelser berör en varierad mångfald av dimensioner såsom fysiska, psykiska, sociala och kulturella. I en studie av Edberg m fl (2000) behandlas att personal som bedömer vårdtagarnas mående i många fall utgår ifrån deras eget stämningsläge, vilket resulterar i olika bedömningar. Slutsatsen i studien diskuterar att vårdpersonal har en anledning att kritiskt granska sig själv i omvårdnadsarbetet.

Individuellt utförande av omvårdnad. Enligt Ekman (2002) är det viktigt att, i omvårdanden av individer med demenssjukdom, se personen bakom sjukdomen och inte enbart diagnosen. Kunskap om sjukdomen är dock inte oviktig, utan är en betydelsefull grund. Ett sätt att öka förståelsen för vårdtagaren är att lära känna personen och dess sätt att uttrycka sig. För att kunna få tillgång till en sådan sorts förståelse måste kunskaper om vårdtagarens tidigare intresse och liv tas till vara på. Detta berikar omvårdnaden (a a). Som beskrivet under föregående rubrik är synen, tolkningen och förståelsen av vårdtagares personliga uttryck nödvändigt för att identifiera behov och därmed en viktig komponent i samspelet mellan vårdtagare och vårdare.

Att tänka på i mötet. Edberg (2002) beskriver att sättet att vara och tala är viktiga aspekter i mötet med en individ med demenssjukdom. Tonfallet och kroppsspråket har en stor betydelse eftersom innebörden av konversationens ord kan vara svåra att förstå för en person med demenssjukdom. För att inte ett lugn kan en låg och harmonisk röst användas. Enligt Ekman (2002) skapar höga

röstlägen vanligen oro hos individer med demens. Helst skall budskap som förmedlas uttryckas klart och tydligt utan långa och komplicerade meningar. Det är också en fördel att sätta sig på samma nivå under mötet, oftast inbjuder detta till tillit och trygghet. Även fysik beröring kan skapa tillit och trygghet exempelvis genom att hålla vårdtagarens hand.

Smärta

Smärta är en naturlig upplevelse och är viktig för vår överlevnad, eftersom den kontrollerar vårt beteende så att vi inte skadar oss (Linton, 2005). Det finns ingen klar definition över vad smärta är, utan betraktas idag mer likt ett fenomen med många olika aspekter (Hægerstam, 2007). Smärta är alltså inte enbart ett neurofysiologiskt fenomen utan det finns flera mentala processer, exempelvis emotioner, som har inverkan på smärtfenomenet. Det finns också sociologiska, kulturella och religiösa faktorer som har betydelse för hur en individ tolkar och rapporterar smärta, beroende på tidigare upplevelser av fenomenet genom sig själv och andra. Denna mångfasetterade natur innebär att smärtan inte är beroende av en vävnadsskada för att just upplevas som smärta.

En individuell upplevelse

Almås m fl (2002) beskriver smärta som en högst subjektivt upplevelse. Det är inte möjligt att mäta smärtan med objektiva instrument vilket medför att smärtan som upplevelse är bortom andras kontroll. En smärtpåverkad person blir ensam i sin upplevelse eftersom smärtan innehåller mer än vad som kan förklaras med ord. Det beskrivs som att "Det ligger /.../ en djup ensamhet i smärta, en ensamhet som för många är svår att uthärda" (s 65). Vidare menar Almås m fl, att om inte smärtupplevelsen uppfattas som trovärdig av andra, så förstärks ensamheten, hjälplösheten och känslan att vara övergiven. Strang (2005) understryker att ensamhet är en vanlig orsak till lidande i vår kultur. Lidandet har en annan dimension än den fysiska smärtan. Det uppstår när människan hotas psykiskt, socialt eller existentiellt, t ex när en individ inte förstår varför hon har ont eller inte har någon kontroll över sin smärta. Den fysiska upplevelsen av smärtan kan därför också vara befriad från lidande om individen kan hantera situationen genom att förstå eller uppfatta sin smärta som meningsfull.

Uttryck av smärta

Hægerstam (2008) skriver att det är naturligt med individuella skillnader i smärtupplevelser och uttrycket av dem. Uttrycket kan beskrivas som en smärtyttring d v s hur smärtan kommuniceras till omvärlden. Smärtyttringen kan kommuniceras genom en kognitiv process vilket innebär ett beskrivande av den. Alternativt kan smärtan uttryckas genom en regrediering till det emotionella språket, vilket bland annat innefattar skrik, stönande och suckande. Den emotionella yttringen är ett tydligt sätt att uttrycka smärta, dock beskriver den inte vad som är smärtans ursprung. Under smärtans ökande intensitet sker en gradvis försämring av verbal kommunikation, vilket dels ökar de emotionella yttringarna samt användandet av kroppsspråket som komplement. Kroppsspråket kan innefatta allt från sublima ögonrörelser till stora rörelser med både armar och ben. Även somatiska reaktioner som ökad hjärtfrekvens, muskeltonus, pupilldiameter samt ökat blodtryck kan vara tecken på smärta.

Emotioner är interagerade i smärtupplevelsen och påverkar både vår tolkning av smärtan samt reaktion. Emotionella reaktioner som kan utlösas av smärta innefattar rädsla, ångest, oro, nedstämdhet, ilska m m (Linton, 2005).

Bedömning av smärta

Vid bedömning av smärta är det viktigt att vara uppmärksam på ovan beskrivna uttryck av smärta. Almås m fl (2002) poängterar att observation är särskilt viktig vid smärtbedömning hos personer som har svårigheter att kommunicera verbalt. Bristfällig bedömning av smärta kan leda till otillräcklig behandling vilket kan medverka till negativa effekter på livskvaliteten som följd (Farrell m fl, 1996). Obehandlad smärta kan bl a leda till sekundära symtom som sömnsvårigheter, viktnedgång, depression, försämring av kognitiv funktion samt agiterade beteenden (Bruce & Ferrell, 1995; Cipher & Clifford, 2004).

Ett kompletterande sätt att bedöma smärta är att använda olika former av subjektiva mätinstrument. Med hjälp av dessa kan en uppfattning om smärtintensiteten bli mer tillgänglig (Jakobsson, 2007). Almås m fl (2002) beskriver två typer av skalor, visuella och verbala. Visuella skalor kan bestå av en linje, där patienten får bedöma sin egen smärta mellan två ytterligheter: ingen smärta och outhärdlig smärta. Verbala skalor har en grövre indelning med beskrivande ord. Patienten använder skalan genom att placera in sin smärtupplevelse under det ord som är mest överensstämmande med smärtan.

Smärta hos individer med demenssjukdom

I en jämförelse mellan individer med demenssjukdom och utan demenssjukdom riskerar de förstnämnda i högre grad att sakna adekvat smärtbehandling. Problematiken med att adekvat behandla smärta i denna patientgrupp, ligger i att vårdtagarna kan ha svårt att meddela och medverka vid skattning av smärtupplevelsen. Detta på grund av de verbala och kognitiva hinder som sjukdomen medför. Demenssjuka personer kan även ha svårt att uppfatta kroppens gränser. Därför kan det vara svårt för dessa personer att berätta var smärtan är belägen. Även minnet om hur personen själv kan göra för att lindra smärtan, som exempelvis att massera den smärtande kroppsdel, kan ha gått förlorad (Benedetti m fl, 1999; Blomqvist, 2002).

Bland äldre personer som bor på vårdboende är förekomsten av kronisk smärta vanligen mycket hög (Bruce & Ferrell, 1995). Studier visar att äldre personer med demenssjukdom, generellt sett, får en mindre andel analgetika än äldre personer som är kognitivt intakta. Följaktligen tenderar smärta hos personer med demenssjukdom att bli underskattad och underbehandlad (Morrison & Siu, 2000), trots en hög prevalens av smärtproblematik i denna population (Proctor & Hirdes, 2001). I relation till detta visar American Geriatric Society (2002) att det inte finns några belägg för att personer med demens upplever mindre smärta än personer utan nedsättning av kognitiv funktion.

Lagar och riktlinjer

I vården av personer med demenssjukdom är det viktigt att beakta att patienterna har samma fri- och rättigheter som övrig befolkning. Detta innebär att personen inte kan påtvingas vård, bortsett från om psykiatrisk tvångsvård blir aktuell (Björkstén, 2002).

Alla individer har enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) rätt till en god vård och på lika villkor. Vården ska även ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Enligt lagen ska respekt visas för individers självbestämmande och integritet. Dessutom ska vården och

behandlingen, så långt det är möjligt, utformas och genomförs i samråd med patienten.

Socialtjänstlagen (2001:453) reglerar kommuners ansvar för dem som bor i kommunen. Kommunen är skyldig att hjälpa och ge stöd till dem som vistas där, och förbinder sig till att inrätta särskilda boenden för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (SFS 1991:1128) har uppstått för att kunna vårda individer med en psykisk störning som är en fara för sig själv eller sin omgivning. I omvårdnaden av en person med demenssjukdom kan tvångsvård bli aktuellt om patienten t ex är mycket aggressiv, djupt deprimerad och/eller suicidbenägen. Viktigt att notera är att enbart demenssjukdom inte är en grund till tvångsvård. Enbart läkare vid psykiatriska kliniker kan besluta om tvångsvård är nödvändigt.

Sjuksköterskans roll

Utifrån kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) skall sjuksköterskan ”visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet” samt ”utifrån patientens och/eller närståendes önskemål och behov föra deras talan” (s 10).

Enlig ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) är ett grundläggande ansvarsområde att lindra lidande. Sjuksköterskan delar även med samhället ansvar för att ”initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov” (s 4).

Utifrån dessa dokument är det tydligt att sjuksköterskan har en viktig roll i välbefinnandet hos individer med demenssjukdom. Denna patientgrupps problematiska situation, med verbala och kognitiva hinder, gör dem utsatta med risk för att inte få lämplig vård. En del i detta berör adekvat smärtlindring.

Idag blir befolkningen äldre vilket leder till att allt fler drabbas av demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2009). Därför är det väsentligt att sjuksköterskor har kunskap om samt kan använda olika synsätt och verktyg för att lindra eventuellt lidande hos denna patientgrupp.

En yttre resurs

Carnevali (1996) har i samband med utvecklandet av sin modell, Dagligt liv ↔ Funktionellt Hälsotillstånd, beskrivit att ”Individens livskvalitet är avhängig av förmågan att upprätthålla en effektiv och tillfredställande balans mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurserna som finns tillgängliga för att tillgodose dessa krav” (s 23). Hälsa eller ohälsa har i detta sammanhang inte definierats som närvaron eller frånvaron av sjukdom utan efter befintlig eller obefintlig balans mellan det dagliga livets krav och inre och yttre resurser. En balans mellan dessa enheter bidrar till välbefinnande och livskvalitet oavsett hälsotillstånd.

Inre resurser eller den funktionella förmågan beskrivs som olika förmågor som individer eller grupper behöver för att hantera vanliga och ovanliga krav i sitt dagligliv. Yttre resurser är alla resurser som finns utanför individen eller gruppen. Kommunikation, eller förmågan att göra sig förstådd och förstå andra, beskrivs

som en inre resurs som är viktig för klara av det dagliga livets krav. Likaså utgör tolkningen av sinnesförmågor och förmågan att ta in och tolka information en viktig resurs. Kommunikation kan även beröra de yttre resurserna i form kontaktskapande via tekniska hjälpmedel (Carnevali, 1996).

Carnevali (a a) beskriver att ”De yttre resurserna kan innebära skillnaden mellan balans och grov obalans i hälsorelaterat dagligt liv” (s 33). Sjuksköterskan kan genom tillgodogörandet av kunskaper om de yttre och inre resurserna främja en balans mellan dessa och dagligt liv. Därav betraktas även sjuksköterskan som en yttre resurs.

Tidigare forskning

Herr m fl (2006) utvärderade, i en State of the Science artikel, redan existerande smärtskattningsinstrument bland äldre personer med en verbal funktionsnedsättning. Syftet var att tillhandahålla rekommendationer till vårdpersonal gällande smärtskattning utav denna population. Artiklar från 1990 till 2004 inkluderades i studien. Tio smärtskattningsskalor baserade på observation av beteendeindikatorer utformade för att användas till ickeverbala äldre personer med demenssjukdom utvärderades på följande områden: begreppsmässighet, deltagare, administration, reliabilitet och validitet. Artikelns resultat indikerar att ett flertal utav instrumenten visar potential, men att instrumenten endast är i ett tidigt stadium i utvecklingen och undersökningen utav dem. De utvärderade instrumenten beskrivs som ännu inte lämpliga för klinisk användning.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att undersöka hur vårdpersonal kan identifiera smärta hos äldre individer med demenssjukdom.

Frågeställningar

Vilka metoder kan användas för att identifiera smärta hos äldre individer med demenssjukdom?

Vad finns det för möjligheter och hinder med de granskade metoderna för smärtidentifiering?

METOD

Litteraturstudien har framarbetats efter Goodmans (1993) metod angående systematiska litteraturstudier. Denna metod innefattar identifiering av problemformulering och syfte samt inklusions- och exklusionskriterier för litteraturstudiens ämnesområde. Därefter fastställs sökord och sökstrategi för att finna vetenskapliga artiklar som är väsentliga för ämnesområdet. Artiklar som erhålls genom litteratursökningen analyseras, tolkas och värderas för att kunna urskilja vilka som kan inkluderas i litteraturstudien. Resultatet från ovanstående

steg sammanställs och därefter dras slutsatser samt rekommendationer angående innehållets vetenskaplighet. Den beskrivna processen kan sammanfattas i sju steg:

1. Identifiera problemet samt precisera syftet
2. Bestäm inklusionskriterier och exklusionskriterier för studien
3. Planera litteratursökningen
4. Genomför litteratursökningen
5. Analysera, tolka och värdera studierna
6. Sammanställ resultaten
7. Slutsatser/rekommendationer

Rubrikerna nedan presenteras i enlighet med stegen bortsett från steg tre och fyra som här valts att presenteras under den förenade rubriken "Litteratursökning".

Identifiering av problemet samt preciserande av syftet

Personer med demenssjukdom kan ha svårigheter att förmedla förekomst, intensitet och kvalitet av smärta på grund av kognitiv nedsättning. För dessa personer medför detta en ökad risk av obehandlad smärta. Att kunna identifiera smärta i ett tidigt skede hos personer med demenssjukdom bidrar till möjligheten att sätta in en mer adekvat smärtbehandling. Detta skulle medföra en ökad livskvalitet för denna målgrupp.

Bestämda inklusionskriterier och exklusionskriterier för studien

De vetenskapliga artiklar som utgör grunden för litteraturstudien inkluderar diagnostiserade personer med demenssjukdom med en ålder på 65 år eller äldre. Artiklarna behandlar även identifiering av smärta. Begränsningar har gjorts genom att endast inkludera artiklar på engelska och svenska samt artiklar med ett abstrakt. För att få aktualitet i resultatet har endast artiklar som blivit publicerade inom en femårsperiod inkluderats. De vetenskapliga kraven på artiklarna har sorterats ut efter Polit och Beck's (2006) kriterier som berör att artikeln skall innefatta ett abstrakt, introduktion, metod, resultat, diskussion, referenser samt blivit granskade av oberoende kollegor. Artiklar i en litteraturstudie skall utgöras av primärkällor (Axelsson, 2008) och således har review artiklar sorterats bort på grund av dess sekundära karaktär.

Exkluderingskriterier för studien är personer med kognitiv eller verbal nedsättning utan demenssjukdom samt personer med demenssjukdom med en ålder på 64 år eller yngre.

Litteratursökningen

I en pilotsökning av vetenskaplig litteratur där databaserna PubMed, CINAHL och PsycINFO användes, hittades relevanta sökord för ämnesområdet som också användes i huvudsökningen. I PubMed och CINAHL utnyttjades MeSH-termer respektive CINAHL Headings. I PsycINFO användes ämnesord. Sökord har valts efter relevans i ämnesområdet och är "dementia", "pain", "pain measurement", "communication disorders", "cognition disorders" och "nonverbal communication". För att specificera sökresultaten har "dementia" och "pain" alternativt "pain measurement" utgjort en grund för sökningen som kombinerats med övriga sökord. Totalt har 19 olika sökningar genomförts. Överlappande resultat sågs tidigt under litteratursökningen. Majoriteten av litteraturstudiens valda artiklar påträffades under den första sökkombinationen (se tabell 1). Av

sökningens resultat inkluderades tio artiklar från PubMed och en artikel från CINAHL i litteraturstudien.

Tabell 1. Sökresultat för litteratursökningen.

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Använda artiklar
100330	PubMed	Dementia AND Pain *	205	205	64	27	8
100330	PubMed	Dementia AND Pain Measurement *	126	126	51	30	2
100330	PubMed	Dementia AND Pain AND Communication Disorders *	7	7	4	4	0
100331	CINAHL	Dementia AND Pain **	111	111	30	12	0
100331	CINAHL	Dementia AND Pain Measurement **	105	105	44	25	1
100331	CINAHL	Dementia AND Pain AND Cognition Disorders **	9	9	4	1	0
100331	PsycINFO	Dementia AND Pain Measurement AND Nonverbal Communication***	2	2	1	1	0

*Begränsningar: English, Swedish, Humans, Abstract, Aged 65+ years, 80 and over 80+ years.

Begränsning: Abstract. * Begränsning: English, Humans, Peer-Reviewed

Sökresultaten lästes först angående titlars relevans till ämnesområdet. Artiklar vars titlar berörde demenssjukdom, kognitiv status, äldre personer, smärta och smärtidentifiering granskades därefter via abstrakt. Om dessa var i linje med litteraturstudiens syfte granskades artiklarna noggrannare utifrån sin helhet.

Majoriteten av artiklarna var tillgängliga för studenter vid Malmö Högskola. För att få tillgång till resterande antal artiklar krävdes en eftersändning med belagd avgift. Två artiklar som var intressanta för studien eftersändes.

Analysering, tolkning och värdering av studierna

I enlighet med Axelsson (2008) följdes anvisningar om hur adekvata artiklar inkluderas i litteraturstudier utifrån sökningsresultat. Efter artikelsökningen hade 55 artiklar identifierats som intressanta för litteraturstudien, vilka lästes noggrannare angående metod och resultat. Artiklar som inte överensstämde med inklusionskriterierna sorterades bort och efter detta återstod 23 artiklar. Dessa artiklar jämfördes efter relevans till studiens syfte och 14 artiklar valdes ut för kvalitetsbedömning. Kvalitetsbedömningen av artiklarna följde en, av författarna till litteraturstudien, modifierad version av Willman m fl (2006) utarbetade protokoll för kvantitativa artiklar samt med en komplettering från Forsberg och Wengströms (2008) checklista för kvantitativa artiklar. Kompletteringen gäller frågeställningarnas tydlighet samt designens lämplighet utifrån studiens syfte (se bilaga 1). Artiklarna poängsattes efter den modifierade checklistans bedömningspunkter. Varje artikels sammanlagda poäng räknades om till procent. Artiklar med en procentenhet mellan 80-100% bedömdes ha en hög kvalitet, 70-79% medel kvalitet och 60-69% låg kvalitet. Artiklar med lägre procenttal exkluderades. Efter kvalitetsbedömningen återstod elva artiklar varav fyra med hög kvalitet och resterande medel.

Sammanställning av resultaten

De elva artiklarna som inkluderats i litteraturstudien sammanfattades i en matris (se bilaga 2) utformad efter Forsberg och Wengström (2008). Vidare lästes

artiklarna enskilt mer ingående av litteraturstudiens författare. I samband med läsningen markerades väsentliga fynd för litteraturstudiens syfte. Dessa fynd jämfördes och diskuterades av författarna tillsammans. De övervägda resultatfynden kategoriserades i relevanta grupper, för att kunna presenteras i resultatdelen, i enlighet med Axelssons (2008) metodbeskrivning för litteraturstudier.

Slutsatser/rekommendationer

Som ett led i att formulera slutsatser och rekommendationer användes en modell av Bahtsevani m fl (2004), se tabell 2. Modellen användes för att gradera evidensstyrkan på litteraturstudiens slutsatser.

Tabell 2. Gradering av evidensstyrka vid formulering av slutsatser. Efter Bahtsevani m fl (2004) s 429, översatt till svenska.

Evidensgrad 1: Starkt vetenskapligt underlag	Evidensgrad 2: Måttligt vetenskapligt underlag	Evidensgrad 3: Begränsat vetenskapligt underlag	Evidensgrad 4: Otillräckligt vetenskapligt underlag
Minst två studier med högt bevisvärde, eller en systematisk review/meta-analys med högt bevisvärde.	En studie med högt bevisvärde och minst två studier med måttligt bevisvärde.	En studie med högt bevisvärde eller minst två studier med måttligt bevisvärde.	En studie med måttligt bevisvärde och/eller studier med lågt bevisvärde

RESULTAT

Resultatdelen består av två huvudkategorier: självskattningsmetoder och observationsmetoder. Olika metoder för att identifiera och skatta smärta hos äldre personer med demenssjukdom är presenterade under tillhörande kategori. En ordlista över smärtskattningsskalor och förkortningar bifogas i bilaga 3.

Självskattningsmetoder

Under denna rubrik kommer resultat angående allmän självrapportering och tre olika självskattningsskalor att presenteras.

Allmän självrapportering

Horgas m fl (2009) visade i en studie, baserad på intervjuer, att personer med kognitiv nedsättning rapporterade mindre förekomst av smärta i jämförelse med kognitivt intakta personer. Även självrapportering av smärtans intensitet och duration var lägre hos personer med kognitiv nedsättning.

Faces Pain Scale (FPS)

FPS består av sju uppradade ansikten som uttrycker ökande smärta. Smärtans intensitet pekats ut och representeras av det ansikte som överensstämmer bäst med smärtan (Pautex m fl, 2006). I studien (a a) visades att nästintill hälften av deltagarna med demenssjukdom, i stillasittandes positioner, hade en förståelse för FPS. Förståelsen bland deltagarna minskade i relation till grad av kognitiv nedsättning och bland personer med svår demens, med MMT \leq 6, kunde 36 % använda smärtskattningsskalan. Även bland deltagare i en studie utförd av Pesonen m fl (2009) sågs en relation mellan kognitiv funktion och förståelsen för FPS. Redan vid en lätt kognitiv nedsättning visades svårigheter i användandet av

instrumentet. Studien visade också att personer med demenssjukdom uppvisar en ökning av rapporterad smärta i samband med rörelse.

Reliabiliteten var mycket god för FPS bland de deltagare som visade god förståelse för instrumentet (Pautex m fl, 2006).

Visuell analog skala (VAS)

VAS består av en linje där patienten får uppskatta sin smärta mellan två ytterligheter, ingen smärta och outhärdlig smärta (Pautex m fl, 2006). Av personerna med demenssjukdom som deltog i studien (a a) visade endast 29 % en förståelse för VAS, i stillasittande position. Av deltagarna med svår demenssjukdom, med ett MMT ≤ 6 , förstod 22 % instrumentet. Förståelsen ökade i förhållande till högre kognitiv funktion. Resultatet har bekräftats i en studie av Pesonen m fl (2009), där ett liknande samband angående kognitiv funktion och förståelse för VAS har påvisats.

I en studie av Zwakhalen m fl (2006) uppskattades mer intensitet av smärta med hjälp utav VAS bland deltagare med demenssjukdom i samband med ett aktivt stimuli, i detta fall mätt under vaccinering. Även mer smärta självuppskattades under omvårdnadssituationer i jämförelse med när samma personer var i vila. Liknande resultat har visats i Pesonens m fl (2009) studie där en signifikant ökning av självrapporterad smärta via VAS sågs mätt under rörelse.

Pautex m fl (2006) och Zwakhalen m fl (2006) har visat att användningen av VAS bland deltagare med en god förståelse av skalan gav en mycket god reliabilitet.

Verbal Rating Scale (VRS)

VRS är en sexpoängsskala som består av en lista med adjektiv vilka beskriver olika smärtnivåer. Vid smärtskattningen väljs det adjektiv som bäst beskriver den upplevda smärtan (Pautex m fl, 2006). I studien (a a) sågs att 39 % av personerna med demenssjukdom, i stillasittande position, har en förståelse för VRS. Bland deltagarna med svår demens, med ett MMT ≤ 6 , förstod en fjärdedel smärtskattningsinstrumentet. Zwakhalen m fl (2006) presenterar i sin studie en högre förståelse av VRS gällande personer med demenssjukdom, där upp emot hälften av deltagarna var kapabla att självskatta smärta via instrumentet. Störst antal av deltagarna kunde använda VRS i samband med ett aktivt stimuli som utgjordes av vaccinering. Liknande resultat har visats i Kunz m fl (2008) studie där 54 procent av deltagarna med demenssjukdom var kapabla till att självrapportera smärta regelbundet med VRS under ett aktivt stimuli. Pesonen m fl (2009) har noterat att personer med demenssjukdom rapporterar en signifikant ökning av smärta, via VRS, under rörelse.

Samtliga studier (Kunz m fl, 2008; Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006) visar på sambandet mellan en sjunkande förmåga till självskattning genom VRS och sjunkande grad av kognitiv nedsättning. Inget samband har dock påvisats gällande intensiteten av den självskattade smärtan och kognitiv status, förutsatt att en förståelse visats för VRS (Kunz m fl, 2008). Reliabiliteten var nästan perfekt för VRS bland de deltagare som visade god förståelse för den (Pautex m fl, 2006).

Sammanfattande resultat av självskattningsskalor

Personer med kognitiv nedsättning rapporterar mindre förekomst, intensitet och duration av smärta i jämförelse med kognitivt intakta personer (Horgas m fl, 2009). Ett flertal studier ser ett samband mellan förståelsen av självskattningsskalor och kognitiv status. Med en lägre kognitiv funktion följer svårigheter i att använda självskattningsskalor (Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006). Tre av de berörda studierna har uppmätt en högre användning av självskattningsskalorna i samband med ett aktivt stimuli alternativt under användning i samband med rörelse (Kunz m fl, 2008; Pesonen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006). Minst förståelse har visats för VAS (Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009). FPS och VRS visar upp olika resultat angående förståelse, dock uppmätt under olika förutsättningar. Reliabiliteten har visats vara hög för de tre smärtskattningsskalorna, förutsatt en visad förståelse för dem (Pesonen m fl, 2009).

Observationsmetoder

Nedan presenteras resultat angående allmänna smärtbeteende och fem observationsinstrument utformade för att identifiera smärta.

Allmänna smärtbeteende hos personer med eller utan kognitiv nedsättning

I en studie av Horgas m fl (2009) observerades tolv vanliga smärtbeteende bland personer med eller utan kognitiv nedsättning. Ingen signifikant skillnad visades mellan antalet smärtbeteende som observerades mellan kognitivt intakta deltagare och deltagare med kognitiv nedsättning. Ett positivt samband fanns dock mellan antal observationer gällande smärtbeteende och självskattning av smärta hos kognitivt intakta deltagare, däremot inte hos deltagarna med kognitiv nedsättning. Flest beteende som indikerade på smärta sågs under förflyttning i båda grupperna av deltagare.

I en studie av Shega m fl (2008) undersöktes de fem vanliga smärtbeteendena grimasering, gnuggande¹ (eng. rubbing), försvar, stödjande² (eng. bracing) och suckande bland personer med eller utan kognitiv nedsättning. Oberoende av kognitiv status var frekvensen av de mest observerbara smärtbeteendena desamma, i studiens fall grimasering och försvar. En viss skillnad visade sig mellan kognitivt intakta personer och personer med kognitiv nedsättning. Högre frekvens av gnuggande och försvar sågs hos personer med kognitiv nedsättning och högre frekvens av stödjande hos kognitivt intakta personer.

Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT)

CPAT är komponerad av observerbara indikatorer som kan bero på smärta. Den består av de fem kategorierna ansiktsuttryck, beteende, humör, kroppsspråk och aktivitetsnivå (se tabell 3). Smärtindikatorer poängsätts som ett och icke observerbara smärtindikatorer poängsätts som noll. Ett poäng tyder på förekomst av en smärta som bör utvärderas (Cervo m fl, 2009).

¹ Beröra, gnugga eller hålla det drabbade smärtområdet (Shega m fl, 2008)

² Stationärt läge där en fullt utsträckt lem stöder och upprätthåller en onormal distribution av vikt (Shega m fl, 2008).

Tabell 3. CPAT utformat efter original. Efter Cervo m fl (2009) s 506.

Category	Score	
	0	1
Facial Expression	Relaxed	Scared/Fearful
Behaviour	Normal	Calling Out/Moaning
Mood	Pleasant	Whiny
Body Language	Restful	Tense/Rigid
Activity Level	Moves easily	Hand-Wringling
TOTAL SCORE _____ / of possible 5 For score of 1 or greater, pain evaluation is required.		

En studie (Cervo m fl, 2009) visar att CPAT har acceptabla nivåer av interbedömarreliabilitet³, intern samstämmighet⁴ och test-retest reliabilitet⁵. Likaså visades signifikanta resultat gällande konstruktion och -kriterievaliditet. Konstruktionsvaliditet värderades genom att jämföra observationer utförda före och under ett känt smärtsamt eller obehagligt moment som t ex förflyttning. Kriterievaliditeten undersöktes genom jämförelser med observationsmaterial insamlat utifrån ett alternativt observationsinstrument, Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT), som i studien anses ha hög reliabilitet.

Doloplus-2

Doloplus-2 värderar fem somatiska kategorier, två psykomotoriska kategorier och tre psykosociala kategorier (se tabell 4). Varje kategori poängsätts från noll till tre, där noll ges för normalt alternativt inget beteende som indikerar smärta och tre poäng tydligt indikerar smärta. Maximal poäng är 30. Fem poäng eller mer indikerar på förekomst av smärta (Pautex m fl, 2006).

Tabell 4. Överordnade kategorier av Doloplus-2 med innehållande underkategorier.

Somatiska kategorier	Psykomotoriska kategorier	Psykosociala kategorier
Somatiska klagomål, protektionistisk kroppshållning vid vila, skyddande av ömma områden, ansiktsuttryck och sömnmönster	Tvättning, påklädning och rörelseförmåga	Kommunikation, social interaktion och beteende

Bland deltagarna som rapporterade smärta underskattade Doloplus-2 omfattningen av smärta i en jämförelse gjord med de tre självskattningsskalorna VRS, VAS och FPS (a a). En låg korrelation mellan Doloplus-2 och VAS visas även av Zwakhalen m fl (2006).

³ Interbedömarreliabilitet undersöks när flera personer observerar samma objekt vid ett gemensamt tillfälle (Forsberg & Wengström, 2008).

⁴ Intern samstämmighet undersöker till vilken grad delar av ett instrument mäter samma dimension. En metod som mäter reliabilitet (Polit & Beck, 2006).

⁵ Test-retest reliabilitet är en skattning av instrumentets stabilitet utförd genom att jämföra upprepade observationer på samma individer (Polit & Beck, 2006).

Den interna samstämmigheten för Doloplus-2 var adekvat för instrumentet i sin helhet och för nästan samtliga underkategorier med undantag av psykosociala kategorier. Detta tyder på att instrumentets kategorier mäter förekomst av smärta (Zwakhalen m fl, 2006). Samstämmigheten bekräftas i en studie av Chen m fl (2009) som visades vara adekvat för Doloplus-2 i sin helhet och för samtliga underkategorier, förutom de psykosociala. Även interbedömarreliabiliteten gällande den psykosociala kategorin var lägre i jämförelse med de somatiska och psykomotoriska kategorierna som visades vara god. Chens m fl resultat gäller en översatt version av Doloplus-2 till kinesiska.

Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID)

MOBID är ett smärtskattningsinstrument anpassat för äldre personer med svår demenssjukdom. Instrumentet fokuserar på nociceptiv smärta under aktivt guidade rörelser av bålen och extremiteterna. Under fem aktiva rörelsekategorier registreras förekomsten av de tre smärtbeteendena smärtiljud, ansiktsuttryck och smärtförsvar. Intensiteten i beteendena uppskattas från ett till tio (Husebo m fl, 2009).

I Husebos m fl studie (a a) visades att de flesta smärtbeteenden hos personer med demenssjukdom observerades i samband med rörelse av extremiteterna och få observerades i samband med att individerna satt på sängkanten. Även högst smärtintensitet bedömdes vid guidade rörelser av extremiteterna. Ansiktsuttryck var mest frekvent observerat följt av smärtiljud och försvar. Antalet observerade smärtbeteenden samt smärtintensiteten tenderade att öka vid upprepade mätningar. Mest stabilt var poängsättningen av smärtiljud medan observation av ansiktsuttryck ökade konsekvent i förhållande till upprepade mätningar. En skillnad kunde ses mellan de tre observatörerna i studien, där en av dem tenderade att uppskatta smärta aningen högre.

Måttlig till väldigt god intrabedömarreliabilitet⁶ uppvisades gällande registrering av smärtiljud. Försvar och ansiktsuttryck visade mer varierad överensstämmelse. Interbedömarreliabiliteten var god för smärtintensitets uppskattning genom MOBID kategorierna samt för den sammanlagda bedömningen. Reliabiliteten för intensitetsbedömningen av smärta ökade vid upprepade mätningar (a a).

Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)

Genom NOPPAIN skattas sex smärtrelaterade beteenden som utgörs av verbalt formulerade smärtyttringar, smärtiljud, ansiktsuttryck, gnuggande, stödjande/skyddande och rastlöshet. Observation av smärtbeteende sker under omvårdnadsarbete och bedömer förekomst, lokalisation och intensitet. Intensiteten värderas mellan ett och fem (Horgas m fl, 2007).

I Horgas m fl studie (a a) fick sjuksköterskestudenter observera kognitivt intakta deltagare och deltagare med kognitiv nedsättning utifrån NOPPAIN. Deltagarna fick även skatta sin egen smärtas intensitet mellan ett till fem. Bland deltagarna med kognitiv intakt status sågs statistiskt signifikanta korrelationer mellan NOPPAIN's intensitet uppskattning och deras självrapporterade smärtintensitet via självskattningsskalor. Bland deltagarna med kognitiv nedsättning sågs

⁶ Intrabedömarreliabilitet uppskattar samstämmigheten mellan hur en observatör uppskattar samma beteende vid skilda tillfällen (Parahoo, 2006).

däremot ingen signifikant korrelation mellan NOPPAIN och självrapporterad smärta.

Minst en smärtindikator av NOPPAIN observerades hos 95 % av samtliga deltagare i studien (Horgas m fl, 2007). De mest frekvent observerade smärtbeteenden var stödjande/skyddande och smärtljud. Verbalt formulerade smärtyttringar och gnuggande observerades mer sällan.

Intra och -interbedömarreliabiliteten utav NOPPAIN var god när instrumentet var använt av sjuksköterskestudenter (a a).

Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)

PACSLAC är ett smärtskattningsinstrument för äldre personer med svår demenssjukdom. Den består av 60 smärtbeteenden som grupperats till fyra kategorier: ansiktsuttryck, aktivitet/kroppsförflyttningar, personlighet/humör samt en kategori övrigt som innefattar nutrition, sömnförändringar, högljutt beteende och fysiologiska förändringar. Eftersom beteendena inte behöver vara smärtspecifika är ett resultat från noll till tolv nödvändigtvis inte associerat med smärta. Dock kan ett ensamt beteende vara det (Fuchs-Lacelle m fl, 2008).

Fuchs-Lacelle m fl (a a) lät studera effekten av systematisk användning med instrumentet under tre månader. Resultatet, sett över tid, visade att systematisk smärtskattning med PACSLAC medförde att utnyttjandet av vid behovs medicinering ökade för patienter med demenssjukdom samt att antalet smärtbeteende minskade. Resultatet gällde när sjuksköterskor, vilka var bekanta med patienterna, använde mätinstrumentet. Samma resultat angående minskade smärtbeteende kunde inte ses bland en grupp utav deltagarna som blev bedömda av oberoende smärtskattare.

I en studie gjord av Zwakhalen m fl (2006) visades en god intra- och interbedömarreliabilitet för en översatt version av PACSLAC till holländska. Instrumentet bedömdes dock ha en något sämre intra- och interbedömarreliabilitet i samband med att deltagarna vilade i jämförelse med under aktivt omvårdnadsarbete.

De mest frekvent använda kategorierna av PACSLAC var spänningar i ansiktet, förändringar i ögonen, rynkande av pannan samt specifikt ljud eller verbalt uttryck för smärta. Av de 60 möjliga beteendekategorierna användes 28 av dem i mindre än tio procent av observatörerna. Den lägsta samstämmigheten för kategorierna i PACSLAC visades för underkategorier av beteende som påverkade kroppsrörelser samt underkategorierna i kategorin övrigt som berör psykologiska indikatorer, sömnmönster, högljuda beteenden och nutrition (a a).

Sammanfattande resultat av observationsmetoder

Mest observerade smärtbeteende i studierna har varit smärtljud, ansiktsuttryck, försvar (Horgas m fl, 2007; Husebo m fl, 2009, Shega m fl, 2008; Zwakhalen m fl 2006). Ingen skillnad har visats angående antalet vanligt observerade smärtbeteende hos personer med och utan kognitiv nedsättning (Horgas m fl, 2009). Flest antal smärtbeteenden har observerats under rörelse/förflyttning i båda grupperna. Ett positivt samband har visats mellan smärtbeteende och

självrapportering hos kognitivt intakta, men ej hos personer med kognitiv nedsättning (Horgas m fl, 2009).

Av de fem granskade observationsinstrumenten har samtliga observationskategorier som berör ansiktsuttryck och smärtiljud. Fyra av fem instrument använder skyddande/försvar, tre skalor inkluderar humör/personlighet och två instrument sömnvanor. PACSLAC och Doloplus-2 har mer omfattande psykosociala kategorier än övriga instrument. Samtliga instrument tar rörelse och aktivitet i beaktning varav PACSLAC, NOPPAIN och Doloplus-2 är mer utförliga än CPAT. MOBID är ett observationsinstrument enbart använd i samband med rörelse.

MOBID och NOPPAIN är de enda instrumenten utav fem, som gör anspråk på att skatta intensiteten av smärta. Skattningen är subjektiv från observatörens sida (Horgas m fl, 2007; Husebo m fl, 2009).

Vid systematisk användning av PACSLAC under tre månader sågs en ökad användning av vid behovsmedicinering. Frekvensen av observerbara beteende registrerade av sjuksköterskor minskade. Samma minskning av observerade beteende visades inte angående oberoende observatörer (Fuchs-Lacelle m fl, 2008).

Generellt sett har goda resultat angående intra- och interbedömarreliabilitet samt intern samstämmighet visats för de olika observationsinstrumenten. Lägre interbedömarreliabilitet och intern samstämmighet har dock visats för beteende som påverkar kroppsrörelser och psykologiska indikatorer, sönmönster, högljuda beteende och nutrition angående PACSLAC (a a) och psykosociala kategorier angående Doloplus-2 (Pautex m fl, 2006; Zwakhalen m fl, 2006).

DISKUSSION

Diskussionen består av två delar: metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Litteraturstudien framarbetades efter Goodmans (1993) sju steg som grund. Nedan diskuteras olika delar av metoden gällande syfte, litteratursökning, kvalitetsbedömning och analysförfarande.

Syfte

Syftets bredd och inkluderandet av flera smärtskattningsmetoder har framförallt två fördelar. Dels ges förutsättningen att belysa en mångfald av olika smärtskattningsmetoder och dels ges möjligheten att tydliggöra ett flertal aspekter av smärtproblematiken runt personer med demenssjukdom. Detta kan vara värdefullt för klinisk verksamhet. Ett smalare syfte som inkluderat färre mätmetoder hade dock sannolikt medfört mer resultat angående reliabilitet och validitet för varje enskild smärtskattningsmetod. Även smalare inklusionskriterier, framförallt gällande svårighetsgrad av demenssjukdom, hade förmodligen påverkat generaliserbarheten för resultatet.

Litteratursökning

Synpunkter på litteratursökningen kan framföras ställt mot Östlundhs (2006) riktlinjer för informationsökning. Sökningen begränsades endast till tre databaser, och fler begränsningar i sökningarna genom CINAHL och PsycINFO kunde ha utnyttjats. Även fler sökord kunde ha använts för att göra sökningen heltäckande angående området. Sökningen pågick dock tills ett överlappande resultat utan några nya tillkommande intressanta artiklar visades. Under sökningen lästes de abstrakt vars titel svarade mot litteraturstudiens inklusionskriterier. I samband med att sökningarna blev smalare lästes fler av de tillgängliga abstrakten. Denna strategi har medfört en risk för att relevanta artiklar kan ha missats på grund av en missvisande titel.

Alla artiklar som påträffades i sökningen var inte tillgängliga i sin helhet. Ekonomiska resurser saknades för att kunna läsa samtliga av dessa artiklar. En noggrannare granskning av abstrakt resulterade i att endast två artiklar beställdes och lästes i sin helhet. Därav finns möjligheten att någon artikel uteslutits från litteraturstudien som hade varit av betydelse för resultatet. Endast artiklar på svenska och engelska inkluderades. Möjligen kan relevanta artiklar på andra språk blivit förbisedda.

Kvalitetsbedömning

Efter att artiklarna bekräftats ha svarat på litteraturstudiens syfte bedömdes kvaliteten av artiklarna var för sig, oberoende av varandra. Således har relevanta artiklar valts utifrån kvalitetsgrad. Kvalitetsbedömningen som genomfördes efter en modifierad version av Willman m fl (2006) protokoll för kvantitativa studier utfördes gemensamt av författarna. Alternativt kunde detta, som rekommenderat av Polit och Beck (2006) angående oberoende granskningar, ha gjorts separat för att utifrån två bedömningar fastställa kvaliteten för varje artikel. I kvalitetsbedömningen tolkades statistisk adekvat metod, validitet och reliabilitet i studierna enligt författarnas egna förvärvade kunskaper. Bedömningen av dessa områden kan därför vara bristfällig. Det använda protokollet för kvalitetsbedömningen kunde disponerats med en ”vet ej” kategori angående nämnda områden. Möjligen skulle det medfört en annorlunda bedömning av artiklarnas kvalitet. Huvuddelen av artiklarna bedömdes vara av medelkvalitet vilket delvis beror på lägre värdering till reliabilitet, validitet och statistiskt adekvat metod. Möjligen kan detta bero på att dessa kategorier inte ansågs helt adekvata alternativt att förståelsen för metoderna missuppfattats av litteraturstudiens författare.

Artiklarnas kvalitet bedömdes med procentberäkning efter protokollens ifyllnad. Procentberäkning valdes för att lättare kunna jämföra studierna. Dock finns risken att vissa faktorer övervärderas eller undervärderas vilket ger en missvisande kvalitetsbedömning i sin helhet (Willman m fl, 2006). Eventuellt borde procentsatsen endast varit vägledande som en del i en mer övergripande kvalitetsbedömning.

Två av de valda artiklarna inkluderade personer med en ålder från 60 år och frångick därmed litteraturstudiens inklusionskriterier, medelåldern var dock hög. Studierna svarade till litteraturstudiens syfte i övrigt och höll en god kvalitet. I jämförelse med övriga artiklar som kvalitetsbedömdes värderades dessa artiklar, trots inklusionskriterierna, vara adekvata att inbegripas i litteraturstudien. Studier

som exkluderades bedömdes ha en metod som inte var tillförlitlig i förhållande till studiernas syfte.

Analysförfarande

Det breda syftet med vida inklusionskriterier i litteraturstudien har gjort att en mångfald av olika smärtskattningsmetoder har hanterats vid analysförfarandet. Två olika övergripande smärtskattningsmetoder har presenterats, varav observationsmetoderna är påtagligt olika i sin utformning. Resultatet har därför varit svårt att kategorisera förutom i metoderna angående självskattningsmetoder och observationsmetoder. Observationsmetoderna är till synes olika och en presentation av varje skala för sig föll sig naturligt.

Analysförfarandet kan ha påverkats av de faktorer som nämnts. De bristande kunskaperna angående statistiska metoder kan ha påverkat resultatet och kategoriseringen har varit svår att utföra på ett alternativt sätt p g a resultatets mångfald.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte har besvarats genom att olika metoder med potential att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom har presenterats. Resultat har visats angående smärtskattningsmetoders olika komponenter och deras prestationer undersökt i ett flertal studier. Nedan diskuteras resultaten under rubrikerna självskattningsmetod, observationsmetod och omvårdnad.

Självskattningsmetod

Självskattningsförmågan hos personer med demenssjukdom skiljer sig i jämförelse med kognitivt intakta individer (Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006). Det finns dock inga belägg för att personer med demenssjukdom har en lägre frekvens eller intensitet av smärta (American Geriatric Society, 2002). Hypotetiskt sett borde därför personer med demenssjukdom, bortsett från kognitiva och verbala hinder, rapportera minst likvärdigt med kognitivt intakta personer. Detta stöds av en uppvisad hög reliabilitet för självskattningsskalorna FPS, VRS och VAS, oavsett kognitiv status, förutsatt att en förståelse visades för skalorna (Pautex m fl, 2006). Att förståelsen minskade i relation till försämrade kognitiv funktion tyder på ett viktigt samband mellan kognitiv status och självrapportering av smärta. Personer med demenssjukdom varierar i kognitiv status och har därför olika förutsättningar att förstå självskattningsinstrumenten. För VAS, en av de mest använda smärtskattningsskalorna i klinisk praktik, visades en lägre förståelse bland personer med demenssjukdom i jämförelse med FPS och VRS (Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009). Detta är av betydelse för identifiering av smärta hos denna patientgrupp eftersom en användning av enbart VAS i praktiken, eventuellt skulle innebära en bristande smärtbedömning. En möjlig förklaring till varför personer med demenssjukdom har svårt att använda VAS kan bero på en brist i det abstrakta tänkandet. I linje med detta borde FPS även vara mer kognitivt utmanande än VRS som är mer konkret utformad med sina beskrivningar av smärta. Däremot borde FPS vara lättare att använda om det föreligger språkliga hinder för smärtskattningen.

Även om en förståelse till synes visas för smärtskattningsskalorna kan det vara svårt att värdera reliabiliteten och validiteten för den skattade smärtan. På grund av kognitiva hinder borde en falsk självskattning av smärtan därför inte uteslutas.

Att intensiteten och frekvensen av självskattad smärta sågs öka i samband med rörelse styrker dock potentialen för en god reliabilitet och validitet för smärtskattningsskalorna (Pesonen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006). Detta eftersom smärta oftast är mer påtaglig i samband med rörelse. Till resonemanget kan även tilläggas att antalet observerbara smärtrelaterande beteende ökar vid rörelse (Horgas m fl, 2009). En fördel verkar därför vara om självskattning av smärta utförs i samband med att den är mer påtaglig. Detta kan förklara olikheterna i de resultat som presenterats angående vilken skala som personer med demens har lättast att förstå. Pautex m fl (2006) har visat på en högre förståelse för VRS i förhållande till FPS och VAS medan Pesonen m fl (2009) har visat på högst förståelse för FPS gällande personer med demens. Emellertid fanns metodologiska skillnader eftersom Pesonens m fl resultat uppmättes i samband med att deltagarna var i rörelse och i Pautex m fl (2006) studie var deltagarna stillasittande. Att väga de två studierna mot varandra blir därför svårt, men en ytterligare ökad förståelse av VRS under rörelse borde vara logisk.

Eftersom olika resultat ändå har presenterats och variationen är stor bland förståelsen för smärtskattningsskalorna bör olika skalor prövas individuellt. I synnerhet bör ett alternativ till VAS övervägas. Detta eftersom VAS genomgående visat sig mindre lämplig bland personer med demenssjukdom (Pautex m fl, 2006; Pesonen m fl, 2009). Självskattningen av smärta bör ej uteslutas eftersom den leder till en mer adekvat intensitetsbedömning, förutsatt att förståelse för smärtskattningsskalan visas.

Observationsmetod

Eftersom det har visat sig att personer med demenssjukdom har svårigheter att självrapportera smärta (Horgas m fl, 2009) kan dessa observationsinstrument vara av stor betydelse för en adekvat smärtskattning gällande målgruppen. Att Horgas m fl sett ett positivt samband mellan antal observerade smärtbeteende och förekomst av självskattad smärta bland kognitivt intakta personer stödjer validiteten för att identifiering av smärta är möjlig, genom observationsmetoder. Att personer med kognitiv nedsättning inte följer samma trend har antagligen inte sitt upphov i att smärtan hos personer med demens inte är lika observerbar, utan snarare beror på en brist i självrapporterandet.

Tre kategorier utav olika smärtindikatorer kan urskiljas som vanligt förekommande i instrumenten: somatiska, psykosociala och motoriska. De somatiska indikatorerna inkluderar vanligtvis ansiktsuttryck, smärtljud och försvar. Psykosociala indikatorer inkluderar rastlöshet, oro, kommunikation m m. Motoriska indikatorer berör begränsningar i rörelseförmågan. Det finns en del specifika beteende som har observerats som mer frekvent förekommande, oberoende av kognitiv status och använt observationsinstrument. Av de somatiska indikatorerna återfanns smärtljud som mest frekvent förekommande följt av försvar och ansiktsuttryck (Horgas m fl, 2007, Husebo m fl, 2009; Shega m fl, 2008; Zwakhalen m fl, 2006). Psykosociala reaktioner har visats bli bedömda mer varierat (Chen m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006).

Att de somatiska reaktionerna återkommer frekvent beror antagligen till stor del på att de är vanligt förekommande smärtbeteenden och relativt lätta att identifiera. Det är därför också naturligt att dessa somatiska reaktioner är inkluderade i samtliga observationsinstrument. De psykosociala reaktionerna kan vara svårare att tolka eftersom de lättare relateras till andra orsaker beroende på

demenssjukdomens svårighetsgrad och symtom som exempelvis nedstämdhet. I vissa fall kan beteenden som inkluderas i instrumenten tillhöra det naturliga förloppet av demenssjukdomen. Som exempel inkluderar NOPPAIN rastlöshet (Horgas m fl, 2007). Rastlöshet behöver inte endast vara ett tecken på smärta utan är också en del i en motivationsmässig förändring som följer det senare stadiet av demenssjukdom (Wikkelsø & Wallin, 2006). En ytterligare förklaring som bör tas upp är att ett observationsinstrument med många psykosociala underkategorier eventuellt begränsas till att endast användas av personer som känner den observerade personens normala beteende. En observation kräver då även mycket kunskap om personer med demenssjukdoms generella beteende. Om kunskap saknas angående detta borde följden bli en sämre observation. En alternativ förklaring till att de observerbara psykosociala indikatorerna på smärta varierar kan vara att dessa beteenden eventuellt är begränsade till vissa individer och nivåer av smärta.

Resonemanget angående svårigheter som observatörer ställs inför vid tolkning av psykosociala beteende kan även överföras på de somatiska kategorierna. Även dessa kan eventuellt bero på andra indikatorer än smärta som exempelvis obehag. Därför är kontexten viktig oberoende av vilken indikator på smärta som observeras. Ett beskrivet fall som illustrerar detta är resultaten enligt Fuchs-Lacelle m fl (2008) där ett resultat av noll till tolv poäng (av 60 möjliga) via PACSLAC inte nödvändigtvis indikerar smärta, dock kan ett ensamt beteende göra det. Bland de två observationsinstrumenten som gör anspråk på att skatta intensiteten av smärta, MOBID och NOPPAIN (Horgas m fl, 2007; Husebo m fl, 2009), blir svårigheten även tydlig eftersom intensitetsbedömningen är helt subjektiv från observatörens sida. Här ligger en stor utmaning för vårdpersonalen som själva delvis måste tolka situationen, till skillnad från fall med kognitivt intakta personer, som säkert kan bekräfta smärta. Förvisso kan en stor del av personer med demenssjukdom bekräfta sin smärta och därför bör ej självrapportering uteslutas i samband med observation. Däremot bör demenssjukdomens inverkan på kognitiva funktioner ställas i relation till självskattningen och observationen.

De psykosociala beteendenas svårtolkade karaktär förklarar antagligen den sämre interna samstämmigheten och interbedömarreliabiliteten som visats av Chens m fl (2009) och Zwakhalens m fl (2006) studier gällande Doloplus-2. Angående de övriga observationsinstrumentens goda intra- och interbedömarreliabilitet (Cervo m fl, 2009; Horgas m fl, 2007; Husebo m fl, 2009; Zwakhalen m fl, 2006) kan det ifrågasättas vad de tillför bedömningar av instrumentens reliabilitet och validitet. Att endast se till resultatet om hur observatörer bedömt sinsemellan och i förhållande till sig själva behöver inte likställas med att smärta identifieras. Däremot kan det ge en bra uppfattning om hur observationsinstrumenten tolkas och huruvida de används på ett liknande sätt. Att helt säkert påstå att validiteten är god för observationsinstrumenten, använt på personer med demenssjukdom blir därför svårt, även om de sannolikt i de flesta fall kan identifiera smärta. Detta medför även svårigheter i jämförelsen mellan olika observationsmetoder. Dessutom finns flera aspekter som ligger utanför själva observationsinstrumentet, vilket gör det svårt att bedöma instrumentets tillämpbarhet. Som nämnt ovan, kan t ex subjektiva tolkningar förekomma som påverkar observationen. Etnicitet och genus har inte nämnts i resultatet eftersom det inte berörts särskilt ingående i de artiklar som analyserats. Dock kan frågor ställas kring vilken betydelse dessa har angående smärtindikatorer. Olika kulturella koder kan inverka på hur smärta

förmedlas och påverkar beteende och olikheter (Hægerstam, 2007). Eventuella olikheter mellan män och kvinnors uttryck av smärta gällande personer med demens bör inte uteslutas. Resonemanget skulle också kunna appliceras på observatörer som kan tolka beteende olika på grund av skilda kulturellt betingade uppfattningar.

Att smärtbeteende är lättare att identifiera under rörelse än under vila tyder på att smärtan är mer påtaglig under aktiviteter (Horgas m fl, 2009). Detta är av klinisk betydelse eftersom smärtskattningen inte endast bör utföras när patienter är i vila. För att personer inte skall ha ont under omvårdnadsarbetet bör således smärtskattningen utföras i samband med detta, så att adekvat smärtbehandling kan tillämpas. Angående motoriska indikatorer på smärta som till exempel begränsar rörelser är det naturligt att dessa identifieras i samband med rörelse.

I en studie lät Fuchs-Lacelle m fl (2008) studera effekten av systematisk användning av PACSLAC. Ett intressant resultat visades där deltagarna erhöll mer vid behovs medicinering under studiens gång. I samband med detta observerades färre smärtbeteenden. Detta tyder på att en mer systematisk uppmärksamhet tillägnat smärtbeteende leder till att personer med demens blir mer adekvat smärtbehandlade. Resultatet visade dock endast på observationer utförda av sjuksköterskor som var bekanta med de observerade personerna och inte angående oberoende observatörer. Detta skulle kunna understryka vikten av att personen som observeras är känd för observatören. En ytterligare möjlig förklaring kan dock vara att sjuksköterskorna förväntade en minskning av smärtbeteende och därför inte registrerade dem. Även skulle en mindre noggrannhet vid observationstillfällena, sett över tid, kunna vara en bidragande orsak till resultatet.

Omvårdnad

Något som inte berörs i resultatdelen är den omvårdnadssituation som uppstår i samband med observationer alternativt självskattning av smärta. Att ha kunskaper om hur man möter personer med demenssjukdom borde vara en angelägenhet för en adekvat smärtidentifiering. Själva mötet och utförandet av observationen kan eventuellt påverka beteendet hos personen som observeras. Instrumenten kan dock användas i samband med omvårdnadsarbetet, med undantag av MOBID, och därför behöver inte en tydlig observationssituation uppstå. Återigen bör en fördel vara om personer med demens och observatören är bekanta med varandra och ofta möts i det dagliga omvårdnadsarbetet. Carnevali (1996) beskriver att desto bättre en sjuksköterska känner en individ som erhåller omvårdnad desto lättare blir det att identifiera resultat av olika åtgärder. I omvårdnaden av personer med demens bör detta vara av stor vikt eftersom beteenden relaterat till demenssjukdom kan vara svåra att tolka i sig själv. Därför verkar det vara rimligt att noga identifiera varje individs yttre och inre resurser samt normala beteende inom ramarna för det funktionellt dagliga livet hos denna patientgrupp. Detta skulle medföra en enklare identifiering av eventuell smärta eftersom ett utgångsläge i individens normala beteende och brister gällande resurser är kända. Förmågan att självrapportera smärta genom en individuell prövning av olika metoder bör rekommenderas för att på så sätt undersöka, i detta sammanhang, en viktig resurs. Även om förmedlingen av smärta är obefintlig bör även beteenden som indikerar på smärta ses som en inre resurs och en slags kommunikation. Observationsinstrument och kunskaper om smärtbeteende kan därför inte endast ses som hjälpmedel i sjuksköterskans yrkesutövning, utan som en, om tillgängliggjord, viktig yttre

resurs för personer med demenssjukdom. Som Carnevali beskrivit angående yttre resurser kan dessa utgöra en stor skillnad mellan obalans i patienters funktionella dagliga liv. Sjuksköterskan kan med kunskaper om hur identifiering av smärta sker, hos individer med demenssjukdom, stärka sin egenskap som yttre resurs och främja ett mer balanserat funktionellt dagligt liv. En balans som leder till välbefinnande och livskvalitet.

SLUTSATS

Flertalet självskattningsinstrument och observationsmetoder har visat en potential till att identifiera smärta hos personer med demenssjukdom. Genom observationsinstrumenten har somatiska, psykosociala och motoriska indikatorer på smärta återkommit som observerbara. Eftersom en mångfald av smärtskattningsmetoder har presenterats finns det inte tillräckligt med vetenskaplig grund för att ge enskilda metoder en stark evidens. Jämförelser mellan studier bör dessutom endast göras med försiktighet eftersom skillnader i metod och undersökt smärtidentifieringsmetod har påträffats. Dock dras här även några slutsatser i enlighet med kriterier från tabell 2, efter Bahtsevani m fl (2004), som kan vara av intresse för identifiering av smärta hos personer med demenssjukdom.

Självskattningsmetod

- Förståelsen för självskattningsinstrumenten FPS, VAS och VRS har visats sjunka i förhållande till grad av kognitiv nedsättning (evidensgrad 2).
- FPS och VRS förstås av personer med kognitiv nedsättning i högre utsträckning än VAS (evidensgrad 2).
- Lägre frekvens av självskattad smärta ses i samband med vila jämfört med i rörelse eller ett aktivt stimuli (evidensgrad 2).

Observationsmetod

- Mest frekvent observerade smärtbeteenden hos personer med demens är ansiktsuttryck, smärtljud och försvar (evidensgrad 3).
- Beteenden som indikerar på smärta ses tydligare i samband med rörelse (evidensgrad 3).

Vidare forskning

Fler studier är önskvärdt för att kunna styrka de olika smärtskattningsinstrumentens reliabilitet och validitet. Även ytterligare studier med fokus på betydelsen av hur, när och av vem de olika metoderna används skulle bidra med viktig kunskap. Vidare hade fler studier och utvärdering av systematisk smärtskattning hos personer med demenssjukdom behövts för att bekräfta dess nytta.

REFERENSER

- Almås, H m fl (2002) Smärta. I: Almås, H (red.) *Klinisk omvårdnad – Del 1*. Stockholm: Liber AB, s 65-114.
- American Geriatric Society, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) Clinical practice guidelines: the management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, S205-S224.
- Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär & Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, s 173-188.
- Bahtsevani, C m fl (2004) Outcomes of Evidence-based Clinical Practice Guidelines: A systematic Review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20, 427-433.
- Benedetti, F m fl (1999) Pain threshold and tolerance in Alzheimers's disease. *Pain*, 80, 377-382.
- Björkstén, K (2002) Praktisk juridik i demensvården. I: Björlin, G (red.) *Om demens* (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 250-261.
- Blomqvist, K (2002) Att känna igen och lindra smärta hos personer med demenssjukdom. I: Edberg, A K (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, s 107-120.
- Bruce, A & Ferrell, M D (1995) Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*, 123, 681-687.
- Carnevali, D L (1996) *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB
- Cervo, F A m fl (2009) Pain Assessment in Nursing Home Residents With Dementia: Psychometric Properties and Clinical Utility of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT). *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 505-510.
- Chen, Y H m fl (2009) Evaluation of the psychometric properties and the clinical feasibility of a Chinese version of the Doloplus-2 scale among cognitively impaired older people with communication difficulty. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 78-88.
- Cipher, D J & Clifford, P A (2004) Dementia, pain, depression, behavioural disturbances, and ADLs: toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 741-748.
- Edberg, A K m fl (2000) Assessment by nurses of mood, general behavior and functional ability in patients with dementia receive nursing home care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 14, 52-61.

- Edberg, A K (2002) Att möta personer med demens. I: Edberg, A K (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, s 13-27.
- Ekman, S L (2002) Omvårdnadsrelationer i demensvården. I: Björilin, G (red.) *Om demens* (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 138-186.
- Farrell, M J m fl (1996) The impact of dementia on the pain experience. *Pain*, 67, 7-15.
- Folstein, M F m fl (1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fratiglioni, L & von Strauss, E (2006) *Multisjuklighet och demens - Vad kan förebyggas?*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Fuchs-Lacelle, S m fl (2008) Pain Assessment as Intervention- A Study of Older Adults With Severe Dementia. *Clinical Journal of Pain*, 24, 697-707.
- Goodman, C (1993) Literature Searching and Evidence Interpretation for Assessing Health Care Practices. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Rapport nr 119E.
- Gustafsson, L (2002) Klassifikation av demenssjukdomar. I: Björilin, G (red.) *Om demens* (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 11-12.
- Hægerstam, G (2007) *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Hægerstam, G (2008) *Smärta – ett mångfacetterat problem*. Lund: Studentlitteratur.
- Herr, K m fl (2006) Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 170-192.
- Hofman, A m fl (1997) Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. *Lancet*, 349, 151-154.
- Horgas, A L m fl (2007) Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships Among the Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument, Self-report, and Behavioral Observations. *Pain Management Nursing*, 8, 77-85.
- Horgas, A L m fl (2009) Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 126-132.

- Husebo, B S m fl (2009) Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 180-189.
- Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.
- Jakobsson, U (2007) *Långvarig smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Kivipelto, M m fl (2001) Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ*, 322, 1447-1451.
- Kunz, M m fl (2008) Influence of dementia on multiple components of pain. *European Journal of Pain*, 13, 317-325.
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård, SFS 1991:1128.
- Larsson, M & Rundgren, Å (2003) *Geriatriska sjukdomar* (2:a upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Linton, S J (2005) *Att förstå patienter med smärta*. Lund: Studentlitteratur.
- Marcusson, J m fl (1997) *Demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB.
- Morrison, R S & Siu A L (2000) A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of pain and symptom management*, 19, 240-248.
- Nordberg, A & Zingmark, K (2002) Att leva med svår demens. I: Edberg, A K (red.) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur, s 28-44.
- Ott, A m fl (1998) Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study. *Lancet*, 351, 1841-1843.
- Parahoo, K (2006) *Nursing Research- Principles, process and issues*. New York: Palgrave MacMillan
- Pautex, S m fl (2006) Pain in Severe Dementia: Self-Assessment or Observational Scales? *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1040-1045.
- Pesonen, A m fl (2009) Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 657-664.
- Polit, D & Beck, C (2006) *Essentials of nursing research - Methods, appraisal, and utilization* (6th edition). Philadelphia: Lippincott.
- Prince, M (2000) Methodological issues in population-based research into dementia in developing countries. A position paper from the 10/66 Dementia Research Group. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 21-30.

- Proctor, W R & Hirdes, J P (2001) Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Research & Management*, 6, 119-125.
- Shega, J W m fl (2008) Validity of Pain Behaviors in Persons with Mild to Moderate Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1631-1637.
- Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport 2009. Artikelnummer: 2009-126-71.
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor. Artikelnummer: 2005-105-1.
- Socialtjänstlagen, 2001:453.
- Strang, P (2005) Lidande i palliativ vård. I: Beck-friis, B & Strang, P (red.) *Palliativ medicin* (3:e upplagan). Stockholm: Liber AB, s 90-95.
- Svensk sjuksköterskeförening (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. ISBN: 92-95040-41-4.
- Wahlund, L O (2002a) Vaskulär demens. I: Björlin, G (red.) *Om demens* (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 49-54.
- Wahlund, L O (2002b) Utredning av demenssjukdomar. I: Björlin, G (red.) *Om demens* (2:a upplagan). Stockholm: Liber AB, s 91-100.
- Wikkelsø, C & Wallin, A (2006) Kognitiva funktionsstörningar och demenssjukdom. I: Fagius, J & Aquilonius, S M (red.) *Neurologi* (4:e upplagan). Stockholm: Liber AB, s 277-296.
- Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research – Diagnostic criteria for research. Genève.
- Zwakhalen, S m fl (2006) The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*, 126, 210-220.
- Östlundh, L (2006) Informationssökning. I: Friberg, F (red.) *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, s 45-70.

BILAGOR

Bilaga 1: Kvalitetsbedömningsprotokoll, en modifierad version av Willman m fl (2006) protokoll för kvantitativa studier

Bilaga 2: Matris, efter Forsberg och Wengström (2008)

Bilaga 3: Ordlista

Bilaga 1: Kvalitetsbedömningsprotokoll, en modifierad version av Willman m fl (2006) protokoll för kvantitativa studier

Ja = 1 poäng, Nej = 0 poäng, Maximalt antal poäng = 13

Beskrivning av studien:

Forskningsmetod: Randomiserad kontrollerad studie
 Ej randomiserad kontrollerad studie
 Multicenter, antal center. ANTAL:
 Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika: Antal:
Ålder:
Män/Kvinnor:

Är frågeställningarna tydligt beskrivna: Ja Nej
Är designen lämplig utifrån syftet: Ja Nej
Intervention beskriven?: Ja Nej

Urval:

Adekvata exklusioner: Ja Nej
Urvalsförfarandet beskrivet: Ja Nej
Representativt urval: Ja Nej

Bortfall:

Bortfallsanalysen beskriven?: Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven?: Ja Nej

Statistisk Metod:

Adekvat statistisk metod?: Ja Nej

Etik:

Etiskt resonemang: Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet:

Är instrumenten valida?: Ja Nej
Är instrumenten reliabla: Ja Nej
Är resultatet generaliserbart: Ja Nej

Sammanfattande bedömning av kvalitet:

Hög Medel Låg

Kvalitet:	Hög	80-100%
	Medel	70-79%
	Låg	60-69%
	Exkluderas	<60%

Bilaga 2: Matris, efter Forsberg & Wengström (2008)

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Cervo, F m fl, 2009, USA	Pain Assessment in Nursing Home Residents With Dementia: Psychometric Properties and Clinical Utility of the CNA Pain Assessment Tool (CPAT).	Att utforska psykometriska egenskaper och den kliniska nyttan av CPAT.	En prospektiv longitudinell studie. Undersköterskor utbildades för att observera ansiktsuttryck, beteende, humör, kroppsspråk och aktivitetsnivå enligt CPAT hos boende med demenssjukdom. Observationer gjordes dagligen under 1 års tid. Instrumentet beräknades till att ta en minut att administrera.	145 deltagare, varav 72 män och 73 kvinnor, inkluderades i studien. Alla deltagarna hade ett MMT-resultat som var 19 eller lägre. Medelåldern var 84,3 år.	CPAT har en tillfredställande interbedömarreliabilitet, intern samstämmighet och test-retest reliabilitet. Konstruktionsvaliditet och kriterievaliditet visade statistiskt signifikanta resultat.	Hög
Chen, Y H m fl, 2009, Taiwan	Evaluation of the psychometric properties and the clinical feasibility of a Chinese version of the Doloplus-2 scale among cognitively impaired older people with communication difficulty.	Att utvärdera psykometriska egenskaper samt möjligheten att kliniskt använda Doloplus-2 översatt från franska till kinesiska.	En prospektiv longitudinell studie. Doloplus-2 översatt till kinesiska från franska. En pilotstudie gjordes för att testa förståelsen av den översatta versionen samt instrumentets psykometriska karaktär. C-Doloplus-2 användes av sjuksköterskor samt forskningsassistenter som under en veckas tid observerade deltagarna för att i slutet av veckan fullständigt slutföra C-Doloplus-2.	241 personer med demenssjukdom med åldern 65 år eller äldre samt med ett MMT under 18. Medelåldern var 79,3 år. 14 sjuksköterskor deltog i studien samt ett okänt antal forskningsassistenter	Samstämmigheten var adekvat för skalan i sin helhet och för underkategorier av skalan. Interbedömarreliabiliteten gällande somatiska reaktioner och psykomotoriska reaktioner var god. Dock var den lägre för psykosociala reaktioner.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Fuchs-Lacelle m fl, 2008, Kanada	Pain Assessment as Intervention – A Study of Older Adults with Severe Dementia.	Primärt att undersöka om systematisk smärtskattning leder till förbättrad smärthantering. Sekundärt att se hur systematisk smärtskattning påverkar stress i samband med sjuksköterskearbetet.	Komparativ longitudinell design under 3 månader. En sjuksköterskegrupp smärtskattade patienter, i en experimentellgrupp, regelbundet med PACSLAC. En annan sjuksköterskegrupp utförde en kontrollmätning av uppmärksamhetsnivå i en kontrollgrupp. Mätningar gjordes minst tre gånger i veckan.	173 deltagare med demenssjukdom inkluderades i studien. 101 deltagare slutförde studien. Majoriteten av deltagarna hade en diagnos som ansågs smärtefull. 89 personer i experimentgruppen varav 26 män och 63 kvinnor. 84 personer varav 10 män och 74 kvinnor i kontrollgruppen deltog. Medelåldern var 85 år i båda grupperna.	Regelbundet användande av PACSLAC förbättrade sjukvårdens smärthantering över tid och resulterade i ökad användning av analgetika. I samband med att smärteinterventionerna ökade observerades färre smärtebeteenden.	Hög
Horgas, A L m fl, 2007, USA	Assessing pain in persons with dementia: Relationship among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations.	Att utvärdera reliabiliteten och validiteten av NOPPAIN gällande smärtskattning, när instrumentet används av sjuksköterskor.	En kvasiexperimentell observationsstudie. Utbildade sjuksköterskestudenter på mätinstrumentet NOPPAIN poängsatte aktivitetsprotokoll med deltagare upptagna via video. Deltagarna skulle sitta, stå, ligga i en säng, gå samt skifta mellan de olika aktiviteterna under 10 minuter. Via ett strukturerat intervjuprotokoll bads deltagarna att skatta sin smärta före och efter det standardiserade aktivitetsprotokollet.	20 deltagare med kognitiv nedsättning respektive 20 deltagare utan kognitiv nedsättning. 9 män och 31 kvinnor. Medelålder 83 år.	Resultatet indikerar på hög intra- och interbedömarreliabilitet av NOPPAIN samt signifikanta korrelationer av NOPPAIN med självrapporterad smärta och detaljerad beteendekodning.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Horgas, A L m fl, 2009, USA	Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation.	Att utforska relationen mellan självrapportering och beteendeindikatorer av smärta hos äldre personer med kognitiv nedsättning respektive kognitivt intakta personer.	En kvasiexperimentell studie med korrelerande design. Deltagare intervjuades angående smärta och fick genomföra ett aktivitetsbaserat protokoll där det ingick att sitta, stå, ligga i en säng, gå på stället samt växla mellan aktiviteterna. Aktiviteterna utfördes slumpmässigt under 10 minuter och videoinspelades. Oberoende uppskattare, vilka alla var sjuksköterskor blinda inför deltagarnas kognitiva status, poängsatte de videoinspelade aktivitetsprotokollen.	158 äldre personer screenades varav 32 personer exkluderades. Medelåldern var 83 år. 64 personer var kognitivt intakta respektive 62 personer med kognitiv nedsättning. 24 personer var män, 102 var kvinnor.	Deltagare med kognitiv nedsättning rapporterade mindre smärta än de kognitivt intakta deltagarna efter förflyttning men inte efter vila. Smärtbeteendeindikatorerna skiljde sig inte mellan dessa två grupper.	Hög
Husebo, B m fl, 2009, Norge	Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake.	Syftet med studien var att undersöka intra- och interbedömarreliabiliteten av smärtbeteendeindikatorer, smärtintensitet och den sammanlagda smärtpoängen av MOBID skalan.	En prospektiv longitudinell studie. Under videoinspelning blev deltagarna i studien guidade av deras primära vårdgivare till standardiserade rörelser av olika kroppsdelar. Smärtbeteendeindikatorerna: smärtiljud, ansiktsuttryck och försvar registrerades av externa uppskattare som granskade varje deltagares rörelser via videoupptagning.	26 deltagare med kognitiv nedsättning deltog i studien. 23 av deltagarna var kvinnor. Tre av deltagarna var män. Medelåldern var 87 år.	MOBID visade sig vara reliabel för att skatta smärta hos äldre personer med svårt utvecklad demens. Ansiktsuttryck följt av smärtiljud och försvar var mest frekvent observerade i samband med smärtpåverkan. Intra- och interbedömarreliabiliteten var högst för smärtiljud följt av försvar och ansiktsuttryck. I studien visades att smärtuttryck oftare ses vid mobilisering av armar och ben. Intra- och interbedömarreliabiliteten av sammanlagd smärta visade goda resultat för MOBID.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Kunz, M m fl, 2008, Tyskland	Influence of dementia on multiple components of pain.	Att berika beskrivningen av hur äldre personer med demenssjukdom påverkar smärtbeteende (självrapporering, nociceptiv flexion reflex, ansikts- och autonoma responser) under skadlig elektrisk stimulering.	En prospektiv longitudinell experimentell studie med intervention i två grupper. Deltagarna utsattes för tryckstimulering och elektrisk stimulering, under 20 respektive 30 min med en paus mellan. Under stimuleringen mättes självrapportering via VRS, nociceptiv flexion reflex, ansikts- och autonoma responser.	35 personer med demenssjukdom, varav 17 kvinnor och 18 män. 46 kontroll deltagare utan demenssjukdom, varav 36 kvinnor och 10 män. Medelåldern i de två grupperna var $75,7 \pm 6,9$ år. Deltagare med tillstånd som kan påverka smärtupplevelser exkluderades ex diabetiker.	Deltagarna med demens värderade smärta lika intensivt som kontrollgruppen. Signifikanta skillnader i resultatet gällande förmågan att självrapportera smärta var nedsatt bland personer med demens.	Medel
Pautex, S m fl, 2006, Schweiz	Pain in Severe Dementia: Self-Assessment or Observational Scales?	Att skatta prestationsförmågan av självskattningsskalor och jämföra resultatet mot observationsdata gällande hospitaliserade personer med svår demenssjukdom.	Prospektiv klinisk studie. Tre självskattningsskalor, VRS, VAS samt FPS användes i slumpmässig ordning. Tyngdpunkten låg vid att undersöka förståelsen för skalorna, deras intra- och interbedömarreliabilitet samt att jämföra smärtintensiteten mätt med de olika skalorna. Samtidigt utfördes observationer baserade på Doloplus-2.	Deltagare med svår demenssjukdom valdes ut från geriatriska och psykiatriska avdelningar under en femtonmånaders period. Patienter med delirium, akuta psykiatriska symtom samt om patienterna var terminalt sjuka exkluderades. 129 patienter deltog. 89 kvinnor och 40 män. Medelåldern var 84 år.	Förståelsen var högre för VRS och FPS. Hög intra- och interbedömarreliabilitet för de tre smärtskattningsskalorna visades hos deltagarna med god förståelse för skalorna. Observationsbedömningen korrelerade med självrapporteringen av smärta. Däremot undervärderade observationerna graden av smärtintensiteten i jämförelse med smärtskattningsskalorna.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Pesonen, A m fl 2009 Finland	Evaluation of easily applicable pain measurement tools for the assessment of pain in demented patients	Att utvärdera fyra enkla och frekvent använda smärtskattningsskalor på personer med demenssjukdom samt utveckla en strategi för skattning av postoperativ smärta gällande samma målgrupp.	En prospektiv longitudinell studie. Smärtintensiteten mättes vid tre tillfällen med två veckors intervall, under vila och under rörelse. Smärtskattningsskalorna som användes var VRS, VAS och FPS. Patienterna erhöll sin vanliga smärtbehandling under studiens förlopp.	41 deltagare varav 36 kvinnor och 5 män i åldrarna 76-95 år deltog i studien. Deltagarna inkluderades i studien efter tecken och symtom som indikerade på förekomst av smärta.	Resultatet visade att personer med en lätt demenssjukdom var kapabla till att använda samtliga testade skalor. I de övriga grupperna med deltagare med en svårare demens gav endast VRS skalan acceptabla resultat gällande pålitlighet i mätningen av smärta.	Hög
Shega, J W m fl 2008 USA	Validity of Pain Behaviors in Persons with Mild to Moderate Cognitive Impairment	Att utvärdera validiteten av traditionella smärtbeteenden. Försvar, grimaserande, suckande, gnuggande och stödjande. Hos personer med och utan kognitiv nedsättning	En prospektiv longitudinell studie. Deltagarna videoinspelades medan de utförde ett aktivitetsprotokoll med fyra olika positioner som intogs i slumpmässig ordning. Videoinspelningarna granskades efter fem olika smärtbeteende. En forskningsassistent tränad på att känna igen smärtbeteenden granskade samtliga videoinspelningar.	37 personer utan och 40 personer med en mild till medelsvår kognitiv nedsättning deltog i studien. 23 män och 23 kvinnor med en medelålder på 77 år. 31 av deltagarna hade besvär av kronisk ryggsmärta. Övriga deltagare hade ingen känd smärtrelaterad diagnos.	Den interna samstämmigheten för de fem smärtbeteendena var låg. Oberoende av kognitiv status var frekvensen av grimasering och försvar signifikant högre än övriga kategorier. Personer med mild och medelsvår kognitiv nedsättning visade signifikant högre frekvens av gnuggande och försvar än kognitivt intakta personer.	Medel

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Zwakhalen, S m fl, (2006), Holland	The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia	Att utvärdera kvaliteten av de översatta versionerna till holländska av observationsskalorn a PAINAD, PACSLAC och DOLOPLUS-2 använda på äldre personer med demens.	En kvantitativ observationsstudie. Två bedömare skattade patienters smärta, genom tre observationsskalor, vid vila (T1) och under vaccinering (T2). En del av deltagarna blev även smärtskattade under ett specifikt tillfälle i omvårdnadsarbetet (T3). Vid observationerna värderade även patienterna sin egen smärta via slumpmässigt val av VAS. Observationerna videoinspelades. DOLOPLUS-2 användes separat vid ett tillfälle utanför observationerna eftersom den inte mäter smärtupplevelser vid ett specifikt tillfälle.	144 deltagare, 128 personer med demens samt 16 kontrolldeltagare med somatisk sjukdom utan demenssjukdom. 112 kvinnor och 32 män deltog i studien. Medelåldern för personerna med demenssjukdom var 82,4 år. I kontrollgruppen var medelåldern 78,1 år.	De mest frekvent använda kategorierna av PACSLAC var spänningar i ansiktet, förändringar i ögonen, rynkande av pannan samt specifikt ljud eller verbalt uttryck för smärta. I sin helhet visade skalan god reliabilitet och validitet, dock var den något lägre vid vila än under T2 och T3. En låg korrelation mellan Doloplus-2 och VAS visades.	Medel

Bilaga 3: Ordlista

CPAT- Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT)

CPAT är komponerad av observerbara indikatorer som kan bero på smärta. Den består av de fem kategorierna ansiktsuttryck, beteende, humör, kroppsspråk och aktivitetsnivå. Smärtindikatorer poängsätts som ett och icke observerbara smärtindikatorer poängsätts som noll. Ett poäng tyder på förekomst av en smärta som bör utvärderas (Cervo m fl, 2009).

Doloplus-2

Doloplus-2 värderar fem somatiska kategorier, två psykomotoriska kategorier och tre psykosociala kategorier. Varje kategori poängsätts från noll till tre, där noll ges för normalt alternativt inget beteende som indikerar smärta och tre poäng tydligt indikerar smärta. Maximal poäng är 30. Fem poäng eller mer indikerar på förekomst av smärta (Pautex m fl, 2006).

FPS- Faces Pain Scale

FPS består av sju uppradade ansikten som uttrycker ökande smärta. Smärtans intensitet pekats ut och representeras av det ansikte som överensstämmer bäst med smärtan (Pautex m fl, 2006).

MMT- Mini Mental Test

MMT är ett test som bedömer kognitiva funktioner vilket utförs i samband med utredning av misstänkt demenssjukdom. Testet genomförs på 10-15 minuter och består av 10 frågor som tillsammans undersöker patientens orienteringsförmåga, minne, uppmärksamhet, språkliga samt visuospatiala förmåga. Maximalt kan 30 poäng erhållas och ett resultat på 24 poäng tyder på att en kognitiv funktionsnedsättning föreligger (Wahlund, 2002b; Folstein m fl, 1975).

MOBID- Mobilisation Observation Behaviour Intensity Dementia Pain Scale

MOBID är ett smärtskattningsinstrument anpassat för äldre personer med svår demenssjukdom. Instrumentet fokuserar på nociceptiv smärta under aktivt guidade rörelser av bålen och extremiteterna. Under fem aktiva rörelsekategorier registreras förekomsten av de tre smärtbeteendena smärtiljud, ansiktsuttryck och smärtförsvar. Intensiteten i beteendena uppskattas från ett till tio (Husebo m fl, 2009).

NOPPAIN- Non Communicative Patient's Pain Assessment Instrument

Genom NOPPAIN skattas sex smärtrelaterade beteenden som utgörs av verbalt formulerade smärtyttringar, smärtiljud, ansiktsuttryck, gnuggande, stödjande /skyddande och rastlöshet. Observationen av smärtbeteende sker under omvårdnadsarbete och bedömer förekomst, lokalisation och intensitet av smärta. Intensiteten värderas mellan ett och fem (Horgas m fl, 2007).

PACSLAC- Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate

PACSLAC är ett smärtskattningsinstrument för äldre med svår demenssjukdom. Den består av 60 smärtbeteenden som grupperats till fyra kategorier: ansiktsuttryck, aktivitet/kroppsförflyttningar, personlighet/humör samt en kategori övrigt som innefattar nutrition, sömnförändringar, högljutt beteende och fysiologiska förändringar (Fuchs-Lacelle m fl, 2008).

VRS- Verbal Rating Scale (VRS)

VRS är en sexpoängsskala vilken består av en lista med adjektiv som beskriver olika smärtnivåer. Vid smärtskattningen väljs det adjektiv som bäst beskriver den upplevda smärtan (Pautex m fl, 2006).

VAS- Visuell analog skala

VAS består av en linje där patienten får uppskatta sin smärta mellan två ytterligheter, ingen smärta och outhärdlig smärta (Pautex m fl, 2006).