En utmaning: Sjuksköterskans bedömning av smärta hos personer med demens

Författare
Carina Blidmo
Åsa Trolle-Lindgren

Handledare
Barbro Wadensten

Examinator
Doris Hägglund

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
2013
SAMMANFATTNING


Syfte: Att beskriva de smärtskattningsmetoder och observationsmetoder som finns, samt vilka av dessa som på bästa sätt kan ge en korrekt smärtbedömning hos personer med demenssjukdom.

Metod: En litteraturstudie, där databaserna Cinahl och Pubmed används. Sökningen resulterade i tretton kvantitativa artiklar som har analyserats och kvalitetsgranskats.

Resultat: De självskattningsskalor som personer med demenssjukdom hade bäst förståelse för och således ansågs lämpligast var FPS, VRS och VAS. De observationsskalor som framhållits som lämpliga är CPAT, MOBID, MOBID-2, ADD, NOPPAIN, PADE, PANAID, PACSLAC och CNPI. Observationsmetoder och självskattningsskalor korrelerar mycket dåligt med varandra, framförallt hos personer med svårare demens. Observationsmetoderna visar tydliga tendenser att underskatta smärtans förekomst och intensitet jämfört med självskattningsskalor.

Slutsats: Det är en svår uppgift för sjuksköterskan att veta vilken smärtskattningsmetod som är lämpligast att använda för personer med demens. Vid valet av smärtskattningsmetod är det viktigt att göra en individuell bedömning av personens förmåga och graden av demens.

Nyckelord: Smärta, bedömning, demens, omvårdnad
ABSTRACT

People with dementia often have difficulties expressing their needs. Untreated pain within this group can be manifested as depression, agitation or loss in appetite. It can be a challenging task for a nurse to estimate, treat and evaluate pain for people with dementia. With good knowledge and an empathic approach, nurses can often recognize and relieve pain amongst these people. Despite this, literature often suggest that unrecognized and untreated pain is common within this group.

**Aim:** The aim of this study was to describe the self-assessment methods and observation methods that exists, and can give a correct estimation of pain amongst people with dementia.

**Method:** A literature study, where the software programs Cinahl and Pubmed has been used. The search lead up to thirteen quantitative articles that has been analyzed and its quality has been controlled.

**Results:** The self-assessment scales that people with dementia had the most comprehension for and therefor was considered most appropriate was FPS, VRS and VAS. The observational scales that has been emphasized as appropriate are CPAT, MOBID-2, ADD, NOPPAIN, PADE, PANAID, PACSLAC and CNPI. The correlation between Observational scales and Self-assessment scales is very low, especially amongst people with severe dementia. The methods based on observations indicate a tendency to underestimate the prevalence and intensity of pain, compared to methods based on self-assessment.

**Conclusion:** It is a difficult task for nurses to know which method is most appropriate to use when estimating pain amongst people with dementia. When choosing a method to estimate pain it is important to make an individual judgment of the person’s own ability and the level of dementia.

**Keywords:** Pain, assessment, dementia, nursing.
RESULTAT ......................................................................................................................... 12

Smärtsskattningsmetoder för smärtbedömning av personer med demenssjukdom ........... 12

  Självskattningsmetoder ................................................................................................. 12

  Observationsmetoder .................................................................................................... 16

SJÄLVSKATTNINGSMETODER OCH OBSERVATIONSMETODER SOM LÄMPAR BÄST SIG VID SMÄRTBEDÖMNING HOS PERSONER MED DEMENSSJUKDOM ................................................................. 21

  Självskattningsmetoder ................................................................................................. 21

  Observationsmetoder .................................................................................................... 21

DISKUSSION ...................................................................................................................... 22

Resultatdiskussion ............................................................................................................ 22

  Självskattningsmetoder ................................................................................................. 22

  Observationsmetoder .................................................................................................... 23

Metoddiskussion .............................................................................................................. 26

Slutsats ............................................................................................................................. 27

REFERENSLista .................................................................................................................. 1
INTRODUKTION


Demens

Ordet demens härstammar från latinets ”de mens” det vill säga ”utan själ”, vilket innebär ett förvärvat kliniskt tillstånd som tilltar med tiden. Tidigare ansågs ordet demens vara detsamma som galenskap eller sinnessjukdom. De främsta kännetecknen vid demens är sviktande minnesfunktion samt nedsatt kognitiv förmåga jämfört med tidigare nivå. Den främsta riskfaktorn för att drabbas av demens är åldern, vilket gör att antalet personer som insjuknar i demens kommer att öka, då antalet äldre blir allt fler. Vid 65 års ålder är förekomsten av demenssjukdom cirka 1 %, för att vid 90 års ålder ha stigit till omkring 50 % (SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006).

**Olika former av demenssjukdom**


Den vanligaste formen av sekundär demenssjukdom är *vaskulär demens*. Orsaken är blödnings eller blodproppar i hjärnan som orsakat skador på hjärnvävnaden. Förutom minnesstörningar är vanliga symptom känslomässig avtrubbning, mental långsamhet och gångrubbningar. Även bristande intresse, initiativlöshet och nedstämndhet ses ofta vid vaskulär


Utredning av demenssjukdom


**Smärta**


Enligt International Association for the Study of Pain (IASP) definieras smärta som ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada. Oförmåga att kommunicera utesluter inte att individen känner smärta eller kan vara i behov av adekvat smärtsfördröjning. Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egna erfarenheter av vävnadsskada tidigt i livet” (Werner & Leden, 2010, s 13).

Smärta kan delas in i två grupper utifrån tidsaspekten, akut smärta och långvarig smärta. Akut smärta eller kortvarig smärta uppträder exempelvis vid omfattande vävnads skada efter operationer eller trauman. Denna typ av smärta är tillfällig och upphör då skadan har läkts. Akut smärta har också till syfte att skydda oss genom att aktivera reflexer som gör att vi flyr vid hot om skada. Långvarig smärta åsyftar ett smärtstillstånd som pågått mer än tre till sex månader, exempel på sådana tillstånd är artros, huvudvärk och fibromyalgi. Denna smärta kan vara både ständigt pågående eller regelbundet återkommande. Långvarig smärta påverkar individen på en rad olika sätt både privat och i arbetslivet, vilket kan leda till minskad livskvalitet och social isolering (Lundeberg & Norrbrink, 2010).
Smärttyper


Smärtbedömning

Patientens egen beskrivning av smärtans intensitet och varaktighet är det allra viktigaste instrumentet för att kunna göra en korrekt smärtbedömning. Vissa patientgrupper kan ha svårt att verbalt beskriva sin smärtupplevelse t.ex. vid nedsatt kognitiv funktion eller medvetslöshet. Vid dessa tillfällen kan andra parametrar användas för att bedöma smärta, såsom puls, blodtryck och andningsfrekvens samt observation av beteendemönster (Werner & Leden, 2010).


**Smärta vid demenssjukdom**

En person med demenssjukdom blir allteftersom sjukdomen fortskrids mer och mer beroende av hjälp för att klara sin vardag och senare även sin personliga omvårdnad. De kan också ha svårt att ge uttryck för smärta, olust och andra symtom på ohälsa. Det är viktigt att belysa detta område, eftersom det ställer krav på hälso- och sjukvården att vara uppmärksam på olika tecken på ohälsa och att kontinuerligt göra riskbedömningar (Socialstyrelsen, 2010).


**Problemformulering**

Personer som drabbats av demenssjukdom har sviktande minnesfunktion samt nedsatt kognitiv förmåga att uttrycka sina behov. Detta kan leda till svårigheter för sjuksköterskan att bedöma graden av smärta hos dessa patienter. Att beskriva vilka metoder som finns i litteraturen samt studera den utvärderade nyttan av dessa metoder, skulle kunna underlätta för sjuksköterskan vid val av smärtskattningsmetod.

**Syfte**

Att beskriva de självskattningsmetoder och observationsmetoder som finns samt vilka av dessa som på bästa sätt kan ge en korrekt smärtbedömning hos personer med demenssjukdom.

**Frågeställningar**

Vilka smärtskattningsmetoder och observationsmetoder för smärtbedömning av personer med demenssjukdom finns beskriven i vetenskapliga studier?

Vilka smärtskattningsmetoder och observationsmetoder lämpar sig enligt vetenskapliga studier bäst vid smärtbedömning hos personer med demenssjukdom?
**METOD**

**Design**

*Litteraturstudie*

En litteraturstudie innebär en kritisk och systematisk sammanställning av forskningsresultat som utgår från en forskningsfråga. Litteraturstudien ger en sammanfattning av aktuell kunskap inom ett ämne. Denna typ av studier kan bidra till att uppmärksamma behovet av fler studier inom området och kan även inspirera till nya forskningsområden (Polit & Beck, 2010).


**Figur 1**

![Flödesschema](image)


**Sökstrategi**

Vid litteratursökningen användes databaserna PubMed och Cinahl eftersom dessa databaser enligt Polit och Beck (2011) är speciellt användbara vid sökningar inom omvårdnadsområdet. Föreliggande litteraturstudie innefattade följande MESH-terminer: pain, assessment, pain measurement, dementia, severe dementia, nursing. För att underlätta sökningen användes möjligheten att söka efter liknande studier i databaserna då en lämplig studie som uppfyller...
författarnas sökkriterier påträffades. Även manuella sökningar på referenslistor gjordes genom att utvalda studiers referenslistor granskades.

**Urval**


**Tillvägagångssätt**

Innan artiklarna valdes ut granskades de gemensamt av författarna genom att samtliga sammanfattningar av de titlar som ansågs intressanta lästes. Totalt 114 sammanfattningar lästes. Därefter valdes de artiklar ut som ansågs uppfylla ställda kriterier, totalt 13 stycken, enligt tabell 1. För att göra det möjligt att följa granskningsprocessen vid urvalet av de inkluderade artiklarna har denna litteraturstudie utgått från Forsberg och Wengströms (2008) mall för kvantitativa studier. Denna mall omfattar kvalitetsbedömningar av studiens syfte, frågeställning, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning. En checklista bestående av 17 frågor som kan besvaras med ja eller nej utformades (bilaga 1). Därefter fastställdes att de artiklar som uppfyllede svarsalternativ ja på mer än 60 procent av frågorna skulle inkluderas (Willman m.fl., 2006). Totalt 13 artiklar inkluderades och 111 studier exkluderades dels på grund av att de inte nådde upp till 60 % ja enligt checklistan och dels på grund av att de ansågs som svårtolkade. I tabell 1 redovisas de 13 funna artiklarna utifrån databas och sökord.

**Inklusionskriterier**


**Exklusionskriterier**

Författarnas exklusionskriterier var följande: Artiklar skrivna på andra språk än engelska eller svenska samt artiklar publicerade före 2002. Även artiklar som beskriver smärtbedömning av andra kategorier, till exempel unga personer, personer med känd depressionsproblematik eller äldre utan demenssjukdomar, samt artiklar som inte uppfyller studiens syfte exkluderas.

Tabell 1. Sökresultat

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas</th>
<th>Sökord/ Meshtermer</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Lästa abstract</th>
<th>Inkluderade artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medline/Pubmed</td>
<td>Pain measurement AND severe dementia</td>
<td>37</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Medline/Pubmed</td>
<td>Pain measurement AND dementia AND nursing</td>
<td>111</td>
<td>32</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Medline/Pubmed</td>
<td>Pain AND assessment AND severe dementia</td>
<td>58</td>
<td>22</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Medline/Pubmed</td>
<td>Pain AND assessment AND severe dementia AND nursing</td>
<td>36</td>
<td>15</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Pain measurement AND severe dementia</td>
<td>17</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Pain measurement AND dementia AND nursing</td>
<td>46</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Pain AND assessment AND severe dementia</td>
<td>20</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Pain AND assessment AND severe dementia AND nursing</td>
<td>13</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Manuella sökningar</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td></td>
<td>338</td>
<td>114</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bearbetning och analys

Resultatanalys


Kvalitetanalys


Tabell 2

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kvalitet:</th>
<th>Starkt</th>
<th>Måttligt</th>
<th>Lågt</th>
<th>Exkluderades</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>80-100 %</td>
<td>70-79 %</td>
<td>60-69 %</td>
<td>&gt;60 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bevisvärdet på var studie redovisas i bilaga 1.

Etiska överväganden

Endast studier som fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts har använts till denna studie. Alla artiklar har presenterats oavsett författarnas egna förståelser eller åsikter i ämnet, enligt rekommendationer från Forsberg och Wengström (2008).
RESULTAT


Smärtskattningsmetoder för smärtsbedömning av personer med demenssjukdom

Självskattningsmetoder

Coloured Analogue Scale (CAS)

CAS är ett instrument som mäter smärta genom att använda färger för att erhålla en numerisk skala av smärtsamnivån. CAS innefattar en vertikal visuell skala med vit färger vid ena ändan, som representerar icke smärtsamt tillstånd och mörkröd färger vid den motsatta änden, som representerar svår smärta. Skalan ökar också i bredd nedifrån och upp, så att det största området indikerar svår smärta (mörkröd) och liknar en långsträckt vertikal triangel.

Deltagarna ombes peka på den färgskala (från vit till mörkröd) som bäst matchade nivån av upplevd smärta. En numerisk bedömningsskala, från noll till tio, finns på baksidan av CAS och används för att tilldela ett numeriskt betyg till deltagarnas självrapporterade smärta (Lints-Martindale m fl., 2011).

Face Pain Scale (FPC)

FPS består av sju tecknade ansikten placerad på rad som uttrycker ökande smärta. Det ansikte som bäst överensstämmer med smärtan påvisas och indikerar smärtans intensitet. (Pautex m fl., 2006).


Horisontell Visuell Analog Scale (HVAS)

Deltagarna graderar sin smärta längs en tio cm lång horisontell linje genom att med hjälp av en markör ställa in aktuell smärtintensitet mellan noll, ingen smärta och tio, värsta tänkbara smärta (Pautex m fl., 2005).

självskattningsmetoder, visade resultatet i motsats till den tidigare studien lägst förståelse för HVAS. Då man jämförde med en observationsmetod visade resultaten en måttlig överensstämmelse mellan observationssmetoden och HVAS. Detta samband var bättre hos patienter utan demens.

**Mechanical Visual Analogue Scale (MVAS)**

MVAS är en plastversion av VAS med en glidande markör som deltagaren flyttar till det läge som motsvarar upplevs smärtintensiv.


**Numerical Rating Scale (NRS)**

NRS är en skala som består av en horisontell linje med noll för ingen smärta längst till vänster på skalan och tio för värsta smärta längst till höger på skalan. Lika stora avstånd mellan streck på skalan representerar varje upplevd smärtintensitet. Deltagaren väljer det nummer som bäst stämmer överens med intensiteten av smärta som upplevs (Horgas, 2007).


**Verbal Descriptor Scale (VDS)**

VDS är en metod tänkt att användas för personer som verbalt kan uttrycka sin smärta. VDS består av frågor som ska besvaras med ja eller nej. Om deltagaren svarar ja på frågan om smärta får han/hon en följdfråga om intensiteten av smärta. För att beskriva intensiteten får
patienten gradera smärtan på en sexgradig skala där ingen smärta ger noll poäng och värsta tänkbara smärta ger sex poäng (Cohen- Mansfield, 2006).


**Verbal Rating Scale (VRS)**

VRS är en skala som innehåller en förteckning med adjektiv som beskriver olika nivåer av smärta, ingen smärta, mild smärta, måttlig smärta och svår smärta. Patienter väljer det adjektiv som bäst beskriver den upplevda smärtan (Pautex m fl., 2006).


**Vertical Visuell Analog Scale (VVAS)**

VVAS är en skala liknade HVAS, men där skalan presenteras vertikalt och linjen ersätts med en röd triangel där toppen är vänd uppåt och basen nedåt. Smärtintensiteten graderas på samma sätt som med HVAS mellan noll, ingen smärta och tio, värsta tänkbara smärta.
Patienten skattar sin smärta genom att placera triangelns topp på den siffra som bäst beskriver smärtan.

Resultat från en studie visade att VVAS var en självskattningsmetod som personer med mild till måttlig demens hade hög förståelse för. VVAS visade i denna studie på en hög validitet (Pautex m fl., 2005).

**Observationsmetoder**

**Assessment of Discomfort in Dementia (ADD)**


ADD har enligt studien av Lints-Martindale m fl. (2011) tillräckliga psykometriska egenskaper och kan skilja mellan icke-smärtsamma och smärtsamma tillstånd.

**Abbey Pain Scale (APS)**

APS är en skala som används för att bedöma smärta hos personer med svår demens. Sex faktorer bedöms. Dessa faktorer är röstuttryck, ansiktsuttryck, förändrat kroppsspråk, förändrat beteende, fysiologiska förändringar och kroppliga förändringar (skador). Varje faktor bedöms på en fyrfadig skala från noll till tre, där högre poäng indikerar starkare smärta (Sheu m fl., 2011).

Studien av Sheu m f. (2011) jämförde bedömning av ansiktsuttryck med APS och guiden Facial Avtion Coding System,FACS (bilaga 3). Resultaten visade och en signifikant korrelation mellan dessa både vid måttlig och svår smärta. Då man jämförde APS med observationsmetoderna Pain Assessment In Advanced Dementia, PAINAD, och Noncommunicative Patiet’s Pain assessment Instrument, NOPPAIN, skattade APS lägre smärta än PAINAD, men högre smärta än NOPPAIN.
Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI)

CNPI har anpassats utifrån University of Alabama- Birminghams smärtbeteendeskala. Den har sex grupper av beteenden (läten, ansiktsgrimaser, stelhet, gnidande, rastlöshet och verbala klagomål) som räknas som "närvarande" eller "frånvarande" i två tillstånd, "vila" och "under rörelse." Summering av antalet markerade objekt i varje tillstånd ger delskalpoäng (intervall 0-6) och en totalpoäng (intervall 0-12), (Ersek m fl., 2010).

Enligt en studie av Ersek m fl. visade CNPI bättre tillförlitlighet vid rörelse än vid vila. Resultat från Lints-Martindale studie (2011), som jämförde sex olika observationsmetoder visar att CNPI kan skilja mellan icke-smärtsamma och smärtsamma tillstånd. Den obervationsmetod som bäst korrelerar med CNPI är PACSLAC.

Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool (CPAT)

CPAT används för att mäta smärta hos kognitivt nedsatta personer och är utformad för att observera indikationer på smärta och icke smärta inom fem kategorier: ansiktsuttryck, beteende, humör, kroppsspråk och aktivitetsnivå. Smärtindikatorer bedömds som ett och icke smärtindikatorer som noll med en maximal poäng på fem.

CPAT har enligt resultat från Cervo m fl. (2009) höga värden för klinisk användbarhet. Tillförlitligheten av CPAT ansågs ha acceptabla nivåer.

Doloplus, Doloplus-2


Studier har visat att Doloplus 2 endast korrelerar måttligt med självskattningsmetoderna VRS, HVAS, FPS och VVAS, samt underskattar smärtans svårighetsgrad jämfört med dessa tre

**Mobilisation Observation Behavior Intensity Dementia (MOBID)**

MOBID är en metod speciellt framtagen för att bedöma smärta hos äldre personer med svår demens. Instrumentet fokuserar på att bedöma nociceptiv smärta från rörelseapparaten utlösta av fem olika rörelser ex. öppna och stänga handen, sträcka och böja på knän, sitta på sängkanten och/eller vända sig i sängen åt båda håll. Olika tecken på smärta såsom ljud ansiptsuttryck och försvår registreras. Intensiteten av smärtbeteenden bedöms med hjälp av en skala mellan noll och tio poäng (Husebo m fl., 2009).

Då Husebo m.fl. (2009) undersökte MOBID i en studie av personer med måttlig till svår demens och kronisk smärta. Resultaten visade att denna observationsmetod var tillräckligt tillförlitlig för att kunna användas vid bedömning av smärta hos äldre personer med måttlig till svår demens.

**Mobilisation Observation Behaviour Intensity Dementia 2 (MOBID-2)**

MOBID 2 är en utvecklad version av MOBID för att omfatta andra organ och andra typer av smärta t.ex. cancer, angina pectoris och emboli. Bedömaren registrerar även smärtans lokalisation genom att använda teckningar över kroppen (Husebo m fl., 2010).

MOBID 2 har utvärderats och jämförts utifrån bedömningar från skalan med bedömning från läkarundersökning, visade resultaten att MOBID 2 överensstämde väl med den kliniska undersökningen. Författarna av studien fann att trovärdighet av MOBID 2 var hög (Husebo m fl., 2010).

**Mahoney Pain Scale (MPS)**

MPS har utvecklats för att bedöma närvaro och graden av smärta hos personer med svår demens. Åtta olika beteendefaktorer så som rynkad pannan, ängsligt uttryck, avslappnat ansietsuttryck, ledset ansietsuttryck, pannan fårad, särade läppar, andningsfrekvens, verbala uttryck, bedöms på en tregradig skala, högre poäng indikerar högre smärtintensitet (Sheu m fl., 2011).
Då man jämförde sex olika bedömningsmetoder visade resultaten att MPS skattade lägre än en av de andra metoderna, Pain Assessment In Advanced Dementia, PAINAD. Då studien jämförde 20 segment mellan MPS och FACS, visade resultaten en hög överensstämmelse. (Sheu m fl., 2011).

**Noncommunicative Patient’s Pain Assessment Instrument (NOPPAIN)**

NOPPAIN har utvecklats för bedömning av smärta hos personer med svår demens. Sex smärtsrelaterade beteenden som utgörs av verbala uttryck eller ord, ansiktsuttryck, gnidande, kroppsförvar och oro/rastlöshet, observeras. Observationen bedömer förekomst, lokalisation och intensitet av smärta samt värderar intensiteten av smärta på en numerisk skala mellan ett och fem (Horgas m fl., 2007).


**Observational Pain Behavior Assessment Instrument (OPBAI)**


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

PACSLAC består av 60 småbeteenden. Dessa beteenden delas in i fyra kategorier: ansiktsuttryck, kroppsrörelser, personlighet/humör samt en för övriga fysiologiska
egenskaper, som sömn- och nutritionsförändringar samt olika verbala beteenden. Poäng från de olika kategorierna summeras för att bedöma smärta (Sheu m fl., 2011).

Lints-Martindale m fl. (2011) jämförde i sin studie PACSLAC med sex andra observationsmetoder och fann att PACSLAC hade störst korrelation med CNPI. Av de sex olika observationsmetoderna var PACSLAC en av de två metoder som uppmätte de högsta värdena av smärtintensitet. En annan studie fann dock vid en jämförelse av sex olika observationsmetoder att PACSLAC gav betydligt lägre poäng än övriga metoder. Då samma studie även jämförde PACSLAC med FACS visade resultatet korrelation mellan dessa två metoder vid måttlig eller svår smärta, men inte vid lätt smärta Sheu m fl., 2011).

Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE)

PADE består av 24 olika faktorer separerade i tre delar. Del ett, fysiska (t.ex. ansiktsuttryck), del två, helhetsbedömning (bedömning av patienternas övergripande smärta), och del tre, funktionell (dagliga aktiviteter som erhålls från kartlagd information). (Lints-Martindale, A C., m fl., 2011).

Enligt en studie av Lints-Martindale m fl. (2011) som utvärderat flera observationsmetoder, visar PADE bra förmåga att skilja mellan smärtsamma och icke smärtsamma beteenden, framför allt vid bedömning av smärta i samband med vaccination. PADE visade även en bra korrelation med samtliga övriga observationsmetoder som ingick i studien. Dock fann man ingen korrelation mellan PADE och självskattningsmetoden CAS, dock var antalet deltagare som kunde använda självskattningsmetoden låg.

Pain Assessment In Advanced Dementia (PAINAD)

PAINAD är en observationsmetod som bygger på fem faktorer som var för sig observeras och värderas mellan noll och två. Faktorer som bedöms är: andning, negativa läten, ansiktsuttryck, kroppsspråk och avledning. Poängen varierar således mellan noll och tio, där den högre poängen tyder på starkare smärta. (Ersek m.fl. 2010)

observationsmetoder och fann att PAINAD var en av de två observationsmetoderna som skattade högst smärta. Även Sheu m fl. (2011) jämförde sex olika bedömningsmetoder. I den studien fann man att PAINAD skattade högre smärta än tre av de andra metoderna.

**Självskattningsmetoder och observationsmetoder som lämpar bäst sig vid smärtbedömning hos personer med demenssjukdom**

**Självskattningsmetoder**

Resultaten från de ingående studierna visade att förståelsen för självskattningsmetoderna varierade med graden av demens.

För personer med svår demens fann studien av Pautex m fl. (2005) att förståelsen för VRS var något bättre än självskattningsmetoderna HVAS, VVAS och FPS, som även de visade på relativt god förståelse. I en senare studie (Pautex m fl., 2006) fann författarna att FPS visade på bäst förståelse för denna grupp följt av VRS samt HVAS. Resultaten visade att FPS och VRS var de självskattningsmetoderna som var bäst lämpade för personer med svår demens (Pautex m. fl., 2005, 2006).


**Observationsmetoder**

De observationsmetoder som framhållits som lämpliga i de ingående studierna är CPAT, MOBID, MOBID-2, ADD, NOPPAIN, PADE, PANAID, PACSLAC och CNPI.

Resultaten från studien av Cervo m fl. (2009) visade att CPAT hade höga värden för klinisk användbarhet och även tillförlitlighet. CPAT ansågs ha acceptabla nivåer för samtliga grader av demens. Det är en observationsmetod som bedömdes som mycket lätt att använda för vårdpersonalen.

Husebo m.fl. (2009) undersökte MOBID hos personer med måttlig till svår demens och kronisk smärta. Resultaten visade att skalan var tillräckligt tillförlitlig för att kunna användas
vid bedömning av smärta hos äldre personer med svår demens. Senare studier av Husebo (2010) visade att även trovärdighet av MOBID 2 var hög i gruppen måttlig till svår demens.

Lints-Martindale m fl. (2011) jämförde i sin studie sex olika bedömningsmetoder, ADD, NOPPAIN, PADE, PANAID, PACSLAC och CNPI. Alla dessa observationsmetoder visade sig vara lämpliga samt ha tillräckligt hög tillförlitlighet och användbarhet för att observera smärta hos personer med demens.

DISKUSSION

De självskattningsmetoder som personer med demenssjukdom hade bäst förståelse för och således ansågs lämpligast var FPS, VRS och VAS. De observationsmetoder som var mest lämpliga var CPAT, MOBID, MOBID-2, ADD, NOPPAIN, PADE, PANAID, PACSLAC och CNPI. De studier som ingår i denna litteraturstudie visade att observationsmetoder och självskattningsmetoder korrelerar mycket dålig med varandra. Detta sågs framförallt hos personer med svårare demens. Observationsmetoderna visade tydliga tendenser till att underskatta smärtans förekomst och intensitet jämfört med självskattningsmetoderna.

Resultatdiskussion

Självskattningsmetoder

Det finns tydliga skillnader i förmågan att självskatta sin smärta hos personer med demens. De personer som har en mild till måttlig demens kan i allmänhet använda sig av olika typer av självskattningsmetoder. Däremot har de med svårare demens betydligt sämre förutsättningar för att själva skatta sin smärta (Closs m fl., 2003).


Eftersom olika resultat har presenterats och variationen är stor bland förståelsen för smärtskattningsmetoderna bör olika metoder prövas individuellt. I synnerhet bör ett alternativ till VVAS o h HVAS övervägas. Detta eftersom dessa själskattningsmetoder genomgående visat sig vara mindre lämpliga för personer med svår demenssjukdom. Med tanke på det som tidigare nämnts, att personer med svår demens som ofta saknar förmågan till abstrakt tänkande, borde även FPS vara svårare att använda än VRS som är mer konkret konstruerad för beskrivning av smärta (Pautex m fl., 2006).

**Observationsmetoder**

Att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom är en stor utmaning för vårdpersonalen. Många metoder har utvecklats för att hjälpa till i denna process. I denna litteraturstudie visade sig flera observationsmetoder vara lämpliga samt ha tillräckligt hög tillförlitlighet och användbarhet, för att observera smärta hos personer med demens (Cervo m fl., 2009, Husebo m fl., 2009, Lints-Martindale m fl., 2011). De flesta metoder som framkommit i föreliggande litteraturstudie har visat sig ha begränsningar.

smärta. Med tanke på PAINAD’s låga specificitet är risken relativt stor att även andra tillstånd kan identifieras som smärta. Det bör inte antas att allt obehag eller lidande hos en person med demens orsakas av smärta, även om det naturligtvis kan vara så. Viktigast är att personalen känner personen väl, då det underlättar att identifiera och åtgärda obehag eller lidande.

FACS (Facial Action Coding System) är en detaljerad guide som beskriver ansiktets specifika rörelser och mimik. FACS har dock en begränsad klinisk användning, eftersom den kräver videoinspelning, omfattande utbildning av kodning, samt är tidskrävande att utföra. Genom att jämföra olika observationsmetoder med FACS kan man komma fram till vilka som ger beskrivningar som motsvarar hur människor visar ansiktsuttryck som indikerar smärta. Bland de 12 olika observationsmetoder som identifierats i denna litteraturstudie, innefattar alla bedömning av ansiktsuttryck. Beskrivningar av ansiktsuttryck som visar smärta varierar dock kraftigt inom dessa metoder.

Sheu m fl. (2011) anser att de som använder observationsmetoder bör få en särskild information om de iakttagelser som ska vägas in i bedömningen av ansiktsuttryck. I studien kom man fram till att det var MPS och PAINAD som bäst korrelerade med FACS på de tre smärtinivåerna lätt, måttligt samt svår smärta. Korrelationen mellan FACS och de övriga fyra observationsmetoderna skiftade beroende på smärtintensitet. Studien jämförde totalt sex olika observationsmetoder med FACS (Sheu m fl., 2011). Inga av studierna som ingår i denna litteraturstudie har jämfört alla 12 observationsmetoder med FACS, vilket gör att det även kan finnas andra observationsmetoder som korrelerar bra med FACS.


Lints-Martindale m fl. (2011) menar att observationsmetoder som innehåller mätning av smärtans intensitet kan ge användbar information, men kan även göra metoden svårare att tolka. Detta kan leda till att olika observatörer gör olika tolkningar av smärtintensitet.
Generellt ger observationsmetoder som innefattar intensitetskalor lägre nivåer av tillförlitlighet jämfört med de observationsmetoder som inte innehåller dessa skalnivåer. I PACSLAC ingår inte intensitetskalor vilket forskarna anser vara en fördel, men observationsmetoden anses vara i längsta laget för att kunna vara kliniskt användbar. Man forskar därför nu vidare med att utveckla en ny version (PACSLAC 2), som förväntas bli kortare än den ursprungliga PACSLAC, vilket skulle kunna göra metoden mer tilltalande att använda vid smärtbedömning

En observationsmetod som anses vara mycket lätt för vårdpersonalen att använda är CPAT. Trots att resultatet av studien gjord av Cervo m fl. (2009) visade den kliniska nytta CPAT, menade forskarna att ytterligare studier krävs. Detta för att undersöka om användningen av CPAT kommer att leda till förbättringar när det gäller funktion och livskvalitet för personer på särskilda boenden.


Då man använder observationsmetoder för att identifiera smärta har det visat sig att vissa beteenden är svårare att tolka än andra. Verbala uttryck och ansiktsuttryck är de beteenden som är lättast och tolka medan förändringar av fysisk aktivitet och förändringar i mental status är områden som är svårare att tolka (Lints-Martindale m fl., 2011). Vid bedömning av personer med måttlig kognitiv svikt bör inte bedömningsmetoderna användas som det enda sättet att mäta smärta. Det finns då en tendens att bedömningsmetoderna underskattar

**Metodiskussion**

Denna litteraturstudie utarbetades efter ett systematiskt flödesschema från Polit och Beck (2011). De olika stegen i sammanställningen av de forskningsresultat som ligger till grund för denna litteraturstudie diskuteras här.

Ett syfte med mindre bredd som endast inkluderat ett visst antal smärtskattningsmetoder hade haft fördelen att kunna jämföra dessa metoder med varandra. Därmed hade resultatet för användbarheten av metoderna kunnat redovisas på ett tydligare sätt. Denna litteraturstudie har studerat metoder för personer med demens oavsett svårighetsgrad. Resultatet hade troligen blivit mer generaliserbart om urvalskriteriet hade varit smalare när det gäller svårighetsgrader av demens.

Att endast använda två databaser vid sökningen innebär begränsningar då det gäller att ta del av befintlig forskning. Fler databaser hade kunnat användas. Detta hade optimerat möjligheterna till att hitta aktuell forskning samt få fram ett mer heltäckande material i området som studerats. Då inte alla sammanfattningar lästes i de artiklar som ingår i träfflistan, är det möjligt att artiklar av betydelse för resultatet kan ha exkluderats. Endast artiklar på engelska eller svenska inkluderades, vilket innebar att relevanta artiklar skrivna på andra språk som kunnat ha betydelse för resultatet har utelämnats. Kriterierna för urvalsprocessen har grundat sig på de kunskaper som författarna innehar. Detta kan ha påverkat urvalet på så sätt att relevanta artiklar kan ha förbisetts. Kvalitetsbedömningen hade kunnat göras separat av författarna för att få fram två oberoende bedömningar och därmed förbättra tillförlitligheten av kvalitetsbedömningen. Då kvalitetsbedömningen av artiklarna grundat sig på författarnas egna kunskaper är det möjligt att studier har exkluderats som kunnat vara relevanta på grund av bristfälliga bedömningar. Vissa frågor i formuläret kan ha övervärderats eller undervärderats.
Då denna litteraturstudie inkluderade personer med varierande grad av demens innebar det svårigheter att fastställa vilken enskild metod som var bäst lämpad vid smärtsbedömning. Observationsmetoderna var av avsevärt olika utformning. Ett flertal metoder har vid analysen framkommit som lämpliga utan att någon gradering har kunnat fastställas. Utförandet av analysen kan ha påverkats av de olika omständigheter som tidigare nämnts. Beskrivandet av de skälvskattningsskalor och observationsmetoder som analyserats har varit svåra att klassificera på grund av det stora antalet skalor som framkommit i resultatet. Bristande kunskaper angående urval, kvalitetsbedömning och analys kan ha påverkat resultatet.

**Slutsats**

Det är svårt för sjuksköterskor att veta vilken metod som är bäst att använda för personer med demens. Det finns ett brett utbud samt en stor variation av metoder för att skatta smärta. Vid valet av smärtskattningsskala måste sjuksköterskan ta hänsyn till graden av demens hos patienten.
REFERENSLISTA


doi: 10.1097/WAD.0b013e3181630b5c


Bilaga 1

Modifierad granskningsmall för kvantitativa studier enligt Forsberg & Wengström.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fråga</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Syfte</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Är studiens syfte tydligt formulerat?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Är frågeställningar tydligt formulerade?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Är designen lämplig utifrån syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Undersökningsgruppen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Finns inklusionskriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Finns exklusionskriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Är undersökningsgruppen representativ för studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Finns antalet deltagare angivet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Anges var studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Anges när studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Mätmetoder:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Finns datainsamlingen beskriven?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Finns mätmetoder beskrivna</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Är reliabiliteten beräknad?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Är validiteten diskuterad?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Analys</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Finns bortfallet beskrivet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Finns huvudresultaten beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Finns slutsatser beskrivna av författaren?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Värdering:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Kan resultaten ha klinisk betydelse?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Kvalitet:**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Starkt</th>
<th>80-100 %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Måttligt</td>
<td></td>
<td>70-79 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Lågt</td>
<td></td>
<td>60-69 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Exkluderades</td>
<td></td>
<td>&gt;60 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Bilaga 2 Artikelmatris

<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Urval</th>
<th>Datainsamlingsmetod Genomförande</th>
<th>Resultat</th>
<th>Bevis-värde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Study</td>
<td>Title</td>
<td>Participants</td>
<td>Methods</td>
<td>Results</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Pain in Severe Dementia: Self-Assessment or Observational Scales?**

Syftet var att jämföra självskattningsmetoder med observationsmetoder vid bedömning av smärta hos demente personer.

**Prospektiv klinisk studie.** Urval: 129 personer, över 65 år, med olika typer av demens, med MMSE under 11, på geriatrisk eller psykgeriatrisk klinik.

Patienterna som angav smärtproblematik fick tre självskattningsmetoder, VRS, HVAS och FPS, presenterad och förklarade för sig. Patienternas självskattningsmetoder jämfördes därefter med observationsmetoden Doloplus 2, som personalen använde.

Resultaten visade att korrelationen mellan de tre självskattningsmetoderna var måttlig till stark. Det starkaste sambandet sags mellan VRS och FPS Observationsmetoden Doloplus 2 korrelerade endast måttligt med självskattningsmetoderna. Observationsmetoden underskattade smårtans svårighetsgrad jämfört med alla tre självskattningsmetoder.

---

Pautex, S., Herrmann, F R, Michon, A., Gu

**Psychometric Properties of the Doloplus-2 Observational Pain Assessment Scale and Comparison to Self-assessment in Hospitalized Elderly**

Syftet var att studera de psykometriska egenskaperna och användbarhet hos observationsmetoden Doloplus-2 genom att jämföra den med självskattad smärtintensitet på VAS.


Resultaten visade en mättligt stark korrelation mellan observationsmetoden Doloplus-2 och självskattningsmetoden VAS. Sambandet var bättre hos patienter utan demens. Resultatet visar en signifikant korrelation mellan Doloplus-2 och VAS hos patienter som rapporterat smärta.
Begreppsförklaringar

Clinical Dementia Rating scale (CDR)

CDR är ett instrument för att bedöma graden av demens sjukdom. Skalan är indelad i fem nivåer där 0 = ingen demens, 0.5 tveksam demens, 1 = mild demens, 2 = måttlig demens och 3 = svår demens (Pautex m.fl, 2005).

Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Typ (DS-DAT)

DS-DAT utvärderar obehag orsakat av annat än smärta. DS-DAT gör det möjligt att utvärdera frekvensen (från 0 till ≥3), intensitet (hög eller låg) och varaktigheten (lång eller kort) av nio indikatorer i samband med obehag. En observationsperiod varar vanligvis under fem minuter. Nivån av obehag härleds sedan ur det värde som dessa tre komponenter visar. Var och en av de nio punkterna utvärderas oberoende av varandra på en skala från 0, "inget observerat obehag" till 3, "högt observerat obehag" (Hurley A et al, 2009).

Mini-Mental State Examination (MMSE)


Facial Action Coding System (FACS)

FACS är en detaljerad guide som beskriver ansiktets specifika rörelser och mimik. FACS kan urskilja ansiktsrörelser vid smärta och har visat sig ge korrekta bedömningar av smärta vid både friska och personer med demens (Sheu m.fl, 2011).