

HÄLSOHÖGSKOLAN I JÖNKÖPING
GERONTOLOGISKA INSTITUTET

**SJUKSKÖTERSKANS SMÄRTIDENTIFIERING HOS ÄLDRE MED
DEMENS SJUKDOM**

THE NURSE'S PAIN IDENTIFICATION IN ELDERLY WITH DEMENTIA

Breddmagisterprogram med inriktning äldre, kurs GVO7HUPZ

Examensarbete: 10 poäng

Handledare: Katriina Hugosson

Författare: Minna-Kristiina Rantakari

SAMMANFATTNING

Arbetet riktar sig i första hand till sjuksköterskor, men även andra yrkesgrupper. Intresset för ämnet väcktes vid observationer av demenssjuka äldre med olöst smärtproblematik.

Demenssjukdomar försämrar patientens mentala, fysiska och sociala funktioner, även depressioner och beteendestörningar är vanliga. Patientens smärtupplevelse förändras dock inte i jämförelse med övriga äldre, utan det enda som skiljer sig åt är att avancerad demenssjuka patienter får det svårare att uttrycka sin smärta. Detta ställer stora krav på personalen att upptäcka patientens smärta.

Vid denna intervjustudie var syftet att undersöka hur kommunala sjuksköterskor identifierar smärta hos avancerat demenssjuka äldre och hur de upplever att det fungerar. Resultatet visar att kommunikation och samarbete var centrala fenomen vid smärtbedömningar.

Provbehandlingar med analgetika var vanliga och orsaken till detta var svårighet att skilja smärta från övriga symptom. Smärtidentifiering underlättades av god kommunikation, observationer, kontroller och av sjuksköterskans yrkeserfarenhet och intuition. Bedömningar försvårades av avancerad demenssjukdom, brister i kommunikation, kontinuitet, tid, men även av kunskaps- och erfarenhetsbrister samt avsaknad av riktlinjer/hjälpmiddel. Sjuksköterskorna hade olika åsikter hur smärtidentifieringen fungerade och föreslog förbättringar.

Studien tyder på behov av bättre samordning innan demenssjuka äldres symptomkontroll kan betraktas ske enligt palliativa vårdens principer.

Sökord: Pain, measurement, assessment, geriatric, nursing.

ABSTRACT

This study is directed primary toward nurses, but also other professions. Interest for the subject was raised during observations among demented elderly with unsolved pain problematic.

Dementia diseases are reducing patients' mental, physical and social capacity, even depressions and behaviour disturbances are common. Patients' pain experience doesn't change in comparison with other elderly, instead demented persons are getting difficulties to express their pain. This is challenging staffs' ability to discover patients' pain.

Purpose of this interview study was to investigate how community nurses identify pain among advanced demented elderly and how they experience it. Result shows that communication and cooperation were central phenomena during pain judgements. Test treatments with analgesics were common because of difficulties to separate pain from other symptoms. Good communication, observations, controls, nursing experience and intuition made pain identification easier. Pain identification was getting more difficult because of advanced dementia disease, lacking communication and lack of continuity, time, knowledge and experience about missing guidelines/helping methods. Nurses had different opinions how pain identification was functioning and they suggested improvements.

This study indicates a need for better coordination before symptom control among demented elderly can be considered to occur according principles of palliative care.

Keywords: pain, measurement, assessment, geriatric, nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

ABSTRACT

INNEHÅLL

INLEDNING	2
BAKGRUND	2
Demenssyndrom och dess konsekvenser	2
Sjuksköterskans ansvar och yrkesroll	3
<u>Sjuksköterskans smärtidentifiering</u>	3
Begreppet smärta	4
<u>Smärtanalys och dess mål</u>	4
<u>Smärtyper och smärtans konsekvenser</u>	5
Rapporter om äldres smärta och smärtidentifiering	5
TEORIBAKGRUND	8
SYFTE	9
FRÅGESTÄLLNINGAR	10
METOD	10
Genomförande av arbetet	10
<u>Rekrytering av intervjupersoner och förfrågan om intervjulokaler</u>	10
<u>Inkluderings- och exkluderingskriterier</u>	11
<u>Genomförandet av intervjuer</u>	11
<u>Materialbearbetning</u>	11
Intervjustudiens kvalitet	12
ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN	13
RESULTAT	13
Hur identifierade sjuksköterskorna smärta hos äldre med grav demenssjukdom	14
Vad underlättade sjuksköterskornas smärtidentifiering	16
Vad försvårade sjuksköterskornas smärtidentifiering	17
Hur uppfattade sjuksköterskorna smärtidentifieringen fungera	18
Hur ville sjuksköterskorna att smärtidentifiering skulle fungera	18
SAMMANFATTAT RESULTAT	20

DISKUSSION	21
Metod	21
Resultat	25
<u>Smärtidentifiering</u>	25
<u>Försvårad kommunikation med patienten</u>	27
<u>Smärtbehandling vid smärtidentifieringen</u>	27
<u>Upplevelsen av smärtidentifiering och förbättringsförslag</u>	28
SLUTSATS	31
Förslag för fortsatta studier	31
<u>Slutord</u>	31
Referenser	
Bilagor	

INLEDNING

Antalet personer med demenssjukdom har ökat successivt under åren. Gruppen svårt demenssjuka individer anges även öka från dagens 40 000 till 80 000 inom de kommande 20 åren om det inte upptäcks botemedel mot sjukdomen anger Gulmann (2003). Enligt Strang (2006) dör årligen nästan 15 000 patienter av medelsvår och svår demenssjukdom. Vid slutstadiet av demenssjukdomen har många patienter olika fysiska, psykiska, sociala och existentiella symptom, varav smärta uppges vara centralt. Äldre ses som sårbara avseende symptomlindring, dessutom finns det väldigt lite kunskap om individens sista tid i livet och vilken typ av vård den döende ges (Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2003).

Socialstyrelsen (2001) bekräftar att smärtdiagnostik hos dementa individer är svårt, men är en viktig del av patientbedömningen. Epps (2002) beskriver att hälften av sjukhemspatienterna lider av kognitiva nedsättningar och det innebär att det kan vara svårt att verbalisera smärta. SBU (2003) anger att studier visar att smärta är vanligt i särskilda boenden p.g.a. demenssjukdom och afasi. Strang (2006) bekräftar att kommunikationshinder vid kognitiv nedsättning är ett hinder för all typ av symptomlindring och att situationen anges vara speciellt problematiskt för patienter med konfusion eller demenssjukdom. Svårighet att kommunicera bidrar till att patientens symptom kan underskattas, att sjukdomstillstånd kan bedömas felaktigt eller att den kan bli underbehandlad (Epps, 2002). Socialstyrelsen (2004) bekräftar att vissa äldre ges mindre uppmärksamhet och sämre symptomlindring än andra patienter. Till dessa äldre räknas individer med nedsatt kognitiv förmåga, äldre med kommunikationsproblem, äldre utan socialt nätverk, men också äldre kvinnor och patienter som lider av kroniska sjukdomar som KOL (kronisk obstruktiv lungsjukdom) och hjärtinsufficiens.

Jakobsson, Hallberg och Westergren (2007) understryker att äldres komplexa besvär relaterade till smärta borde uppmärksammas vid daglig omvårdnad lika väl som smärta ska identifieras och behandlas för att kunna garantera äldre människor adekvat livskvalitet.

BAKGRUND

Demenssyndrom och dess konsekvenser

Enligt Gulmann (2003) handlar begreppet demens om ett syndrom som kan ha skilda diagnoser. Demenssjukdomar anges höra till gruppen organiska, psykiska sjukdomar. Orsaken till demenssyndrom är hjärnsjukdomar, skador på hjärnan eller kroppsliga tillstånd som påverkar hjärnan. Det finns 50 till 100 definierade hjärntillstånd som kan räknas till demenssjukdomarna. De vanligaste demenstillstånden hos äldre anges vara framåtskridande och irreversibla. SBU (2003) beskriver att risken för demens ökar med ökad ålder. Hos 65-åriga anges demensförekomsten vara enbart en procent, medan det hos äldre över 90 år förekommer hos 50 procent. Kvinnor över 85 år löper större risk att drabbas än jämnåriga män. Utöver Alzheimers sjukdom finns det även övriga demenssjukdomar så som vaskulär- och frontallobsdemens och blandsjukdomar som Levy-body demens, vilket förekommer vid Parkinsons sjukdom. Majoriteten av de 140 000 svenska demenssjuka lider av Alzheimers sjukdom (SBU, 2006 a).

Gulmann (2003) förtydligar att demenssjukdomen leder till olika symptomkombinationer p.g.a. hjärnskada, dysfunktion eller kroppslig sjukdom. Individens mentala funktioner

försvagas, tillbakabildas och minnesförmågan försämras mer eller mindre. Personens omdömesförmåga, förmåga att tänka, planera och orientera sig reduceras utöver försämringar i abstraktions- och språkförmåga och sinnesbearbetning. Dessutom sker det en tillbakagång i individens sociala kompetens. Demenssjuka kan drabbas av depressioner och beteendestörningar som aggressivitet, nedstämdhet, sömnrubbingar, vandringsbeteende och andra typer av överaktivitet och de kan missuppfatta och feltolka sin omgivning anger SBU (a.a.).

Sjuksköterskans ansvar och yrkesroll

Det finns ett antal lagar som styr sjuksköterskans arbete. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) är målet för vården god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) lyfter i sin tur fram sjuksköterskans skyldigheter. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad bekräftar att sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad och det gör henne/honom lämplig att ansvara för den praktiska utformningen av patientens omvårdnad. Utgångspunkten för omvårdnad är patientens behov. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor och barnmorskor (SOSFS 1995:5) beskrivs att den legitimerade sjuksköterskans arbetsuppgifter är förebyggande arbete, omvårdnad, undersökningar och behandlingar, information och handledning av patienter, närstående, medarbetare och studenter, forskning och utvecklingsarbete, planerings- och ledningsuppgifter samt katastrofberedskap. Vid beskrivning av omvårdnadsuppgifter förtydligas hur sjuksköterskan måste kunna lyssna, samtala och skapa förtroendefull relation med patienten. Sjuksköterskan ska ta hänsyn till individens sjukdomstillstånd, funktionsnedsättningar, kunna identifiera och bedöma behovet av omvårdnad och stöd samt vara kapabel att se de outtalade behoven. Sjuksköterskan ska identifiera och bedöma behovet av behandlingar, identifiera och tolka smärtuttryck, ge smärtlindring och utvärdera dess effekt. Avvikande symptom ska observeras, behovet av åtgärder bedömas och vid behov ska läkaren kontaktas. Enligt Luekenotte (2000) kan familjemedlemmarna och närstående vara en värdefull källa till information när patienten inte kan förmedla sina behov själv. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor och barnmorskor (SOSFS 1995:5) beskrivs vidare hur sjuksköterskan ska identifiera, bedöma och se till att omvårdnadsbehovet uppfylls även vid livets slutskede. För övrigt anges sjuksköterskan ha planerings-, samordnings- och dokumentationsansvar för patientens omvårdnad. Själva omvårdnaden ska ske på ett respektfullt och integritetsbevarande sätt samt planeras i samråd med patient/anhöriga och övrig personal. Det ska även skapas en fysisk och psykisk miljö kring patienten som ska präglas av harmoni, trygghet och välbefinnande (a.a.).

Sjuksköterskans smärtidentifiering

Blomqvist och Hallberg (2001) har rapporterat att smärtidentifieringen består av en kommunikativ interaktiv process som baseras på individens verbala och icke-verbala uttryck. Smärtan uttrycks via verbalt språk och kroppsspråk. Både sjuksköterskors och äldres personligheter anges kunna påverka smärtidentifieringen. Socialstyrelsen (2001) konstaterar att demenssjukdom påverkar den sjukes möjligheter att uttrycka sin smärta. Många dementa anges reagera på smärta på ett sätt som avviker från deras tidigare beteenden. Blomqvist (2002) påpekar att personalen som har daglig kontakt med patienten har den bästa möjligheten att identifiera och lindra äldres smärta. Enligt Luekenotte (2000) bör sjuksköterskans kliniska bedömning inkludera kontroll av patientens medicinska historia, kroniska sjukdomar som orsakar smärta, tidigare skador, smärthistorik, smärtupplevelser och medicinering. För att kunna identifiera synliga skador, skatta rörelseförmågan och muskuloskeletala tillstånd samt

funktionella nedsättningar bör patienten undersökas fysiskt. Utöver detta krävs kännedom om patientens sömn, funktion och sociala förhållanden. Sjuksköterskan behöver inte bara ha förståelse för äldres smärta utan även bibehålla patientens mobilitet och funktionella status, gynna självständighet, förbättra livskvalitet och förstå smärtlärologi. Socialstyrelsen (2001) förtydligar att varje förändring i patientens rörelsemönster, ADL-funktion och känslomässiga uttryck bör utvärderas ur smärtsynpunkt och i vårdgruppen bör sjuksköterskan alltid lyfta fram denna aspekt. Även smärteckning kan ritas ned och uppskattad smärtintensitet dokumenteras vid sidan om regelbunden utvärdering och dokumentation av patientens farmakologiska behandling.

Begreppet smärta

International Association for the Study of Pain (1994) definierar smärta som en obehaglig emotionell och sensorisk upplevelse som kan associeras med aktuell eller potentiell vävnadsskada eller beskrivas i sådana termer. Smärtan är alltid en subjektiv och känslomässig upplevelse. Oförmåga till verbal kommunikation anses inte motsäga möjligheten att uppleva smärta eller att individen är i behov av smärtlindring. DeMarinis (1998) förtydligar att smärtan har fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner som är bundna till varandra. När patienten upplever smärta eller lindring av smärta i en dimension påverkas även de övriga dimensionerna. Werner och Strang (2003) samt Beck-Friis och Strang (1999) understryker att det kan förekomma andra symptom som är jämförbara med smärtan. Dit kan räknas illamående, klåda, andnöd, törst, trötthet och sjukdomskänsla.

Smärtanalys och dess mål

Socialstyrelsen (2001) förklarar att förutsättningen för en framgångsrik smärtbehandling är smärtanalys. Målsättningen är att klargöra vilken typ av smärta patienten lider av och vad som är orsaken till smärtan. Den praktiska smärtanalysen kan göras med hjälp av anamnes, beskrivning och ritning av smärtan, kliniska fynd, neurologisk undersökning och testning av hudens sensibilitet, ibland behövs också neurofysiologiska undersökningar. Utöver detta är det betydelsefullt att identifiera om smärtan är kontinuerlig, plötsligt förekommande eller genombrottssmärta eller om den påverkas av belastning/aktivitet eller om smärtans intensitet varierar. Smärtans konsekvenser för dagliga aktiviteter bör också utvärderas utan att glömma sömnen. Via öppna frågor, genom samtal i arbetsgruppen och med anhöriga kan man få hjälp att utvärdera smärtan korrekt. Kännedom om patientens psykosociala, emotionella, kognitiva, sociala och existentiella situation uppges nämligen vara avgörande för en framgångsrik smärtbehandling. Smärtdiagnos borde dock aldrig baseras enbart på ett test utan kan ses som vägledande vid val av medicinsk behandling. Det är viktigt att ha i åtanke att smärtbehandlingen kan variera och nya symptom kan dyka upp. Det kan även hända att behandlingen inte ger önskad effekt. Patienten kan drabbas av förluster gällande rörlighet, ätförmåga, förmåga att sköta sin hygien eller av missmod, då behövs det nya överväganden, beslut och samtal om möjligheter, begränsningar och realistiska mål om man vill åstadkomma en adekvat smärtbehandling. Smärtbehandlingen ska vara strukturerad, individuell, kontinuerlig och den ska erbjuda god smärtlindring utan besvärande biverkningar. Förutsättningen för detta är kontinuerlig observation, uppföljning, rapportering och dokumentation av patientens upplevelser uppges Werner och Strang (2003). Enligt Strang (1999) bör insamlad information leda till optimering av smärtbehandlingen och individens livskvalitet. Socialstyrelsen (2001) anger att förbättrad ADL-aktivitet, bättre aptit eller sömn kan accepteras som tecken för framgångsrik behandling. Situationen kan innebära att det behövs utvärdering av gällande rutiner och strävan att förbättra vårdens kvalitet.

Smärtyper och smärtans konsekvenser

SBU (2006 b) anger att med tanke på diagnostik och behandling kan det ha betydelse att ordna den långvariga smärtan i olika undergrupper

- vävnadsskadesmärta (nociceptiv),
- nervsmärta (neuropatisk),
- smärta som beror på psykologiska orsaker (somatoform) och
- smärta utan känd orsak.

SBU (2006 b) förtydligar att smärta betraktas som långvarig när den pågått över tre månader. Långvarig smärta anges skilja sig från akut smärta, eftersom en långvarig smärta orsakas av permanenta förändringar i nervbanor och vävnader. Socialstyrelsen (2001) och Beck-Friis och Strang (1999) påpekar att smärtan kan vara mer än den fysiska smärtan; den kan bestå av oro, ångest och depression. Samtliga ingredienser kan förstärka smärtupplevelsen. Smärta kan också bidra till reducerad koncentrationskapacitet, apati och nedsatt rörlighet. Det är vanligt att depression och långvarig smärta förekommer tillsammans. Det antyds att depression förekommer p.g.a. smärtan. Ett långvarigt smärttillstånd kan innebära att individen lever ett socialt liv där smärtan dominerar. Smärta kan också leda till sömnproblem och trötthet samt till sociala och psykologiska konsekvenser (SBU, 2006 b). Socialstyrelsen (2001) påpekar att smärta signalerar alltid ett hot om en kroppsskada och känslan av hot kan lindras med analgetikabehandling, men när smärtan blir långvarig blir den en stark psykisk belastning. Kopplingen mellan smärta och ångest är stark och det kan vara svårt att skilja dessa upplevelser från varandra. Blomqvist (2002) konstaterar att smärtan inskränker patientens liv och dessa inskränkningar kan bli ett större hinder än smärtan i sig. Strang (2006) uppger att obehandlad smärta kan leda till fysiskt och psykosocialt handikapp p.g.a. passiviseringen som smärtan orsakar. Detta kan leda till negativa smärtbeteenden. Werner och Strang (2003) säger att det är vanligt att patienter med långvarig smärta reagerar med ilska. Ilskan kan riktas både utåt och inåt; mot vårdpersonal och mot individen själv då den bidrar till ångest och depression. Smärta och ångest i sig betraktas som svårförmedlade fenomen eftersom de inte kan observeras utifrån. I stället ser betraktaren patientens smärtbeteende och lidande. Därför brukar det sägas att individens smärtupplevelse överensstämmer endast delvis med omgivningens uppfattning (a.a.).

Socialstyrelsen (2001) beskriver att den långvariga smärtan har en direkt skadlig effekt på organismen och detta gäller speciellt patienter som har ett nedsatt allmäntillstånd. Långvariga smärtor kan leda till reflektorisk muskelkontraktion, försämrad genomblödning, störd lungkapacitet, ökad metabolism och syrekonsumtion. Allt detta leder i sin tur till ökad belastning på vitala funktioner. Inskränkt rörlighet som beror på smärta kan leda till osteoporos, muskelhypertrofi, benägenhet för blodproppar och vävnadsnedbrytande tillstånd. Dessutom kan långvarig smärta leda till ökad smärtkänslighet (a.a.).

Rapporter om äldres smärta och smärtidentifiering

Jakobsson (2003) rapporterar att äldres livskvalitet har visat sig sjunka vid både smärta och vid hög ålder. Jakobsson, Klevsgård, Westergren och Hallberg (2003) bekräftar att smärta är vanligare vid högre ålder. Smärta associeras med funktionella nedsättningar, trötthet, sömnsvårigheter, depression och lägre livskvalitet enligt studien som gjordes bland 4093 äldre svenskar i åldrarna 75-105 år. Samma studie påpekar att äldre smärtpatienter visat sig ha lägre livskvalitet i jämförelse med icke-smärtpåverkade äldre. Vid den aktuella studien led

smärtpatienter av mobilitets, insomnings och depressiva problem. Leong och Nuo (2007) har angett signifikanta depressions- och ångestvärden hos 73,3 procent oavsett kognitiv status.

Haegerstam (2007) konstaterar att epidemiologiska studier visar att smärta är mycket vanligt förekommande hos äldre. I Sverige har området studerats av Brattberg och hennes studier har kommit fram till att 72,8 procent av äldre hade någon typ av smärta (a.a.). Förekomsten av smärta bland sjukhemspatienter anges ha varierat mellan 27 till 83 procent (Strang, 2006; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad & Berger, 2006; McClean & Higginbotham, 2002; Epps, 2002; Fox, Raina & Jadad, 1999; Bruce & Ferrell, 1995; Ferrell, 1995 och Sengstaken & King, 1993). En studie bland 523 äldre finländare visar att två tredjedelar av studiedeltagare upplevde smärta i någon grad (Mäntyselkä, Hartikainen, Louhivuori-Laakso & Sulkava, 2004). Förekomsten av daglig smärta anges ha varit lägre hos demenssjuka äldre än hos icke-dementa äldre (a.a.). Enligt Leong och Nuo (2007) är smärtförekomsten däremot nästan lika vanlig hos kognitivt intakta och kognitivt nedsatta äldre.

Socialstyrelsen (2001) rapporterar att det finns flera smärtsamma tillstånd som kan förekomma hos individer som befinner sig vid livets slut. Smärta kan sakna patologisk orsak eller så kan orsaken till smärtan inte definieras. Smärta kan förekomma såväl hos demenssjuka äldre som kognitivt intakta äldre. Smärtor hos dementa anges vara relaterade till sjukdomar som är vanliga hos alla äldre. Enligt Strang (2006) är det möjligt att stor del av demenspatienterna har smärta p.g.a. osteoporos, muskel- och ledvärk samt bröstsmärta p.g.a. hjärt- eller lungsjukdom. Det uppges även att en minoritet av demenssjuka äldre har en diagnostiserad eller icke-diagnostiserad cancersjukdom. Mäntyselkä et al. (2004) berättar på basis av sin intervjustudie att det inte förekom några skillnader mellan demenssjuka och icke-demenssjuka avseende förekomsten av vaskulära sjukdomar, stroke, diabetes, osteoarthritis eller depression.

Cole, Farrell, Duff, Barber, Egan och Gibson (2006) har undersökt hjärnans reaktioner på smärta och vid studien deltog 14 Alzheimers patienter och en kontrollgrupp. Resultatet visar att det inte förekom några skillnader i hjärnans smärreaktioner emellan grupperna. Scherder, Slaets, Deijen, Gorter, Ooms, Ribbe et al. (2003) har rapporterat att det är möjligt att patienter med vaskulär demens i större utsträckning lider av smärta än äldre utan kognitiva nedsättningar.

Berg och Sjöström (1999) berättar att det förekommer skillnader i patienters och sjuksköterskors smärtskattningar. Blomqvist och Hallberg (2001) konstaterar att det finns skillnader i smärtrapportering avseende kognitivt intakta och nedsatta äldre. Nygaard och Jarland (2005) berättar att 47 procent av kommunikativa sjukhemspatienter klagade på smärta och sjuksköterskor rapporterade i sin tur smärta hos 67 procent av patienterna. Vidare har Closs, Barr och Briggs (2006) undersökt personalens och patienters smärtrapportering samt relationen mellan smärtsamma tillstånd och patienternas kognitiva status. Vid studien jämfördes smärtrapportering mellan baspersonal och sjuksköterskor. Studien kom fram till att när kognitiva nedsättningar ökade och demensen avancerade tenderade antalet smärtrapporter att bli färre både hos äldre och hos personalen. Det visade sig även att både personal och patienter rapporterade smärtsamma tillstånd i liknande omfattning. Det fanns dock subtila skillnader i rapporterna: personalen tenderade till att identifiera tydliga smärtsamma tillstånd relaterade till hjärt- och kärlsjukdomar, medan patienter rapporterade ofta mindre tydliga tillstånd som rygg- och sårsmärta. Studien visade att personalen var mycket säkra på att de kunde identifiera smärtpåverkade patienter. Mindre än en tredjedel frågade om patientens smärta automatiskt. Studien kom fram till att det inte fanns större skillnader mellan

baspersonalens och sjuksköterskornas smärtidentifiering trots att man kunde förvänta sig att kvalificerad personal hade bättre utvecklade metoder avseende smärtskattningar (a.a.).

Sjuksköterskornas åsikt om smärta anges vara en signifikant faktor som påverkar om patienten ges analgetika eller inte (Nygaard och Jarland, 2005). Äldre är känsligare än yngre för många smärtlindrande mediciners biverkningar och detta kan leda till att smärtbehandlingar försvåras (a.a.). Det anses dock inte rättfärdiga misslyckandet att behandla smärta hos äldre som är obotligt sjuka eller befinner sig vid livets slut (Ferrell, 1995).

Det finns flera smärtskattningsinstrument som är utvecklade för att hjälpa patienter och vårdpersonal att upptäcka smärta hos patienter som har svårt att uttrycka sig verbalt och det räknas även demenssjuka (Jordan, Regnard och Hughes, 2007). Visuell Analog skala (VAS) kan vara till hjälp för att bedöma patientens smärta (Werner och Strang, 2003), men det finns studier som visat att numeriska skalor som VAS inte fungerar hos alla äldre. VAS-värden tenderade att sjunka vid ökande nedsättningar i dagliga aktiviteter (ADL) (Fries, Simon, Morris, Flodstrom & Bookstein, 2001). VAS-värden sjunker också vid konfusion (Decker och Perry, 2003). Sjuksköterskor har uppfattat VAS-skalan som svår att använda hos äldre med nedsatt allmäntillstånd och hos äldre med visuella nedsättningar (Nemeth, Harrisson, Graham och Burke, 2004). Gravyt kognitivt nedsatta äldre klarar inte av att använda verbala smärtskalor som till exempel Verbal Rating Scale (Closs, Phil, Barr, Briggs, Cash och Seers, 2004). Många moderat nedsatta patienter kunde komplettera verbala smärtrapporter medan kognitivt nedsatta äldre hade svårt med både siffror och ord (Kaasalainen och Crook, 2004). Patienter utan kognitiva nedsättningar eller med milda nedsättningar kunde komplettera alla verbala smärtskalor. Ingen av de gravyt kognitivt nedsatta äldre klarade av att komplettera någon verbal rapporteringsskala (a.a.).

Murdoch och Larsen (2004) rapporterar att när kognitivt nedsatta äldre har svårt att verbalisera sin smärta vore det lämpligt att använda beteendeskolor vid smärtbedömning. Kaasalainen och Crook (2004) påpekar att många smärtskattningsstudier har uteslutit gravyt demenssjuka äldre p.g.a. själva demenssjukdomen, men även p.g.a. svåra syn- och hörselnedsättningar eller svårighet att ta emot instruktioner eller svara på frågorna. Det finns flera exempel av sådana studier (Nemeth et al., 2004, Herr, Spratt, Mobily & Richardson, 2004, Decker & Perry, 2003, Taylor & Herr, 2002, Bergh, Sjöström, Odén & Steen, 2001, Chibnall & Tait, 2001, Fries et al., 2001 och Bergh, Sjöström, Odén & Steen, 2000). Rodriguez (2001) har gjort en överblick avseende smärtskattningsstudier under perioden 1975-1999. En annan översiktsstudie gällande beteendeinstrument har gjorts under perioden 1988-2005 av Zwakhalen et al. (2006). Resultat från båda studierna visar att många smärtskalor fortfarande är under utveckling och behöver utvecklas vidare innan de ska användas inom klinisk praktik. Ingen av beteendeinstrumenten har testats utförligt i föränderliga kliniska miljöer under varierande förhållanden eller använts av olika typer av vårdgivare.

Användningen av instrument för att bedöma symptom som smärta hos äldre har visat sig vara ovanligt. En uppföljning som gjorts inom Katarina-Sofia stadsdel i Stockholms Stad (2006 a) visar att åtta enheter av tio inte använde något bedömningsinstrument för att skatta smärta hos äldre. I stället gjorde sjuksköterskor sina bedömningar subjektivt. Även Ehrenberg och Ehnfors (1999) har konstaterat frånvaron av systematiska värderingsinstrument inom klinisk praktik.

TEORIBAKGRUND

Beck-Friis och Strang (1999) berättar att palliativ vård är ämnat åt alla patienter, inklusive demenssjuka, som lider av en icke-botbar symptomgivande, progressiv sjukdom med begränsad eller kort tidsperspektiv. Albinsson (2002) konstaterar att alla demenssjukdomar saknar bot och den viktigaste uppgiften inom kommunal vård är att ge omvårdnad och stöd till patienten, dennes närstående samt skapa förutsättningar för en optimal livskvalitet under hela sjukdomsförloppet.

Den palliativa vårdens frontfigur Dame Cicely Saunders grundade den första forsknings- och utbildningsenheten St. Christophers Hospice i England för patienter med terminal sjukdom berättar Scott (2004). Hon ägnade hela sitt liv åt att underlätta lidandet hos döende människor bland annat genom att forska i smärta och symptomlindring. Dame Cicely såg sig själv först och främst som sjuksköterska trots att hon arbetat både som socialarbetare och läkare. Hennes grundtanke (ethos) för omvårdnaden var följande och anges fungera även i dag.

"I ---asked a man who knew he was dying what he needed above all in those who were caring for him.

He said: "For someone to look as if they are trying to understand me".

Indeed, it is impossible to understand fully another person, but I never forgot that he did not ask for success but only that someone should care enough to try". (Scott, 2004, 3. kap. rad.1-7).

Enligt Tenerstedt (1998) fick hospiceinspirerad vård för svårt sjuka och döende fotfäste i Sverige på 1990-talet, men det första hospice öppnades redan 1982 i Göteborg. Det centrala med filosofin anges vara sättet hur vården bedrivs, att patientens symptom lindras och att det finns välfungerande relationer. Målet med vården är att skapa förutsättningar för bästa livskvalitet utan att förkorta eller förlänga livet. Livet, döendet och döden betraktas som naturliga processer. De fysiska, psykiska, sociala och existentiella faktorer ses som integrerade med varandra. Arbetet enligt palliativa principer innebär att personalen visar sitt intresse, lyssnar på patienten, har tid, utbildas, handleds och arbetar i en understödjande organisation (Beck-Friis & Strang, 1999). Dessa ingredienser anges vara nödvändiga för att personalen skall klara av att arbeta med svårt sjuka och döende patienter. Enligt Albinsson (2002) har vårdfilosofin *fem* hörnstenar

- aktiv helhetsvård som möter patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov,
- aktiv symptomkontroll,
- goda relationer och kommunikation mellan patient-anhörig-personal,
- bekräftande, stöd och uppföljning av anhöriga - även efter dödsfallet och
- personalen arbetar i team för att möjliggöra de ovanstående punkterna (a.a.).

Socialstyrelsen har tagit fram riktlinjer för flertal områden, men än så länge saknas det kvalitetskriterier för vården av demenssjuka äldre uppger Socialstyrelsen (2007). Dessa är dock under bearbetning och beräknas vara klara under året 2008 (a.a.). Föreningen BraVå (BraVå), (2007) har däremot redan år 2000 skapat kvalitetskrav för vården, rehabiliteringen och omsorgen av äldre. Dessa krav utgår ur den humanistiska synvinkeln och synen att alla människor har lika värde, rätt till självbestämmande och rätt att bevara sin integritet. Kraven beskrivs för 17 olika områden och syftet med dessa kvalitetskrav är att bidra till gemensam syn på vad som ska göras för att uppnå målet god vård. Inom dessa områden presenteras bland

annat vård av demenssjuka äldre, vid smärta och vid livets slut. Föreningen ställer krav att det ska finnas riktlinjer för olika områden, att vårdpersonalen ska ha speciell kompetens, att närstående till demenssjuka uppmärksammas, får stöd och att personalen har möjlighet att reflektera och diskutera med varandra (a.a.).

Sjuksköterskan kan använda omvårdnadsteorier i sitt arbete för att få vägledning för sitt kritiska tänkande och praktiska omvårdnadshandlingar anger Tomey och Alligood (2006). Teorier används också vid utbildning, administration och forskning. I detta arbete presenteras en teori där smärtan och dess lindrande ses som centrala begrepp. Modellen kallas Peacefull-End-of-Life (EOL) teori och är skapat av Ruland och Moore (1998). Teorin baseras på fem års erfarenheter av terminalt sjuka patienter i en akutvårdsmiljö. Den är situationsspecifik och applicerbar hos terminalt sjuka individer som vårdas av professionella. Den lämpar sig för oförmögna och rörelsehindrade patienter och den kan hjälpa förklara vårdens interaktioner och organisationer (a.a.).

I EOL-teorin definieras begreppet livskvalitet som uppfyllandet av patientens önskemål, vilket ses som speciellt passande för vården vid livets slut enligt Ruland och Moore (1998). Modellen anges vara en klassisk teori med tre tydliga delar: struktur, process och resultat. Själva processen innebär att omvårdnadsaktiviteter åstadkommer positiva resultat för patienten. Livskvalitet kan utvärderas genom empirisk utvärdering av resultat som lättnad av symptom och tillfredsställelse med interpersonella relationer. För att uppnå framgångsrika processer och resultat ses integreringen av patientens företrädare lämpligt i hälso- och sjukvårdens beslut. Teorins grundprinciper är följande

- att vara fri från smärta,
- att uppleva välmående,
- att uppleva värdighet och respekt,
- att uppnå frid och
- att uppnå närhet till signifikanta andra och dem som vårdar en (a.a.).

EOL-teorin definierar smärta som en obehaglig sensorisk eller emotionell upplevelse associerad med aktuell eller potentiell vävnadsskada. Upplevelsen av välmående definieras som befrielse från obehag, tillstånd av lättnad och rofylldhet och vad som helst som gör livet behagligt. Varje terminalt sjuk patient ska respekteras som en människa och konceptet innebär att individen har ett personligt värde som kan uttryckas via etiska principer som autonomi och respekt. Individer med nedsatt autonomi ses berättigade att få skydd. Att känna frid innebär en känsla av lugn, harmoni och belåtenhet, frihet från ångest, oro, bekymmer och rädsla. Känslan av frid inkluderar fysisk, psykologisk och spirituellt dimension och närheten till andra innebär en känsla av anknytning till andra människor som ger omsorg. Det innebär att fysisk eller emotionell närhet uttrycks genom varma, intima relationer (Ruland & Moore, 1998 och Tomey & Alligood, 2006).

SYFTE

Syftet med arbetet var att kartlägga hur smärta identifieras bland äldre med en demenssjukdom samt att beskriva sjuksköterskors upplevelser av smärtidentifiering.

FRÅGESTÄLLNINGAR

Hur identifierar sjuksköterskan smärta hos en gravt demenssjuk patient som har svårt att uttrycka sig verbalt?

Vad försvårar identifieringen?

Vad underlättar identifieringen?

Hur upplever sjuksköterskan att det fungerar?

Hur skulle sjuksköterskan vilja att det fungerar?

METOD

För att kartlägga och beskriva hur sjuksköterskor identifierar smärta hos demenssjuka äldre och hur de upplever smärtidentifieringen har en kvalitativ intervjustudie genomförts. Intervjuer har spelats in på band och skrivits ned ordagrant. Materialet har analyserats därefter enligt narrativ (berättande) metod. Vid arbetet har stöd hämtats främst från Patel och Davidson (2007).

Genomförande av arbetet

Ett första steg i den empiriska delen av arbetet var att kontakta verksamhetscheferna samt att formulera olika informationsbrev. I informationsbrevet (bilaga 2) till verksamhetscheferna gavs en kort presentation av studien, studiens syfte, målgrupp och tilltänkta genomförande i stora drag inklusive en preliminär tidsplan. Verksamheten erbjöds möjlighet till återföring av resultatet, i brevet kom det fram att deltagandet var frivilligt och konfidentiellt. Det erbjöds möjlighet att ställa frågor via e-post eller telefon. Dessutom ombads ledningen meddela sitt intresse för deltagandet före ett angivet datum. Informationsbrevet till sjuksköterskorna (bilaga 3) innehöll kort information om studiens syfte, metod, tidsåtgång och procedurer vid intervjun samt att verksamhetsledningen gett sitt tillstånd för undersökningen, att intervjuerna skulle spelas in på band och att det inspelade materialet skulle förstöras när studien var klar. Begrepp som anonymitet, konfidentialitet och frivillighet avseende deltagandet togs upp inklusive möjlighet att avbryta sin medverkan när som helst utan att ange orsak. Sjuksköterskor ombads att inte diskutera frågorna med varandra under intervjuperioden. Det framfördes att intervjuaren/undertecknad skulle kontakta sjuksköterskorna individuellt och via telefon inom en angiven tid. Alla välkomnades att delta.

I blanketter för medgivande ombads verksamhetscheferna att ge sin skriftliga tillåtelse för studien och möjlighet att kontakta sjuksköterskor via verksamhetens telefonlistor. I sjuksköterskornas medgivandeblankett (bilaga 4) upprepades i stort sett samma information utöver plats för datum och signatur. Det skriftliga medgivandet för studien skrevs under av både verksamhetschefer och sjuksköterskor före genomförandet av intervjuer.

Rekrytering av intervjupersoner och förfrågan om intervjulokaler

Tre kommunala verksamheter där demenssjuka äldre vårdas kontaktades elektroniskt för att ta reda på om det fanns intresse att medverka i studien. Om den elektroniska kontakten inte ledde till ett svar inom en vecka ringde undertecknad verksamhetschefen. Efter att ledningen givit tillåtelse för studiens genomförande skickades eller överlämnades ett informationsbrev till sjuksköterskorna. En vecka efter informationsbrevets ankomst kontaktades sjuksköterskorna via telefon för att rekrytera frivilliga till studien. Totalt 26 sjuksköterskor blev tillfrågade personligen och fick möjlighet att ställa frågor. Den skriftliga informationen

upprepades muntligt. De som visade intresse fick en intervjutid. Sjuksköterskor som var tveksamma erbjöds ytterligare en veckas betänketid. De som tackade nej eller hade slutat arbeta ströks ur listorna. Utöver detta tillfrågades en verksamhetschef om det fanns möjlighet att använda verksamhetens lokaler för intervjuerna.

Inkluderings- och exkluderingskriterier

Inkluderingskriterier var att sjuksköterskan var anställd inom den aktuella verksamheten. Anställningen kunde bestå av tillsvidare-, timanställning eller visstidsvikariat. Totalt tillfrågades 26 sjuksköterskor om de var intresserade att medverka vid studien. Två sjuksköterskor uteslöts redan i början från telefonlistorna då de hade avslutat sin anställning. Utöver detta tackade åtta sjuksköterskor nej till att medverka vid studien. Tre potentiella deltagare uteslöts p.g.a. semestrar, vilket reducerade populationen till 13 sjuksköterskor. Vid testintervjuerna sorterades ytterligare tre deltagare bort och anledningen till detta var att förberedelser före intervjuerna förändrades. Vid en av testerna var dessutom ljudkvalitén bristande och en fråga glömdes bort varvid antalet deltagare reducerades till tio. Ytterligare en deltagare uteblev under intervjufasen p.g.a. sista-minutens-förhinder på intervjudagen. Därmed återstod nio sjuksköterskor vars svar tagits med i arbetet.

Genomförandet av intervjuer

Intervjuerna gjordes enligt förbokat lista under fyra veckor. För intervjun reserverades 90 minuter. Inför varje intervju kontrollerades bandet, batterierna och ljudstyrkan i diktafonen. Frågeguiden (bilaga 1) användes vid alla intervjuerna och frågorna ställdes i den angivna ordningen. Vid intervjun försökte undertecknad skapa en så prestigelös och avslappnad situation som möjligt. Före intervjun upprepades den tidigare angivna skriftliga informationen muntligt och skriftligt. Därefter ombads intervjupersonen ge sitt skriftliga medgivande. Vid inledningsfasen ställdes frågor om ålder, bakgrund, erfarenhet och utbildning. Därefter övergick samtalet till ämnesfrågor. Vid behov uppmantrades intervjupersonen att besvara den aktuella frågan med tilläggsfrågor i stil med ”kan du beskriva frågan ytterligare” eller ”har du något annat du vill tillägga”. När huvudfrågorna var besvarade övergick intervjun till avslutande frågor, om det fanns ytterligare något annat att tillägga, upplevelsen av intervjun och förfrågan om upprepat kontakt om det uppstod frågetecken i efterhand. När intervjun var klar stängdes bandet av, markerades med en kod, datum och tid. Intervjupersonen gavs möjlighet att reflektera över intervjun och därefter tecknades författarens/intervjuarens egna reflektioner och observationer ned.

Preliminära tester

Det gjordes flera testintervjuer. Testintervjuer visade att studiefrågorna var förståeliga för intervjupersonerna och därmed gjordes det inga ändringar i den ursprungliga frågeguiden på basis av testerna. De förändringarna som genomfördes handlade däremot om de förberedande procedurerna före intervjun.

Materialbearbetning

Patel och Davidson (2007) uppger att vid kvalitativa studier bearbetas materialet med olika metoder flertal gånger tills texten uppnår läsbart format. Transkriberingar bör alltid betraktas som det enda pålitliga materialet påpekar Kvale (1997). Så var fallet även vid denna studie. Bearbetningen av intervjumaterialet har skett etappvis. Materialet har avidentifierats och komprimerats under resans gång. Analysen har gjorts enligt berättande (narrativ) metod.

Kvale (1997) förklarar att med hjälp av narrativ analys är det möjligt att söka berättelser i själva intervjuerna, men i fall materialet inte innehåller spontana berättelser kan forskaren väva ihop olika händelser som beskrivits under intervjuerna till en sammangjuten historia.

När en intervju var inspelad och klar skrevs den ned ordagrant i så nära anslutning till intervjutillfället som möjligt. Vid transkriberingen lyssnades banden igenom upprepade gånger. Vid den första bearbetningen skrevs intervjuer ned och när detta var klart gavs dokumentet en kod med bokstav och siffra. Därefter skrevs den ut, lästes igenom upprepade gånger: först överskådligt och sedan mera detaljerat. Samtidigt gjordes parallella markeringar i texten och noteringar i ett separat block enligt Patel och Davidsons (2007) rekommendationer.

Vid arbetets andra fas skapades sammanfattningar av intervjuerna för att försöka få en bild av innehållet avseende varje fråga. Materialet ordnades i en matris under respektive ämnesfråga för att skapa större överskådlighet. Enligt Backman (1998) kan en matris användas när man vill sammanfatta forskningsresultat. Matrisen innehöll även en kolumn för bifynd och egna reflektioner. Matrisen bearbetades upprepade gånger, när den var klar skrevs den ut och lästes igenom. Vissa svar flyttades till en annan frågekategori om de passade bättre där. Det gjordes kontroll gentemot originaltext och felaktigheter korrigerades. Vid denna fas gjordes försök att se arbetet som en helhet. Enligt Holme och Solvang (2006) framträder insamlade materialets mening vid en helhetsanalys.

Vid tredje bearbetning övergavs matrisen och materialet ordnades i stället under centrala teman som framkommit i texten vid matrisbearbetning. Vid denna fas analyserades en studiefråga i taget. Enligt Holme och Solvang (2006) är delanalys användbart när text innehåller påståenden om aktuella företeelser. Påståenden kan kategoriseras och olika tekniker kombineras för att se olika fenomen tydligare (a.a.) Vid analysen användes siffror likt APA-systemet och dessa siffror var relaterade till respektive intervju. Syftet med dem var att underlätta kategorisering och se hur vanligt förekommande ett fenomen var. Kategorier ritades också på papper för att få en visuell uppfattning om svaren. När kategoriseringen var klar skrevs texten ut, klipptes isär, ordnades om så att de vanligast förekommande fenomenen hamnade först och de mindre vanliga fenomenen sist. Sedan lästes texten igenom med parallella markeringar.

Vid den fjärde bearbetningen fogades vissa kategorier samman för att komprimera materialet och för att kunna se helheten bättre. Vid denna fas bifogades en del citat i texten. Vid femte bearbetning bifogades resterande citat och enligt Kvale (1997) bör citat presenteras i sitt sammanhang och de ska helst vara korta. Speciellt beskrivande avsnitt som kan forma historier i sig utgör ett undantag, men den maximala längden för citat anges vara en halv sida i vanliga fall (a.a.). När citaten var på plats kontaktades intervjupersonerna skriftligen, ombads läsa resultatet och ge sin syn på tolkningen. De ombads lämna sina bedömningar i första hand skriftligen. Enligt Kvale (1997) är upprepad kontakt med intervjupersonerna ett sätt att kontrollera materialets trovärdighet. Patel och Davidson (2007) uppger på detta sätt är det möjligt att även kontrollera studiens tolkningar och slutsatser.

Vid väntan på intervjupersonernas svar bearbetades materialet för sjätte gången och då avlägsnades överflödiga citat. Det var då resultatet framträdde tydligt som en berättelse.

Intervjustudiens kvalitet

Vid studier som genomförs enligt kvalitativ metodik är det nödvändigt att göra olika

överväganden, eftersom flera faktorer kan påverka studiens kvalitet förklarar Kvale (1997). Kvalitet kan påverkas av intervjupersonen, intervjuaren och frågorna. En del individer kan vara svårare att intervjua än andra, men trots detta är det intervjuarens uppgift att skaffa kunskap om det aktuella fenomenet. För att kunna få svar på frågorna bör de vara förståeliga och testintervjuer är ett sätt att kontrollera detta, men enbart det räcker inte för att uppnå bra kvalitet. Det krävs också förståelse för intervjupersonernas livsvärld och förmåga att tolka deras uppfattningar (a.a.). Utöver intervjuarens förförståelse för kulturen behövs förståelse för det studerade ämnet och arbetssättet; d.v.s. hur väl man lyssnar, hur objektiv man är, hur texten skrivs ut, kategoriseras, tolkas, kontrolleras och hur väl forskningsprocessen följs uppger Patel och Davidson (2007) och Kvale (1997). Kvalitet kan också handla om hur väl läsaren kan bilda sin uppfattning om textens trovärdighet, varvid tolkningar bör vara tydliga och citat ska redovisas tillsammans med kommenterat text förtydligar Patel och Davidson (2007).

Vid studien valde undertecknad närma sig ämnet inifrån bekanta organisationer och i rollen som sjuksköterska för att få förståelse för deltagarnas livsvärld. Målsättningen har varit att skapa lättförståeliga frågor som testades i förväg, öva intervjuteknik, avlyssna intervjuer upprepade gånger vid transkriptioner, bearbeta texten noggrant, undvika subjektivitet under olika arbetsmoment samt att inhämta deltagarnas synpunkter avseende tolkningarnas och slutsatsernas trovärdighet vid slutet av arbetet. Målet har varit att redovisa materialet, metod, bortfall och analyser för att läsaren ska kunna avgöra undersökningens trovärdighet, vilket rekommenderas av Patel och Davidson (2007). Syftet med tydlig redovisning anges också vara att studien kan upprepas påpekar Medicinska forskningsrådet (1996). Utöver detta har personliga begränsningar noterats för att kunna ta lärdom av dessa enligt rekommendation av Cormack (2000).

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Målsättningen vid studien har varit att respektera de grundläggande etiska principerna som gäller vid humanforskning: individens rätt till självbestämmande, principen att göra gott, att inte skada och att vara rättvis. Dessa krav är fastställda bland annat av Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003). Etiska ställningstaganden har gjorts med hjälp av ett institutionsbundet formulär "Egen granskning av examensarbeten, Hälsohögskolan i Jönköping, Gerontologiska Institutet" före studiens start. Utöver detta har etiska ställningstaganden gjorts under arbetets olika faser, vilket rekommenderas av Kvale (1997). Tillstånd för studien hämtades från de aktuella verksamheterna och deltagarna skriftligt före studiens genomförande. Även tillstånd för bandinspelningar hämtades skriftligt från varje deltagare.

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån studiens formulerade frågeställningar baserade på följande frågor

- Hur identifierar sjuksköterskan smärta hos äldre med grav demenssjukdom
- Vad underlättar sjuksköterskans smärtidentifiering
- Vad försvårar sjuksköterskans smärtidentifiering
- Hur uppfattar sjuksköterskan att smärtidentifiering fungerar
- Hur önskar sjuksköterskan att smärtidentifiering skulle fungera

Redovisningen presenteras först som en sammanfattning och därefter presenteras resultatet förstärkt med citat.

Hur identifierade sjuksköterskorna smärta hos äldre med grav demenssjukdom

Alla sjuksköterskor observerade, kontrollerade och undersökte patienten fysiskt på sitt sätt. Varje intervjuperson hade sitt sätt att kommunicera med patienten. För att skaffa ytterligare information om patienten konsulterades läkare, personal och anhöriga. Information hämtades också via dokumentation. Utöver detta togs hänsyn till att åldrandet i sig kunde leda till smärta, att patientens smärta kunde ha emotionella orsaker och att orsaken till smärtan inte alltid var synlig. Flera sjuksköterskor berättade att patienten gavs smärtlindring i syfte att identifiera smärta. Detta gjordes när det var svårt att skilja smärta från andra symptom eller när sjuksköterskan ville försäkra sig om att patienten inte led i onödan. Enstaka deltagare berättade att det fanns smärtskattningsinstrument och riktlinjer för deras användning på arbetsplatsen, men ingen beskrev sin användning av dem.

Vid observationer av patientens kroppsspråk och aktivitet hade sjuksköterskor fokus på patientens sätt att röra på sig och aktivitetsgrad; hur patienten gick, om denne haltade, inte ville komma upp ur sängen eller var spänd. Utöver det observerades om patienten var försiktig med något område och undvek att röra det, tog sig någonstans som till exempel på bröstet, ramlade ofta, inte kunde stödja sig på sina ben eller var stel, tyst och sluten. Även patientens ansiktsuttryck och ögonrörelser observerades.

Vid observationer av patientens beteende-, beteendeförändringar och sinnesstämning riktade sjuksköterskor blicken på patientens oro, aggressivitet, mat- och dryckesintag, försämringar av något slag, irritation, sömn, gråt, isolering och vandringens beteende. Det genomfördes olika kontroller av vitala funktioner t.ex. mätning av kroppstemperatur, andning, allmänna tillståndet och vakenhetsgrad. Intervjupersoner observerade även patientens hud och bensvullnad.

Så här beskrev sjuksköterskor sina observationer av patienten

"Temperatur kan säga mycket ibland, man kan också titta på hudfärgen, om det börjar bli inflammatoriskt eller någonting. Man kan också titta på ansiktet, när dom öppnar ögonen har dom mycket ont, men dom kan inte säga det. Ibland kan boende vara rädda för någonting - dom är rädda för personal som tar i hårt om dem. Det kan vara emotionellt".

" Jag brukar se på om den ser annorlunda ut, ter sig annorlunda, om det är något som inte stämmer, om det är inte lik den patienten - hon slår eller hon vill inte gå upp eller att hon gråter eller alla dom där beteenden som det kan vara. Så mycket aggressivitet det kan vara - när dom slår att dom inte vill att man ska komma i närheten. - Håller en borta. Så det första är att man försöker läsa av, deras kroppsspråk - nej, deras sinnestämning också".

"Jag försöker genom mina sinnen uppfatta patientens sinnesintryck. Jag tittar på patienten, om dom ligger stilla i sängen eller om dom är fysiskt oroliga. Jag skannar av - (skrattar) - sinnesintrycken från personen i fråga. Jag lyssnar på andningen så vad den har för djup eller jag ser på ansiktsfärgen, eller man kan ju se om dom har öppna ögon om dom är ångestfyllda eller om dom är slöa. Ibland kan man se om att

dom har fladdrande ögonlock som skulle kunna tyda på - relateras till smärta. Och om är opererade så tittar jag på operations såret om det skulle kunna vara infektion på gång. Jag känner ju på huden om det är varm, eller om dom är kalla eller varma".

Så här beskrev sjuksköterskor sina kontroller

" Och då får man väl gå igenom det vanliga: är det från urinvägarna, man kanske testar. Man kan ta puls och blodtryck och se hur allmänna tillståndet är. Och temp och så förstås se hur dom mår".

Så här beskrev sjuksköterskor sin undersökning av patienten

" Det är svårt att se så man måste alltid göra en fysisk undersökning: känna efter, klämma och försöka titta. Det är svårt med magar också. Det som jag kan göra - vid dom där fallolyckorna är att man kan känna runt, alltså göra en fysisk undersökning - om dom tillåter. Det är inte alla som tillåter utan då får man vänta ett tag. Det går inte bara att gå in i rummet och lyfta benet och rotera - det fungerar inte så. Jag försöker nog lugna ned stämningen - låter dom komma till bra stämning. Bjuda på godis, kaffe, låta dom ligga och vila ett tag så kommer man tillbaka. - Det första är att skapa en trygg stämning".

Vid kommunikation med patienten frågade intervjupersonerna patienten om smärta. De var observanta på om patienten pekade på något område eller bad patienten att peka på området där det gjorde ont.

"Jag frågar patienten. Ibland märker man att dom har väldigt ont, men när man ställer frågan så säger de "jag har inte ont", men jag ställer frågan spontant. Vad dom säger - det är inte sagt att det stämmer, men vissa gånger kan det stämma också".

Sjuksköterskor hade också kontakt med läkaren i syfte att få råd gällande patienten och för att be läkaren undersöka patienten. Läkaren kontaktades när patientens tillstånd var svårbedömt och när intervjupersoner önskade få fram en diagnos och läkemedelsordination.

"Jag kontaktar läkare - inte första bästa fallet - men om det är ingenting synligt är det bättre att kontakta läkare så kan dom undersöka och ge råd vad man ska göra. Om det ska bli vidare utredning eller kan dom stanna hemma".

Sjuksköterskor kontaktade personal som kände patienten väl och kunde se förändringar.

"Och så pratar man förstås med personalen och hör i vilken situation det här uppstår den här oron då. Och försöker kanske vara med vid omläggningar och ser när man sköter den här boenden".

Anhöriga konsulterades i syfte att skaffa information utöver det som var dokumenterad.

"Man kan fråga anhöriga hur dom upplevt sin närstående - och så där, smärta är så individuellt hur man upplever den och så där".

Utöver olika konsultationer sökte intervjupersoner information om patienten via dokumentation.

"Man måste gå igenom bakgrunds historia, titta tillbaka var patienten varit på sjukhus, om till exempel röntgen visat misstänkt fraktur, om man har en spricka i skelettet om man ramlat. Man måste utvärdera medicin också, vilken typ av medicin den boende har. Det finns vissa mediciner som kraschar med varandra".

I samband med smärtidentifieringen tog sjuksköterskor hänsyn till att åldrandet i sig kunde leda till smärta och att smärtan kunde ha emotionella orsaker

"Man måste också tänka så här: vilken boende, vilken personal som hjälper den boende, om det är mjukt, om det är hårt, om det är en personal som - som inte har någon flexibilitet utan som rutin och som struntar i - ibland".

Flera intervjupersoner berättade att de gav patienten smärtlindring i samband med smärtidentifiering då det kunde vara svårt att skilja patientens smärta från övriga symptom eller när sjuksköterskan ville försäkra sig om att patienten inte led i onödan. Det förekom skilda uppfattningar avseende analgetikaadministrationer innan orsaken till patientens problem var klarlagt och hur ärendet skulle hanteras efter provbehandlingen.

"Och det där med att smärtstilla - man smärtstillar innan man vet egentligen vad som är fel, det har jag också varit med om. Man tror att dom har ont men man vet inte riktigt. Jag vet inte vad jag tycker om det - jag är rädd för att dom blir bara kvar. Men jag tror inte att det är fel att sätta in när man kontinuerligt följer upp".

Vad underlättade sjuksköterskornas smärtidentifiering

Sjuksköterskorna berättade att kontakten med övriga vårdgivare underlättade smärtidentifieringen utöver observationer, kontroller, dokumentationen och kommunikation. De flesta intervjupersonerna nämnde att personalen var en underlättande faktor. Sjuksköterskorna ansåg att den egna yrkeserfarenheten, intuitionen och tillåtande diskussioner på arbetsplatsen gjorde det lättare att upptäcka patientens smärta.

Intervjupersoner beskrev underlättade faktorer enligt följande

"Personalen är ett hjälpmedel eller dom är förutsättningen, övrig personal är en jättetillgång. Där måste man sätta sig ned och prata. Dom sköter den här personen dagligen, höra hur upplever ni, hur är det, är det nån speciell läge där personen verkar ha ont, när ni gör nåt speciellt med den, är det lägesrelaterad eller så. Det är en jättetillgång. Man har bra kommunikation med personalen. - Och jag är inte den som ofta är närmast, utan det är dom. - Och jag fick så mycket information av dom övriga och dom kom och rapporterade och vi hade så intressanta samtal. Det blev en helt annan motivation. Dom kände sig delaktiga. Det är jätteviktigt att man har den motivationen i gruppen. Man kan inte vara överallt som sköterska utan man är beroende av gruppen".

"Jag tycker att det finns en öppenhet från kollegernas sida och jag tycker att det är en förutsättning för att göra ett bra jobb. Och jag tycker att det fungerar bra och sen kan jag tycka att det finns situationer som är svåra och då diskuterar vi".

"Den här patienten med handen, vi fick hans gamla journal från vårdcentralen och det stod att han hade behandlats med TENS och såna grejer. Och det var bara att vi råkade läsa igenom och det löste ett jätteproblem med honom. Man trodde att han slogs hela tiden, men i själva verket hade han ont".

Sjuksköterskor ansåg att det fanns andra underlättande faktorer och dit räknades intuition, kunskap om patienten, kunskap om hur olika uttryck ska tolkas, användning av smärtskattningsinstrument och gemensamma kriterier vid smärtidentifieringen.

Andra underlättande faktorer illustreras med följande citat

"Det som underlättar är att det finns ett genuint intresse för människor. Jag tror att det hjälper att man har människosyn där man brinner för det här området. När livserfarenhet är naturligtvis till hjälp - jag tror att det kan inte göra saken sämre att ha erfarenhet från psykiatrin, egen upplevd smärta, en känsla inombords, hur det är att ha ont. Att man är intresserad och läser själv och tittar på mediciner så underlättar det. Sen finns det ju dom där skalorna man kan använda. Men komma med en skala och be dem att flytta den från ett till tio då har man inte kommit så långt i sin demens - så att det kan man inte ha. Så det är nog mera livserfarenhet, personalgruppen, det jag kan läsa mig till och mest fokus på patienten".

Vad försvårade sjuksköterskornas smärtidentifiering

Intervjupersoner beskrev flera faktorer som gjorde deras smärtidentifiering svårare. Majoriteten påpekade att kommunikationen med patienten blev svårare vid avancerad demenssjukdom. Några sjuksköterskor upplevde att kommunikationen, brister i tid och kontinuitet, avsaknad av hjälpmedel/riktlinjer försvårade smärtidentifieringen utöver brister i kunskap, erfarenhet och ensamma beslut.

Den försvårande kommunikationen med patienten belyses med följande citat

"Dom som bor på demensavdelningen säger aldrig någonting. Då måste man se till att man börjar prata med dom. Allmänt samtal där smärta inte ingår. - Börjar man prata direkt "jag kom hit p.g.a. att du har ont, det verkar som om du har ont någonstans, jag vill veta var någonstans", jag börjar känna försiktigt och då blir hon spänd".

Så här beskrev intervjupersoner den försvårande kommunikationen med sina kollegor och övrig personal

"Nya sjuksköterskor är beroende av dom som jobbat längre. Och på det sättet ser man ingen utveckling. Varför har jag ingen möjlighet att säga "nej, jag tror, jag tycker att det ska inte vara så, utan det ska vara så". Och att vi kan diskutera. Kommer man inte överens då går man vidare, man får ringa MAS:en, chefen, vem som helst. Inte ta beslut p.g.a. att hon eller han vill att det ska vara så. Så länge vi jobbar på det sättet kommer vi aldrig fram. Säger jag till att något är fel så är det inte att jag vill imponera utan jag vill att det kan leda till en diskussion och att det kan bli bättre - nej, jag vill bara att det ska bli bättre".

"Det är ju det här med bristen på kommunikation, alltså anknytning bakåt och ibland tycker jag att det är dåligt skrivnen anamnes på dom som kommer och så att man - har slarvat, kanske inte lyssnat på, inte tagit reda på utan bara skrivit demens rakt av, lårbensbrott och sen är det klart".

"Personal som inte är engagerad är ett hinder, när man inte får dom här viktiga rapporteringarna och synpunkter. - Det är ovanligt att se".

Hur uppfattade sjuksköterskorna smärtidentifieringen fungera

Intervjupersonernas uppfattningar om hur smärtidentifiering fungerade i praktiken gick isär. En del upplevde att det var svårt att säga hur smärtidentifiering fungerade, enstaka deltagare uppgav att smärtidentifieringen fungerade ganska bra och enstaka att det var godtyckligt, slarvigt, schablonmässigt och dåligt. Några sjuksköterskor upplevde att det fanns kunskapsbrister och att det saknades gemensamma riktlinjer.

Intervjupersonerna ansåg att sjuksköterskor identifierade patientens smärta på olika sätt och smärtidentifieringen rapporterades ta tid. Några deltagare uppfattade att en del kollegor lade mycket möda på patientundersökningen och utredningen, medan andra gav patienten smärtlindring och lämnade ärendet därhän. För övrigt ansågs det förekomma rädsla att se patientens smärta.

Så här beskrev sjuksköterskor sin upplevelse av smärtidentifieringen i praktiken

"Hur det fungerar - det är som sagt helt olika det beror på var man har ont, vilken typ av smärta man har. Det kan man inte svara så här, som ett svar".

"Jag har aldrig hört att det finns nånting som man kan läsa på eller man kan ju läsa på om nästan allting, det finns ju hur mycket böcker som helst om smärtstillning. Det är alltid den här cancerpatienten, akuta smärtor, men här finns det ju ingen - inga rutiner, alltså ingen planering - riktlinjer för behandling för smärta inom demensvården eller så. Det finns ju riktlinjer för det och för det, men jag har inte sett det här eller jag har inte fått nån kunskap om det här".

"Det krävs väldigt mycket tid och engagemang att få ihop det. Och alla är trötta och överansträngda".

Hur ville sjuksköterskorna att smärtidentifiering skulle fungera

Olika intervjupersoner hade olika typer av önskemål och det vanligaste handlade om samarbetet med läkare: ökat läkarstöd, ökat intresse för demenssjuka, bättre utvärderingar avseende läkemedel och deras biverkningar. Det önskades öppenhet, förbättrat samarbete också med kollegor och liknande patientbedömningar. Utöver detta fanns det önskemål att baspersonalen skulle finnas med när sjuksköterskor och läkare diskuterade patientfall. Sjuksköterskor önskade att samarbetet med övriga aktörer skulle förbättras. För det egna arbetet önskades gemensamma riktlinjer/checklistor, hjälpmedel, rutiner och möjlighet att slå upp direktiv hur sjuksköterskan skulle göra vid den praktiska smärtidentifieringen. Det önskades information avseende smärtskalor, mera tid för arbetet, bättre ekonomiska resurser och vidareutbildning. Och att vidareutbildning skulle ske på arbetstid.

Önskemål avseende förbättrat läkarsamarbete illustreras med följande citat

"Jag skulle vilja att det fanns en läkare som vore lite mer intresserad eftersom läkaren ändå är den som kan sätta ihop kunskaper på ett annat sätt. Dom har ju en annan kunskap om det mesta och då skulle jag önska att det skedde lite mera feedback och sånt om mediciner och sånt. Och sen interaktioner och så - jag tror att man skulle kunna lugna alla om man hade runt den som blir sämre - om man då hade ett samtal vad man bäst kunde göra för att underlätta den sista tiden".

Så här önskade intervjupersoner att samarbetet med arbetsgruppen skulle se ut

"Det viktiga är att jobba med vårdplaner och där ska smärta alltid vara med. Smärta ska alltid vara med i status. Att man är delaktig, att man utvecklas, att man har mål med det man gör, man har mål och man utvärderar målen. Det är väl min vision - att man jobbar som ett team - tillsammans med sjukgymnaster och läkare också. Och sen kontaktpersonerna har en viktig funktion också och anhöriga".

"Att det finns öppenhet i personalgruppen också där man inte bevakar sina revirer eller sina intressen eller sina kunskaper eller tycker att det är fel utan att det finns öppenhet i resonemangen. Också gentemot läkarkåren".

"Min vision är att man jobbar med hela grupper. För det är jättekul. Man uppmanar också personalen att vara lyhörd för smärta på ett annat sätt om dom får vara delaktiga. Så det borde vara en självklarhet att vårdplaner, status gör man tillsammans. Det är hur lätt som helst att lära personalen att tänka i dom här VIPS-termerna. Det är ingen konst och det skapar mindre klyfta mellan sjuksköterskor och övrig personal. Och det skapar otroligt engagemang och glädje i gruppen".

Flera sjuksköterskors önskemål om förbättrade rutiner, vidareutbildning, samarbete med kollegor och övriga aktörer illustreras med följande citat

"Om jag fick önska så skulle jag önska att man har handledning och att det är ett jobb att sätta sig i gruppen och prata sig samman att äldre människor ska betraktas som värdefulla. Har vi inte handledning så kan vem som helst komma in och jobba. Jag vill även ha ett annat tankesätt avseende arbetsledning, alltså är jag arbetsledare i viss mån men inte på andra, men mina arbetsledare, mina chefer, vi måste börja prata om det. Min vision är att se sig själv som en länk i ett arbetslag och där alla är lika viktiga. En som måste besluta obekväma avgöranden ibland, men som först har lyssnat på alla andra. En chefs personlighet måste vara på det sättet att man har en ödmjukhet, först och främst. Det blir sämre beslut när man inte etablerar det i gruppen, så en chef måste ha en annan inställning, alltså jag känner att man måste tänka om. Svart eller vitt, tycka om - tycka inte om och det blir aldrig en dialog. Jag tycker även att vi sjuksköterskor skulle tillsammans kräva en utbildning för dom som kommer. Och har dom inte så kan dom gå på en utbildning, mera utbildning måste det bli och så måste - ska vi inte vara så rädda att hålla oss hela tiden på vårt område utan bjussa på och dela med oss så blir kompotten mera, högre i taket. Jag skulle också önska att sjuksköterskeutbildningen mera gick in för den här synen bara - inte det här bara med lagar och förordningar att det är du som sjuksköterska, utan mer det där att få med dig precis som jag sa att cheferna vill att ha sjuksköterskenivån och sen vill jag inte ha sjukgymnaster och paramedicinare

som högre arbetsledare. Dom förstår inte hälso- och sjukvårdsansvaret. Var och en måste vara expert inom sitt område och kunna och då måste det vara sjuksköterska som är arbetsledare. Det känns på verksamheter och det syns. Och när du har ett problem så är det faktiskt din plikt att redogöra, att prata, ha en diskussion. Även om du inte har jobbat på några år som sjuksköterska så har du det".

SAMMANFATTAT RESULTAT

Sjuksköterskornas smärtidentifiering bestod av patientobservationer, -kontroller och fysiska undersökningar. Varje sjuksköterska hade sitt sätt. Vid observationer var fokus på patientens kroppsspråk, aktivitetsgrad, ansiktsuttryck, ögonrörelser, beteende-, beteendeförändringar och sinnestämning. Vid kontroller riktades blicken på patientens hud, kroppstemperatur, andning, allmänna tillståndet och vakenhetsgrad. Varje intervjuperson hade sitt sätt att kommunicera med patienten. För att skaffa ytterligare information om patienten konsulterades läkare, baspersonal, anhöriga och övriga vårdgivare. Information hämtades också via dokumentation. Sjuksköterskor tog hänsyn till vid smärtidentifieringen att åldrandet kunde leda till smärta, att smärta kunde ha emotionella orsaker och att orsaken till smärtan inte alltid var synlig. Majoritet berättade att patienten gavs smärtlindring i samband med smärtidentifieringen. Orsaken var att det upplevdes som svårt att skilja smärta från andra symptom eller sjuksköterskan ville försäkra sig om att patienten inte led i onödan. Enstaka intervjupersoner berättade att det fanns smärtskattningsinstrument och riktlinjer hur dessa skulle användas, men ingen av sjuksköterskorna beskrev sin användning av dem.

Sjuksköterskorna berättade att kontakten med övriga vårdgivare underlättade smärtidentifieringen utöver observationer, kontroller, dokumentationen och kommunikation. De ansåg att den egna yrkeserfarenheten, intuitionen och tillåtande diskussioner på arbetsplatsen gjorde det lättare att upptäcka patientens smärta. Majoritet berättade att smärtidentifieringen försvårades av att kommunikationen med patienten blev svårare vid demenssjukdom. Det blev också svårare att undersöka patienten. Brister i kommunikationen med övriga berörda, bristande tid, kunskap, erfarenhet, kontinuitet och avsaknad av hjälpmedel/riktlinjer på arbetsplatsen samt ensamma beslut upplevdes försvåra smärtidentifiering ytterligare.

Sjuksköterskornas uppfattningar om hur smärtidentifiering fungerade i praktiken gick isär. En del upplevde att det var svårt att säga hur smärtidentifiering fungerade, enstaka uppgav att smärtidentifieringen fungerade ganska bra och enstaka ansåg att det var godtyckligt, slarvigt, schablonmässigt och dåligt. Deltagare upplevde att det fanns kunskapsbrister och att det saknades gemensamma riktlinjer. Intervjupersoner upplevde patientens smärta identifierades på olika sätt av kollegorna och att smärtidentifieringen tog tid. En del uppfattade att vissa kollegor lade mycket möda på patientutredningen, medan andra gav smärtlindring och lämnade ärendet därnär. För övrigt ansågs det förekomma rädsla att se patientens smärta.

Intervjupersonerna hade olika förslag på hur smärtidentifiering kunde förbättras. De vanligaste önskemålen handlade om samarbetet med läkare: ökat läkarstöd, ökat intresse för demenssjuka, bättre utvärderingar avseende läkemedel och deras biverkningar. Det förekom önskemål gällande kollegialt samarbete och då önskades likartade patientbedömningar samt utökad öppenhet. Det fanns önskemål att baspersonalen skulle finnas med när sjuksköterskor och läkare diskuterade patientfall samt att samarbetet med övriga vårdgivare skulle förbättras. För sitt eget arbete önskade intervjupersoner gemensamma riktlinjer, rutiner, checklistor, hjälpmedel och möjlighet att slå upp direktiv hur sjuksköterskan skulle göra vid den praktiska

smärtidentifieringen. Man önskade också information om smärtskalor, mera tid för det egna arbetet, bättre ekonomiska resurser och vidareutbildning. Och att vidareutbildning skulle ske på arbetstid.

DISKUSSION

Metod

Studiens syfte och frågeställningar var att skaffa kunskap om sjuksköterskornas förfaringsätt vid smärtidentifiering och deras upplevelser om hur smärtidentifiering fungerar i praktiken. Intervjuer uppfattades som en relevant metod för att skaffa kunskap om det aktuella området. Enligt Kvale (1997) erbjuder samtal ett bra sätt att lära känna människor, deras känslor, erfarenheter, förhoppningar och ta reda på hur de uppfattar världen där de lever i. Att närma sig området inifrån och som sjuksköterska upplevs ha gett större förståelse för det aktuella ämnet. Kvale (1997) bekräftar att det är lättare att förstå ett ämne när man känner till kulturen, atmosfären och maktformationer som finns kring det studerade fenomenet. Men samtidigt krävs det kunskap om ämnet och metodik som man ska använda. Därmed kan den egna förförståelsen för både ämnet och metodik ha påverkat hur resultatet blev.

Studiens frågeställningar styrde och underlättade bibehållandet av en viss struktur vid intervjuer och materialbearbetningen. Å andra sidan begränsade de resultatredovisningen. Frågeguiden var ett stöd vid intervjuerna och den följdes ordagrant i alla utom en intervju då en fråga glömdes bort. Detta uppmärksammades vid slutet av intervjun då sista kontrollen gjordes för att se att alla intervjufrågor blivit besvarade. Att kontrollera överhuvudtaget gjordes var en viktig lärdom efter testintervjuerna. Tester visade hur viktigt det var att kontrollera ljudstyrkan, avståndet till intervjupersonen, betydelsen av koncentration vid lyssnandet, pauser, undvikandet av ledande frågor och skapandet av en avslappnad atmosfär vid intervjun. Att ha gjort flera tester bidrog till att stämningen vid intervjuerna blev mera avslappnad. Kvale (1997) har konstaterat att intervjuandets konst enbart kan läras genom att intervjua och litteraturen ger bara vägledning.

Studien gav svar på alla frågor, men frågorna gick in i varandra, vilket uppmärksammades främst vid textbearbetningen. Frågorna gav många olika svar och samtidigt förekom dubbel information på flera ställen, vilket försvårade materialbearbetningen och tolkningen. Dubbel information förstärkte samtidigt uppfattningen att vissa områden var mera centrala vid deltagarnas svar. De olika svaren behöver inte innebära en sämre kvalitet eller trovärdighet enligt Patel och Davidson (2007). I stället kan detta ses som ett tecken att det studerade fenomenet fångats in (a.a.). Motsägande svar kan också innebära att det behövs flera studier inom området anger Backman (1998). Frågan som gav mest skilda svar handlade om hur smärtidentifiering fungerade i praktiken. Frågan väckte många tankar och kan betraktas som känslig, men detta framträdde inte under testperioden utan först efteråt. Det är möjligt att deltagarna tolkat frågan som utvärdering av det egna arbetet, vilket kan ha väckt blandade känslor. Kvale (1997) påpekar att vid känsliga frågor är deltagarnas tillit gentemot intervjuaren avgörande om man får svar på frågan eller inte. Därför rekommenderas enkäter när känsliga frågor tas upp (a.a.). Det är möjligt frågan varit mera lämplig i en enkät, men samtidigt togs den med eftersom den upplevdes som viktig för att kunna belysa ämnet i sin helhet. Å andra sidan verkar intervjupersonernas tillit gentemot intervjuaren inte ha varit något problem eftersom alla frågor blev besvarade.

Vad som gäller studiens rekryteringsperiod sköttes kontakterna elektroniskt och via telefon.

En personlig kontakt hade nog varit bättre och rekommenderas av Holme och Solvang (2006). Samtidigt valdes de angivna kontaktsätt eftersom de bedömdes som mest ekonomiska och tidsbesparande. Bristen av personlig kontakt bidrog förmodligen till att en, den tredje verksamheten uteblev ur studien. En personlig kontakt hade kunnat förhindra detta.

Att göra en studie på sin egen arbetsplats kan ha haft både för- och nackdelar. Kollegialitet kan ha påverkat deltagandet åt ena eller andra hållet. Därför gjordes det försök att motverka sådana effekter genom att sköta första kontakter via verksamhetsledningen. Att många tackade nej till medverkan kan ha berott på kollegialitet, men en annan orsak kan ha varit att intervjuer gjordes på fritid och under en period som inte passade alla. För övrigt uppfattades informationsgivning som en viktig faktor för att locka deltagare till studien. I det första informationsbrevet inkluderades referenser till andra studier i syfte att deltagarna på detta sätt hade möjlighet att bilda en egen uppfattning om det studerade ämnet. Nackdelen kan ha varit att alla inte läser engelskspråkiga artiklar. Å andra sidan fanns en enkel beskrivning om ämnet på basis av det som kommit fram i studier. Vid informationsbrevet nämndes dessutom att tester och intervjuer skulle göras på olika enheter. I praktiken blev det inte så eftersom deltagare rekryterades på frivillig basis. För att motverka negativa effekter av kollegialitet poängterade undertecknad flera gånger både muntligt och skriftligt att deltagandet var frivilligt så att ingen skulle känna sig förpliktad att delta. För övrigt löpte rekryteringen utan större strapatser och det var överraskande hur väl intervjuaren och deltagarna lyckades matcha sina olika tider, när intervjuschemat planerades.

De valda kontakterna; e-post och telefon visade sig fungera tillfredställande och det kändes som ett naturligt val att göra studien inom bekanta verksamheter. Till fördelarna hörde korta kontaktvägar och trygg bas. Inte minst därför att studien gjordes i inlärningsyfte. Vid bedömningen vägdes tillgången till potentiella deltagare och intervjulokaler in. Tillgången till båda uppfattades som goda i initialskedet och bedömdes bidra till att studien kunde genomföras i sin helhet. Ett bekymmer var att intervjulokaler inte var tillgängliga på dagtid då de användes för andra aktiviteter. Detta var dock i linje enligt överenskommelsen vid studiestarten. Samtidigt visade det sig att alla deltagare inte hade möjlighet att bli intervjuade dessa tider, varvid enstaka intervjuer gjordes på andra platser på dagtid. Det i sin tur kan ha påverkat deltagarnas säkerhet, men valet av en intervjuplats togs alltid tillsammans med intervjupersonen. För övrigt upplevdes platsen inte som ett problem, men enligt Holme och Solvang (2006) är intervjumiljön viktig att ta hänsyn till utöver andra förberedelser. Deltagarnas säkerhet bör vara i fokus anger flera källor (Patel & Davidson, 2007; Helsingforsdeklarationen, 2004; Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003; Cormack, 2000; och Kvale, 1997).

Ett fenomen som dök upp under studien var deltagarnas förväntningar och detta har bland annat Holme och Solvang (2006) skrivit om. Deltagarnas förväntningar anges viktiga att ta hänsyn till, men dessa var ändå en liten överraskning. De första förväntningarna dök upp vid rekryteringsfasen då enstaka, potentiella deltagare undrade om syftet med studien var att testa deras kunskaper. Dessa förväntningar upplevdes som oroande, eftersom de tolkades kunna leda till rädsla och kanske försvaga intresset för deltagandet. Det var därför informationsblanketten kompletterades i efterhand med noteringen att studien hade främst syfte att ta lärdom av sjuksköterskans tysta kunskap och inte testa dennes kunskaper. Det hände att förväntningar dök upp i samband med intervjuer. Det fanns speciellt en intervju där intervjupersonen berättade om obehagskänslor. Frågorna hade upplevts som en test i början av intervjun, vilket kan tolkas att intervjupersonen hade förväntningar avseende intervjuarens avsikter med studien. Intervjupersonen berättade att obehagskänslan försvann när intervjun

fortskred och intresset för ämnet tog över. Det var dock intressant att upptäcka att intervjuaren inte upptäckte dessa obehagskänslor under intervjun. Känslorna visade sig först vid pratstunden som fanns i anslutning till intervjun. Pratstunden syfte var att ge deltagarna möjlighet att reflektera över intervjun, ta reda på hur intervjun upplevdes och få en behaglig avslutning, eftersom det kunde väcka många tankar. Enligt etiska riktlinjer är det undersökarens plikt att skydda deltagare från obehag (Helsingforsdeklarationen, 2004) och det är möjligt att förväntningar kunnat reduceras om potentiella deltagare och intervjuaren hade träffats ansikte mot ansikte redan vid studiens inledningsfas då första informationen gavs.

Det var en fördel att kunna genomföra flera intervjuer, men materialbearbetningen tog mycket tid i anspråk. Transkriptioner löpte relativt smärtfritt och upplevdes som mekaniskt moment, men var samtidigt meningsfullt. Intervjuerna skrevs ned som talspråk för att det kändes mera autentiskt med ordagranna utskrifter, men enligt Kvale (1997) är talspråk vanligare vid text- och psykologiska analyser än vid vanliga intervjustudier. För övrigt var utskriftsfasen värdefullt, eftersom det hjälpte till att upptäcka brister och visade hur viktigt det var att kontrollera ljudkvalitet och att alla frågor fanns med. Målet med transkriptionerna var att de skulle skrivas ned så snart som möjligt efter intervjun. Patel och Davidson (2007) påpekar att ju längre tid som passerar mellan analys och utskrift desto svårare blir det att hålla materialet levande. Det visade sig svårt att uppfylla målet om kort distans mellan intervju och utskrift i sin helhet: dels för att det inte alltid gick att skriva ned intervjuer på samma dag och dels att transkriptionerna tog lång tid med upprepade lyssningar. Men i vissa fall lyckades detta och det underlättade visualisering av text och i början var det möjligt att komma ihåg mimik och dylikt. Pauser, punkter markerades i texten vid nedskrivningen, men det kunde vara svårt att veta var meningen slutade. Det förekom även meningar som avbröts i mitten och en annan mening tog vid. Liknande problem har påpekats av Patel och Davidson (2007) som konstaterar att punktering gör texten tydligare. Kvale (1997) säger att utskriften bygger framför allt på en tolkning av det talade ordet och vid skrift försvinner nyanserna som kännetecknar ett samtal. Ett sätt att bevara dessa var att notera pauser, skratt och andra reaktioner i texten. Det höll också materialet mera levande.

Organisering av materialet gjordes i första början med hjälp av en matris, eftersom det var bekant sedan tidigare och upplevdes kunna underlätta arbetet med större materialmängd. Nackdelen var att det krävde upprepade, tidskrävande bearbetningar. Tabellen upplevdes ändå bidra till bättre överskådlighet. Enligt Polit och Hungler (1999) används matriser egentligen när material ska sammanfattas. Därmed är det möjligt att matrisen användes för tidigt i arbetet, eftersom teman och kategorier framträdde tydligare först senare. Vid matrisbearbetning gjordes försök att se intervjuerna som en helhet och vissa svar flyttades till andra kolumner eftersom de upplevdes passa bäst dit. Något senare bedömdes dessa flyttningar dock kunna leda till risken att tolkningar blir fel i senare skede, varvid matrisen övergavs och sättet att arbeta ändrades. En bidragande orsak till detta var att det upptäcktes fel i två kolumner i matrisen. Det var lätt att flytta text felaktigt speciellt när arbetet skrevs med lätta tangenter. Efter det upptäckta felet började arbetet i princip om från början eftersom allt material fick kontrolleras. Detta tog i sin tur tid som inte var inplanerat och därmed sprack tidsplanen rejält. Det visade sig att felet inte var så omfattande utan handlade om två intervjuer vars resultat blandats ihop i tabellen.

Vid nästa bearbetning organiserades texten i stället enligt de teman och kategorier som framträdde i materialet. En fråga i taget analyserades, men vissa svar förekom vid en annan fråga, vilket ledde till att en del svar fick flyttas under rubriken som motsvarade svaret bäst.

Detta gällde speciellt frågan hur sjuksköterskor identifierade smärta. Att svar förekom vid flera ställen i texten försvårade bearbetningen och ledde till att samma information upprepades. Utöver detta kändes det ibland att texten förblindade undertecknad. I sådana fall lades texten undan ett tag. Det hjälpte samtidigt att bibehålla objektivitet inför det lästa materialet. Det krävdes flera textbearbetningar innan tydlig struktur började framträda trots att vissa teman var skönjbara innan. Att rita, markera texten med siffror och räkna kategorier var ett bra hjälpmedel, men det bästa visade sig vara att klippa isär texten och flytta om den. Kvale (1997) bekräftar att det är tillåtet att bearbeta kvalitativt material på flera olika sätt. De olika metoderna hjälpte till att lösa problem och kändes naturliga snarare än att de upptäcktes via litteratur. Att läsa metodlitteratur vid sidan om textbearbetning och analys hamnade lite i efterkälken och det bidrog till att det gjordes vissa fel.

Det allra största misstaget gjordes precis vid slutet av arbetet. Då bestod materialet av sammanfattande text som varvats med citat. I den sammanfattande texten fanns det siffror inom parentes - lik APA-systemet - som hade använts vid kategorisering av svar. Vid citat hade siffror avlägsnats. Arbetsituationen var intensiv och tiden började ta slut. Samtidigt saknades materialets utvärdering från intervjupersonerna. Det var dessutom en helg, varvid handledaren inte kunde konsulteras. Situationen upplevdes vara sådan att det krävde ett beslut så att deltagarnas utvärdering skulle hinna med i arbetet. Därmed skickades det befintliga manuset (resultat delen) till intervjupersonerna. Det var först efteråt undertecknat förstod att de kvarstående siffrorna i sammanfattat text kunde riskera att intervjupersonerna avslöjades för varandra. Kvale (1997) understryker att data som kan hjälpa identifieringen av intervjupersoner inte ska redovisas om man lovat konfidentialitet för deltagarna. Dessutom får studiedeltagarna inte skadas enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003). Kvale (1997) påminner också att etiska ställningstaganden avseende deltagarnas konfidentialitet bör göras under hela studieprocessen. Det aktuella fallet visar att etiska ställningstaganden inte varit tillräckligt välgenomtänkta och det tyder också på bristande förståelse för både etik och metodik. Brister som detta borde egentligen inte förekomma vid slutfasen av ett arbete. Enda förklaringen kan vara att undertecknad var väldigt inne i analysarbetet och såg enbart det framför sig. Å andra sidan ger misstag viktiga lärdomar. Misstaget med siffrorna väckte också frågan om rapportskrivningen borde avbrytas. Enligt Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (2003) bör forskaren vid behov skjuta upp eller avbryta sin studie om deltagaren upplever oförutsedda biverkningar eller obehag. För att ta reda på skadans omfattning och meddela att ett misstag hade skett kontaktades deltagare via telefon. Intervjupersonerna ombads utvärdera om de trodde att någon annan kunde identifiera dem med hjälp av siffrorna. Alla svarade på frågan och majoritet gjorde det skriftligen. Majoritet ansåg att det inte var möjligt att identifiera en enskild person. Fåtal konstaterade att risken hade varit överhängande om studien genomförts på en liten verksamhet. Utöver det kunde en deltagare identifiera sig korrekt med hjälp av siffrorna, men detta visste bara undertecknad. Samtidigt räckte det som bevis för förstå att siffror verkligen kan avslöja deltagarens identitet. Misstaget bedömdes dock inte ha orsakat obehag i en sådan skala att rapportskrivningen behövde avbrytas varvid arbetet skrevs klart.

Deltagarna utvärderade resultatet, men deras utvärdering är baserad på en längre version än det som redovisats vid det här arbetet. De upplevde tolkningar och slutsatser enligt följande: majoritet kunde känna igen sig i beskrivningar och slutsatser. Några kände igen sig i vissa delar och inte i andra. För övrigt upplevde deltagare att det fanns mycket att lära från andras sätt att arbeta.

Det visade sig ha både för- och nackdelar att genomföra en studie ensam. Material -

bearbetningen och speciellt kategoriseringen kunde ha underlättats om det fanns två personer som gjorde studien. Enligt Willman & Stoltz (2006) får en granskning också större tyngd när det finns tolkningar från två oberoende granskare. Å andra sidan är det dock sällan att två läsare är helt överens om textens innehåll skriver Kvale (1997). På ett sätt var det en fördel att göra bearbetningar i de tider som passade en själv. Inte minst p.g.a. det att studien gjordes vid sidan om ett yrkesarbete. Till arbetets övriga natur hörde pendling mellan arbetets olika delar under hela arbetsprocessen och detta blev mera intensivt vid slutet, när det skulle kontrolleras att allting fanns på plats. Egna anteckningar och klotterlappar visade sig vara värdefulla i arbetets olika faser, men framför allt vid beskrivning av arbetets genomförande och diskussion.Handledarens vägledning och synpunkter var viktiga speciellt vid studiens första staplande steg, men framför allt vid materialbearbetningen och rapportskrivning.

Slutligen bör det påpekas att studiens resultat endast gäller för de intervjuade personerna men möjligtvis kan relateras till liknande verksamheter, eftersom urvalet av intervjupersoner var osystematiskt. För övrigt var antalet deltagare få. Enligt Patel och Davidson (2007) är det sällan intervjupersoner väljs systematiskt till intervjustudier. Samtidigt erbjuder kvalitativa studier en möjlighet att få ökad förståelse för det studerade fenomenet och variationer som förekommer inom den aktuella miljön eller kontexten. Själva intervjuandet öppnade en helt ny värld till kunskap via berättelsen och detta stämmer överens med Kvales (1997) beskrivning att intervjufasen ofta präglas av entusiasm. Denna känsla verkar dock dröja kvar även efter det att bandet slutat rulla.

Resultat

Smärtidentifiering

Kartläggningen visade att sjuksköterskornas smärtanalys bestod av observationer, kontroller, genomläsning av dokumentation och kommunikation med både patient och övriga aktörer. Sjuksköterskan var som en spindel i nätet, vilket kan jämföras med den samordnade rollen som beskrivs i lagstiftningen (SOSFS 1995:5). Sjuksköterskornas smärtidentifiering bestod av observationer av patientens kroppsspråk, aktivitet, ansiktsuttryck, ögon, beteende, hud och sinnesstämning: oro, aggressivitet, irritation, gråt, vandring, isolering, men även mat- och dryckesintag samt sömn. Dessa observationer kan tolkas som försök att se patienten ur fysiskt och psykiskt perspektiv. Båda faktorernas betydelse har belysts av flera källor (SBU, 2006 b; Strang, 2006; Werner & Strang, 2003; Socialstyrelsen, 2001; Beck Friis & Strang, 1999; DeMarinis, 1998 och SOSFS 1995:5). Enligt Albinsson (2002) och Beck-Friis och Strang (1999) ska smärtans övriga dimensioner också tas hänsyn till vid symptomkontroll. Inte minst hos demenssjuka äldre som befinner sig vid slutfasen av sin sjukdom och anses berättigade för palliation.

Mentes, Teer och Cadogan (2004) studie har undersökt personalens och anhörigas smärtobservationer hos kognitivt nedsatta äldre. Studien visar att personalen hade fokus på patientens ansikte, ögon, smärta i rörelse, vid distraktion och undersökning. Dessa observationer liknar sjuksköterskornas berättelser som också observerade ansiktet, ögon, aktiviteter och hur patienten betedde sig vid undersökning. Distraktionen kan möjligtvis relateras till några av berättelserna då sjuksköterskor avvaktade ett tag innan de undersökte patienten. Studiens anhöriga observerade i sin tur om patienten berörde ett speciellt område, om det fanns tecken på irritabilitet eller agitation. De lyssnade också på olika läten och observerade ansiktsgrimaser. Sjuksköterskornas berättelser visade likheter då det gjordes observationer av sinnestämning (agitation, irritation, gråt). Å andra sidan var det fåtal som

observerade om patienten berörde ett speciellt område.

Sjuksköterskorna berättade oftast om observationer av patientens kroppsspråk och ansiktsuttryck. Vid Closs, Cash, Barr och Briggs (2004) studie som gjordes bland informella vårdgivare och vårdpersonal har observationer av kroppsspråk också varit vanliga. Däremot uppmärksammades ansiktsuttryck inte så ofta (a.a.). Sömnobservationer förekom i sin tur både vid den aktuella studien och vid sjuksköterskornas berättelser. Socialstyrelsen (2001) och Luekenotte (2000) bekräftar att hänsynstagandet av sömn är viktigt vid smärtanalys. För övrigt var det vanligt att sjuksköterskor frågade patienten om smärta, vilket skiljer sig från Closs, Barr och Briggs (2006) studie där både sjuksköterskor och personal deltog. Vid denna studie var det endast fåtal som frågade patienten om smärta.

Resultatet visar att sjuksköterskor upplevde personalen som ett viktigt hjälpmedel, förutsättning och underlättande faktor vid smärtanalysen. Beck-Friis och Strang (1999) förklarar att för att lyckas väl med smärtobservationer är det centralt att ha tillgång till personal som känner patienten väl och kan tolka olika reaktioner som tyder på smärta och oro. Dessa individer anges ha större möjlighet att vara till hjälp än andra (a.a.). Även Blomqvist (2002) bekräftar detta; daglig kontakt anges ge bästa förutsättningar att identifiera patientens smärta. Några sjuksköterskor framförde att smärtanalys försvårades när varken personal eller sjuksköterskan kände patienten väl eller om viktiga rapporter och observationer uteblev. Luekenotte (2000) påpekar i sin tur närståendes betydelse och hjälp när patienten inte kan uppge sina behov själv. Mentis, Teer och Cadogan (2004) studie visar betydelsen av både personalens och familjens kännedom om patientens normala vanor och beteenden. Studien visade också att anhöriga var villiga att dela med sig sina smärtobservationer (a.a.). Sjuksköterskornas berättelser visade att anhöriga kontaktades för att skaffa mera information om patientens smärta, men några deltagare framförde att anhöriga inte kontaktades så ofta. Enligt EOL-teorin som beskrivits av Ruland och Moore (1998) ses anhöriga som viktiga vid beslutsfattandet gällande patientens vård och de ska erbjudas att bli delaktiga i vården. Albinsson (2002) påpekar att anhöriga också behöver bekräftelse och uppföljning samt att de ses som centrala vid sidan om patienten om arbetet sker enligt den palliativa filosofins principer.

Sjuksköterskor upplevde att smärtidentifieringen försvårades av patientens demenssjukdom och det var svårt att skilja smärta från andra symptom. Enligt BraVå (2007) finns det risk att smärtuttryck blandas ihop med andra symptom och därmed är det viktigt att ta hänsyn till detta. Enligt Closs, Barr och Briggs (2006) har andra forskare rapporterat att 71 procent av sjuksköterskor upplevt smärtanalysen svårare hos demenssjuka patienter. När demenssjukdomens ytringar; depressioner, beteendestörningar, nedstämdhet, sömnrubbingar, vandringsbeteende och andra typer av överaktivitet (SBU, 2006 a) jämförs med smärtsymptom som oro, ångest, depression och apati (Socialstyrelsen, 2001 och Beck-Friis & Strang, 1999) är det möjligt att se likheter mellan symptomen. Därmed är det förståeligt att sjuksköterskor upplevde det som svårt att skilja smärta från andra symptom. Werner och Strang (2003) förklarar att somatisk smärta kan leda till att patienten vill ligga stilla, medan smärta från inre organ är svårare att lokalisera och kan göra patienten rastlös, orolig, svettig och illamående. Neurogena smärtor i sin tur kan leda till förändring i hudens känsel och smärta kan utlösas av stimuli som i vanliga fall inte är smärtsamma; som beröring, tryck, kyla eller värme anger Beck-Friis och Strang (1999). Cipher, Clifford och Ropers (2006) studie visar i sin tur att avancerat demenssjuka patienter oftare visat tecken på stridanden/kamp och otrygga impulsiva beteenden än moderat och mildt demenssjuka patienter. Smärta associerades i studien med symptom som likgiltighet, nedstämdhet, undandragande, nedsatt aktivitet,

sämre aptit och viktförlust. Samtliga symptom anges vara vanliga vid samtliga demensnivåer. Dessa symptom anges också stämma överens med observationer som gjorts hos yngre, kroniska smärtpatienter. När kognitiv nedsättning begränsade individens förmåga att kommunicera smärta framträdde icke-funktionella beteenden (a.a.). Relateras sjuksköterskornas observationer till detta visar det sig att många av de angivna observationerna även förekom hos deltagarna; observationer av beteende och beteendeförändringar, aktivitetsgrad, mat- och dryckesintag, isolering, sinnestämning och gråt. Däremot nämndes inte viktkontroller.

Försvårad kommunikation med patienten

Sjuksköterskor upplevde att kommunikationen med patienten blev svårare vid avancerad demenssjukdom. Enligt Nygaard och Bondevik (2005) ställer patientens nedsatta verbala förmåga stora krav på vårdarens kompetens att skilja smärta och obehag. Kommunikationssvårigheter har också bekräftats av flera studier (Strang, 2006; Gulmann, 2003; SBU, 2003; Epps, 2002 och Socialstyrelsen, 2001). Även smärtskattningsstudier bevisar förekomsten av verbala svårigheter vid demenssjukdom (Kaasalainen och Crook, 2004 och Closs, Phil, Barr, Briggs, Cash & Seers, 2004). Å andra sidan finns det forskning som visat att många avancerat demenssjuka patienter kan rapportera sin smärta verbalt, varvid självskattning rekommenderas utöver användning av smärtskattningsinstrument (Pautex, Michon, Guedira, Emond, Le Lous, Samaras et al., 2006 och Murdoch & Larsen, 2004).

Trots att sjuksköterskorna upplevde kommunikationssvårigheter frågade nästan alla patienten om smärta. Utöver det var beteendeobservationer vanliga. Betydelsen av beteendeobservationer bekräftas också av Murdoch och Larsen (2004) då patienten har svårt att verbalisera sin smärta. För övrigt rekommenderas speciellt användning av beteendeskolor vid sidan om verbala skattningar. Men ingen av sjuksköterskorna beskrev att de skulle använda instrument vid sina smärtskattningar. Frånvaron av instrument inom klinisk praktik har också bekräftats av Ehrenberg och Ehnfors (1999) och Stockholms Stad (2006 a). Samtidigt är många skolor under utveckling innan de är färdiga att användas av vårdpersonal berättar Zwakhalen et al. (2006). Några deltagare påpekade att Visuell Analog skala (VAS) inte fungerade hos den demenssjuka äldre. Detta stämmer överens med Nemeth et al. (2001) rapport att VAS-skalan upplevdes som otillräcklig av sjuksköterskor hos patienter med nedsatt allmäntillstånd och dålig syn (a.a.). Några deltagare berättade att det fanns smärtskattningsinstrument på arbetsplatsen, några saknade kunskap om sådant och några trodde att instrument kunde förkorta tiden vid smärtutredningar. Smärtutredningar upplevdes nämligen ta längre tid hos demenssjuka patienter än hos övriga patienter. Å andra sidan upplevde deltagarna att erfarenhet, kunskap, intuition och kontroller underlättade smärtidentifiering. Bondevik och Nygaard (2005) beskriver i sin tur att det finns speciella checklistor med vars hjälp det går att observera smärta och oro hos medvetlösa eller deliriösa patienter. Med hjälp av dem kan patientens andning, puls, svettning, spända ansiktsuttryck, okontrollerade stönanden eller rop, oro eller spändhet vid tilltal, okontrollerade avvärjningsrörelser, kroppslig oro vid vissa ställningar eller förstärkning av något av dessa vid omvårdnad eller rörelser observeras när det finns misstanke om smärta (a.a.). Många av de angivna observationerna (andning, allmänna tillståndet, temperatur, vakenhetsgrad, beteende, kroppsspråk, aktivitet och ansiktsobservationer) beskrevs också av sjuksköterskorna.

Smärtbehandling vid smärtidentifieringen

Resultatet visade att majoritet av intervjuade gav patienten smärtlindring i samband med

smärtidentifieringen. En del hänvisade till svårigheten att skilja patientens smärta från andra symptom, en del ville försäkra sig att patienten inte behövde lida i onödan. Det sistnämnda kan relateras till preventiv smärtlindring och målet att vara smärtfri, vilket kommer fram bland annat i EOL-teorin (Ruland & Moore, 1998). Enligt SBU (2006 b) och Beck-Friis och Strang (1999) är det viktigt att patienten undersöks väl och att skälet till smärta utreds. Enligt BraVå (2007) innebär bra vård vid smärta att den äldre inte behöver lida av smärta. Socialstyrelsen (2001) skriver att smärtanalysen aldrig bör grundas på ett test utan det kan endast ses som hjälp inför medicinsk behandling. BraVå (2007) skriver att slentrianmässig vid-behovs-smärtlindring inte bör förekomma. Om sådant misstänks bör noggrann smärtanalys genomföras. Smärtans orsak ska identifieras, lokaliseras och bedömas, lindras, utvärderas och behandlingens effekter ska dokumenteras. Äldre ska också erbjudas möjlighet att träffa specialister och all vårdpersonal måste ha grundläggande kunskap om smärta utöver kontinuerlig utbildning. Det ses alltid lika aktuellt med utbildning inom området. Det ska finnas personal med specialistkunskaper på smärta/smärtbehandling utöver riktlinjer för analys, bedömning, behandling och utvärdering av smärta i särskilt och ordinärt boende. Grundsynen bör vara att patientens smärta är verklig. Bondevik och Nygaard (2005) tillägger att det är lika viktigt att ta reda på och behandla smärtorsaken hos äldre än hos yngre patienter. Äldre demenssjuka vid livets slut bör behandlas med analgetika eller sedativa vid misstanke om smärta. Tre fjärdedelar av dem uppges ha smärtor och plågor vid sin sista tid i livet.

Upplevelsen av smärtidentifiering och förbättringsförslag

Det var något överraskande att sjuksköterskor svarade så olika på frågan hur smärtidentifiering fungerar i praktiken. Minoritet svarade att det fungerar bra, vilket kan tolkas som underkänt betyg för symptomkontrollen. Å andra sidan kan resultatet ha påverkats av att deltagargruppen inte var enhetlig utan bestod av deltagare som hade olika tjänstgöringsgrader, erfarenhet, utbildning och att de kom från två olika verksamheter. Men i sin helhet visade resultatet att sjuksköterskorna önskade förbättrat samarbete, riktlinjer, hjälpmedel, information, utbildning, resurser och tid. Avsaknad av riktlinjer inom demensvården har också bekräftats av Socialstyrelsen (2007). Enligt BraVå (2007) förväntas hälso- och sjukvården och socialtjänsten vara av god kvalitet och kravet på detta uppges komma fram i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Samtidigt är det svårt att fråga gravt demenssjuka äldre hur de upplever kvaliteten. Avsaknad av kvalitetskriterier för äldrevården försvårar dessutom jämförelser verksamheter emellan. Kvalitet sägs inom äldrevården innebära att verksamheten fokuserar på den äldre, bygger upp delaktighet, har öppen attityd till förändringar och upprätthåller dialog med ledningen (a.a.). Några sjuksköterskor visade sig sakna dialog utöver utbildning. Enligt BraVå (2007) är kompetensutvecklingen förutsättning för att driva äldrevården framåt. Dessutom bidrar det till att arbetsplatsen uppfattas som attraktiv.

Sjuksköterskornas berättelser kan relateras vidare till Albinsson (2002) som undersökt personalens (baspersonal och enstaka sjuksköterskor) uppfattningar om vården av demenssjuka äldre ur palliativ synvinkel. Resultatet visade att bättre samarbete stod på önskelistan och att ingen var nöjd med samarbetet (a.a.). Detta skiljer sig något från sjuksköterskornas berättelser då några visade sig vara nöjda och andra var mindre nöjda. Det fanns antydning till skillnader verksamheter emellan, men för att kunna säga mera om detta skulle det behövas en jämförande studie. Gemensamt med Albinssons (2002) resultat är dock att både vid deras studie och bland sjuksköterskorna i denna studie förekom önskemål om förbättrat läkarsamarbete och att samarbetet mellan läkare, sjuksköterskor och baspersonal

skulle förbättras. Relateras fynden vidare till BraVås (2007) kvalitetskrav kommer det fram att det är landstinget som ansvarar för läkarinsatserna inom kommunal hälso- och sjukvård. Läkaren ses som ansvarig för att den äldre får kontinuerlig vård. Utöver detta ska läkaren delta i läkemedelsgenomgångar, vårdplanering, närståendeträffar och personalutbildning. Samverkan anges fungera bäst om överenskommelser är skriftliga. Överenskommelser kan innebära till exempel att det finns namngiven läkare som kan träda in vid akuta händelser, dagligen och dygnet runt. Tiden då läkaren medverkar bör vara rimlig och dessutom bör det finnas kontaktmöjlighet med specialistläkare (a.a.). Sjuksköterskor berättade att för dem var läkaren en viktig samarbetspartner vars stöd, intresse och kunskap behövdes. I praktiken är sjuksköterskan beroende av läkarens undersökningar, utredningar, samarbete och tillgänglighet för att kunna hjälpa patienten. Å andra sidan är sjuksköterskan också beroende av personalens kännedom och observationsförmåga av patienten, eftersom sjuksköterskan befinner sig betydligt längre bort från patienten.

Studiens resultat har också gemensamma beröringspunkter med Wallerstedts och Andersheds (2007) studie där sjuksköterskor inom hemsjukvård, kommunal vård och på sjukhus utanför palliativa enheter har intervjuats. Deras studie visade att sjuksköterskor hade höga ambitioner att ge patienter och anhöriga vård av hög kvalitet vid livets slut. Samtidigt fanns det missnöje på grund av otillräckligt samarbete, stöd, tid och resurser.Handledning visade sig vara ovanligt (a.a.). Relateras detta till sjuksköterskornas beskrivningar finns det likheter; även där fanns viljan att göra mera, men också tecken på trötthet. Behovet av handledning togs upp av några deltagare och det fanns önskemål att handledning skulle uppfattas som ett arbete även av andra. Handledning framstår som en arbetsuppgift i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (SOSFS 1995:5) och handledning avser såväl medarbetare, patienter, närstående och studenter. Beck- Friis och Strang (1999) konstaterar att personalen behöver handledning utöver tid och utbildning för att klara av sitt arbete med svårt sjuka patienter. BraVå (2007) ser i sin tur handledning som en nödvändighet. Albinsson (2002) påpekar att goda relationer och teamarbete är centrala när arbetet sker enligt palliativ filosofi. Samma sak kommer fram i EOL-teorins fjärde tes (Ruland & Moore, 1998) där det beskrivs att signifikanta andra ska ges vägledning i praktiska saker och detta kan tolkas som handledning av vårdpersonal och anhöriga.

Enligt BraVå (2007) kvalitetskrav innebär god demensvård tillgång till demenskunnig personal, riktlinjer för vård och behandling, uppmärksammandet och stöd för anhöriga. Det ska finnas en utarbetad vårdfilosofi så att personalen kan bilda gemensam syn om patienten. Det anges finnas behov av utbildningssatsningar och korrekt förhållningssätt. Båda uppges påverka omvårdnadens resultat. Vård vid livets slut innebär att äldre har rätt till god livskvalitet sin sista tid i livet och rätt till värdig död. Patienten bör ges lindrande omvårdnadsåtgärder, medicinskt vård, men rehabiliterande åtgärder avslutas. Personalen behöver något forum där de kan diskutera och reflektera och det ska finnas riktlinjer för arbetet. Att kunna tillgodose äldres och anhörigas behov vid livets slut kräver med andra ord mycket från personalen. Men det krävs också samarbete mellan olika vårdnivåer (a.a.).

Enligt Gurner och Thorslund (2003) saknar lagen en närmare precisering vad god vård innebär i detalj. Det saknas precisering vilka behov som får mindre uppmärksamhet vid begränsad ekonomi. Öppna diskussioner om ekonomiska begränsningar förekommer sällan i kommunerna eller centralt trots att möjligheten att behandla stort antal patienter inte stämmer överens med de befintliga resurserna. Parallellt anges vårdtyngden på de särskilda boendena ha ökat liksom mängden av demenssjuka patienter. Det saknas anställda med adekvat utbildning och det saknas geriatriker i särskilda boenden trots att det gynnar patienten att bli

vårdad i speciella enheter och trots att vårdberoende och demenssjuka äldre bör prioriteras. Större vårdtyngd och ökade medicinska krav ställer krav på medicinsk kompetens och bemanning. Trots detta har läkarnas engagemang inte ökat i samma omfattning som äldres behov. Flera studier uppger ha visat att det finns obalans mellan primärvårdens insatser och tillgänglighet som erbjuds för kroniskt sjuka äldre. För att uppfylla dessa mål som beskrivs i lagstiftning, verksamhetsbeskrivningar och övriga överenskommelser i kommuner och landsting behövs det fungerande vårdkedjor. Det behövs också riktlinjer så att äldre inte hamnar mellan stolarna i verksamheter där ekonomin och regler styr (a.a.). Utöver detta skulle det behövas tydligare lagstiftning som reglerar bemanningen – i dag saknas sådant (författarens egen anmärkning). När allt detta relateras till sjuksköterskornas berättelser kommer det fram flera likheter: önskemål om bättre samarbete, gemensamma riktlinjer, rutiner, utbildning och resurser.

Wallerstedt och Andershed (2007) studie har visat att sjuksköterskor upplevde mera tillfredsställelse i sitt arbete när kontakter med patienter, anhöriga, kolleger fungerade och när det fanns kunskap, erfarenhet och möjlighet att växa personligt (a.a.). Detta gäller troligtvis all personal oavsett yrkeskategori.

SBU (2006 a) rapporterar på basis av undersökningar att det finns en demenssjuksköterska per 750 patienter när kommuners och landstingets tal slås ihop. Drygt 30 procent kommuner/kommundelar uppger ha någon typ av informationsöverföring mellan kommun och landstinget och vid 75 procent förekommer skriftligt avtal med läkare i särskilt boende. Vid hälften av kommuner/kommundelar förekom regelbundna läkemedelsgenomgångar på boenden. Hos 25 procent fanns det en plan för demensvården på politisk nivå. Sjuttiofyra procent av kommuner/kommundelar hade konkreta planer för demensvårdens utveckling. Enligt hänvisning till Sveriges Kommuner och Landsting hade 60 procent av vårdbiträden och undersköterskor fullgod utbildning inom ämnet demens. Fortbildning för personalen sägs ha förekommit i någon form vid 78 procent av kommuner/kommundelar. Tio procent av kommuner/kommundelar hade professionell handledning och vid 27 procent förekom viss handledning - vid behov eller vid särskilda problem. Granskning som gjorts inom Stockholms Stad (2006 b) visade att det fanns två sjuksköterskor på elva verksamheter med vidareutbildning i ämnet smärta. Forskningsrapporter har visat att demenssjuka äldre har fått mindre uppmärksamhet (Socialstyrelsen, 2004) och mindre smärtlindring än kommunikativa äldre (Nygaard & Jarland, 2005; Mäntyselkä et al., 2004 och Socialstyrelsen, 2004).

End-of-Life teorin (Ruland & Moore, 1998), palliativ vårdfilosofi (Albinsson, 2002 och Beck-Friis och Strang, 1999) och kvalitetetskrav (BraVå, 2007) kan hjälpa till att tydliggöra mål för vården av demenssjuka. Men dessa mål måste vara förankrade både vertikalt och horisontellt inom vårdens aktörer och hos beslutsfattarna för att de ska komma till nytta för patienterna. Samtliga modeller tar fasta på att vården vid livets slut bör fokuseras på symptomkontroll, goda relationer, samarbete och omhändertagandet av patient, anhöriga och personal i en respektfull och inbjudande atmosfär. Beck-Friis och Strang (1999) beskriver att den palliativa vården har ett syfte att lindra. Demenssjukdomen saknar bot och därför bör demensvården ses som ett palliativt fält. Det innebär att vården inte är kurativ, men den ska ändå vara aktiv, vilket innebär att den demenssjukas liv förbättras även vid livets slut. Målet med palliativ vård är att ge livskvalitet, vårda och förstå tecken som kan tyda på smärta och oro. Speciellt hos dem som inte kan förstå eller förmedla det själv. Den främsta uppgiften anges vara att bemöta patienten med empati, leva sig in i patientens situation, ta emot och möta den sjuke med värme. Utöver detta rekommenderas tre följande saker: att lyssna, hjälpa och stanna.

SLUTSATS

Studien visade att kommunikation och samarbete var centrala fenomen vid sjuksköterskans smärtidentifiering hos avancerat demenssjuka äldre. Deltagarna upplevde att det fanns behov av bättre samordning, vilket också får stöd av teorin. Resultatet tyder på att det återstår mycket arbete innan symptomkontrollen hos avancerat demenssjuka äldre kan betraktas ske enligt de mått som gäller för palliativ vård.

Förslag för fortsatta studier

Den aktuella studien väckte många frågor. Några förslag för fortsatta studier vore att undersöka hur stora skillnader det förekommer vid smärtbedömningar hos sjuksköterskor med olika erfarenhet och utbildning? Hur stora skillnader det förekommer mellan olika verksamheter? Vad får eventuella skillnader för konsekvenser för patienten? Hur utbredda är testbehandlingar med analgetika? Vilka preparat används? Kan det finnas samband mellan testbehandlingar och hur bemanningen ser ut? Hur väl stämmer patienternas smärtsamma tillstånd och läkemedelslistorna överens? Och slutligen - hur mycket kan sjuksköterskan påverka när äldrevårdens insatser planeras?

Slutord

Jag vill tacka djupast alla intervjupersoner som bidragit med sina berättelser, min handledare och alla andra som gjort det möjligt att genomföra studien. Arbetet är ägnat åt Nils minne – en av mina före detta Alzheimers patienter.

Referenser

- Albinsson, L. (2002). *Palliativ vårdfilosofi inom demensvården A palliative Approach to Dementia Care - Leadership and organisation, existential issues and family support*. Svensk sammanfattning av doktorsavhandlingen, Uppsala Universitet.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (1999). *Palliativ medicin*. Andra upplagan, Liber AB.
- Berg, I., & Sjöström, B. (1999). A comparative study of nurses' and elderly patient's ratings of pain and pain tolerance. *Journal of Gerontological Nursing*, 5, 30-36.
- Bergh, I., Sjöström, B., Odén, A., & Steen, B. (2000). An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging clinical and experimental research*, 12, (5), 380-387.
- Bergh, I., Sjöström, B., Odén, A., & Steen, B. (2001). Assessing pain and pain relief in geriatric patients with non-pathological fractures with different rating scales. *Aging clinical and experimental research*, (Milano), 13, (5), 355-361.
- Blomqvist, K. (2002). *Everyday living with persistent pain in old age. Pain and its alleviation as perceived by functionally dependent older persons and by staff*. Sammanfattning av doktorsavhandlingen, Department of Nursing, Lund University.
- Blomqvist, K., & Hallberg, I. R. (2001). Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies*. 38, (3), 305-318.
- Bondevik, M., & Nygaard, H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Bruce, A., & Ferrell, M. D. (1995). Diagnosis and treatment Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*. 123, (9), 681-687.
- Chibnall, J. T., & Tait, R. C. (2001). Pain assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. 92, (1-2), 173-86.
- Cipher, D. J., Clifford, A., & Roper, K. D. (2006). Behavioural manifestations of pain in demented elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 (6), 355-365.
- Closs, S. J., Cash, K., Barr, B., & Briggs, M. (2004). Cues for the identification of pain in nursing home residents. *International Journal of Nursing Studies*. 42, (1), 3-12.
- Closs, S. J., Phil, M., Barr, B., Briggs, M., Cash, K., & Seers, K. (2004). A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *Journal of Pain and Symptom Management*. 27, (3), 196-205.
- Closs, J., Barr, B., & Briggs, M. (2006). Reporting of painful conditions in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 15, (9), 1203-1205.

- Cole, L. J., Farrell, M., J., Duff, E. P., Barber, J. B., Egan, G. F., & Gibson, S. J. (2006). Pain sensitivity and Fmri pain-related brain activity in Alzheimers disease. *Brain*. 129, (11), 2957-2965. doi:10.1093/brain/aw1228 <http://brain.oxfordjournals.org/misc/terms.shtml>
- Cormack, D. (2000). *The research process in nursing*. 4th edition, Blackwell Science Ltd, a Blackwell Publishing Company.
- Decker, S. A., & Perry, A. G. (2003). The development and testing of the Patchoa to assess pain in confused older adults. *Pain Management Nursing*. 4, (2), 77-86.
- DeMarinis, V. (1998). *Tvärkulturell vård i livets slutskede. Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient problems, needs and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis*. 10, (2), 65-76.
- Epps, C. D. (2002). Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia (CE). *Geriatric Nursing*. 22, (2), 71-78.
- Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden. (2003). *Vård i Norden*. Årgång 23, 4, nr 70. <http://www.codex.vr.se/oversikter/etik/yrkesetik.html>
- Ferrell, B. A. (1995). Pain evaluation and management in the nursing home. *Annals of Internal Medicine*. 123, (9), 681-687.
- Fox, P. L., Raina, P., & Jadad, A. R. (1999). Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. 9, 160-163.
- Fries, B. E., Simon, S. E., Morris, J. N., Flodstrom, C., & Bookstein, F. L. (2001). Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *The gerontologist*: 41, (2), 173-179.
- Föreningen BraVå (BraVå). (2007). *BraVå Bra vård för äldre Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*. September 2007. Långversion. <http://www.bravard.nu>
- Gulmann, N. C. (red.). (2003). *Gerontopsykiatri*. Lund: Studentlitteratur.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre Om nödvändigheten av samordning*. Falun: Natur och Kultur.
- Haegerstam, G. (2007). *Smärta hos äldre*. Lund: Studentlitteratur.
- Helsingforsdeklarationen. (2004). *The Declaration of Helsinki (Document 17.C) official policy document of the World Medical Association, the global representative body for physicians, 9.10.2004*. <http://www.codex.vr.se/oversikter/medicin/medicin.html>
- Herr, K. A., Spratt, K., Mobily, P., & Richardson, G. (2004). Pain intensity assessment in older adults: use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*. 20, (4), 207-219.

- Holme, M. I., & Solvang, B. K. (2006). *Forskningsmetodik Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2. upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- International Association for the Study of Pain (IASP), Edited by Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *IASP Task force on taxonomy, classification of chronic pain*. Second Edition, Seattle, pp. 209-214.
- Jakobsson, U. (2003). *Chronic pain and quality of life among older people*. Doctoral thesis, Department of Nursing, Lund University.
- Jakobsson, U., Klevsgård, R., Westergren, A., & Hallberg, I. R. (2003). Old people in pain: a comparative study. *Journal of Pain Symptom Management*. 26, (1), 625-36.
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A., (2007). Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Journal of Clinical Nursing*. 16, (3A), 95-104.
- Jordan, A. I., Regnard, C. & Hughes, J. C. (2007). Hidden pain or hidden evidence? *Journal of Pain and Symptom Management*. 33, (6), 658-660.
- Kaasalainen, S., & Crook, J. (2004). An exploration of seniors ability to report pain. *Journal of Clinical Nursing Research*. 13, (3), 199-215.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Leong, I. Y., & Nuo, T. H. (2007). Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *Clinical Journal of Pain*. 23, (2), 119-127.
- Luekenotte, A. G. (2000). *Gerotologic Nursing*. 2.ed. with 121 illustrations. Missouri, U.S.A. Mosby.
- McClellan, J. W., & Higginbotham, H.N. (2002). Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *EMJA, The Medical Journal of Australia*. 177, (1), 17-20. (ISSN: 0025-729X <http://www.mja.com.au>)
- Medicinska forskningsrådet. (1996). *Riktlinjer för god medicinsk forskning*. <http://www.codex.vr.se/texts/MFR96.htm>
- Mentes, J. C., Teer, J., & Cadogan, M. P. (2004). The pain experience of cognitively impaired nursing home residents: Perceptions of family members and certified nursing assistants. *Pain Management Nursing*. 5, (3), 118-125.
- Murdoch, J., & Larsen, D. (2004). Assessing pain in cognitively impaired older adults. *Nursing Standard*. 18, (38), 33-39.
- Mäntyselkä, P., Hartikainen, S., Louhivuori-Laako, K., & Sulkava, R. (2004). Effects of dementia on perceived daily pain in home-dwelling elderly people: a population based study. *Age and ageing*. 33, (5), 496-499.

- Nemeth, K. A., Harrisson, M. B., Graham, I. D., & Burke, S. (2004). Understanding venous leg ulcer pain: results of a longitudinal study. *OstomyWoundManagement*. 50, (1), 34-36.
- Nygaard, H. A., & Jarland, M. (2005). Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20, (8), 730-737.
- Patel, R., & Davidson, B. (2007). *Forskningsmetodikens grunder Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pautex, S., Michon, A., Guedira, M., Emond, H., Le Lous, P., Samaras, D., Michel, J.-P., Herrmann, F., Giannakopoulos, P., & Gold, G. (2006). Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *Journal of the American Geriatrics Society*. 54, (7), 1040-1045.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research Principles and Methods*. Sixth edition. U.S.A.. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Rodriquez, C. S. (2001). Pain measurement in the elderly: A review. *Pain Management Nursing*. 2, (2), 38-46.
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46, 169-175.
- Scherder, E. J., Slaets, J., Deijen, J. B., Gorter, Y., Ooms, M. E., Ribbe, M., Vuijk, P. J., Feldt, K., van de Valk, M., Bouma, A., & Sergeant, J. A. (2003). Pain assessment in patients with possible vascular dementia. *Psychiatry*. 66, (2), 133-45.
- Scott, H. (2004). Dame Cicely Saunders has demonstrated nursing value. *British Journal of Nursing*. 13, (11), 641.
- Sengstaken, E. A. & King, S. A. (1993). The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *Journal of the American Geriatric Society*. 41, (5), 541-544.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Författningshandbok 2007 för personal inom hälso- och sjukvård. Sammanställd av G. Raadu, Liber.
- SFS 1998: 531. *Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)*. Författningshandbok 2007 för personal inom hälso- och sjukvård. Sammanställd av G. Raadu, Liber, 2007.
- Socialstyrelsen. (2001). *Smärtbehandling i livets slutskede*. ISBN 91-7201-501-2, Artikelnr 2001-110-6, februari. Lindköpings Tryckeri AB.
- Socialstyrelsen. (2004). *God vård i livets slut En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Lindesberg: Bergslagens Grafiska AB.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för demenssjukvård*. Uppdaterad 12. november 2007. <http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso-sjuk/riktlinjer+demens.htm>

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Författningshandbok 2007 för personal inom hälso- och sjukvård. Sammanställd av G. Raadu, Liber, 2007.

SOSFS 1995:5. *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*, särskild skrift i serien Allmänna råd från Socialstyrelsen (Detta är en komplettering av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1995:15) om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Författningshandbok 2007 för personal inom hälso- och sjukvård. Sammanställd av G. Raadu, Liber, 2007).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2003). *Geriatric care and treatment A systematic compilation of existing scientific literature*. April 2003. <http://www.sbu.se> (För att komma åt dokumentet gör sökning enligt följande på hemsidans högra fält: skriv "geriatric care", välj "alla kategorier" och sök. Upprepa sökordet "geriatric care" på nästa sida, begränsa sökning till åren från 2003 till 2003, kryssa för "PDFer", "endast hela ord" och sök igen. Välj sida nr 2 och dokument "geriatric_care_treatment.pdf").

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006 a). *Sammanfattning av SBU:s rapport om: Demenssjukdomar En systematisk litteraturöversikt*. Mars 2006. http://www.sbu.se/Demens_sammanfattning.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006 b). *Metoder för behandling av långvarig smärta En systematisk litteraturöversikt*. ISBN 91-85413-08-9, 91-85413-09-7, ISSN: 1400-1403. Rapport nr: 2, volymer 177/1+2, utgivningsår 2006 april.

Stockholms Stad. (2006 a). *Rapport om den kommunala hälso- och sjukvården år 2006 vid vård- och omsorgsboenden inom Katarina-Sofia stadsdelsområde*. Protokoll från sammanträdet på Södermalms Stadsdelsnämnd 2007-06-14, se under § 16; tjänsteutlåtande. www.insyn.stockholm.se/insynTransFrameMainWd.asp?id=39&nodeid=228633

Stockholms Stad. (2006 b). *Rapport om den kommunala hälso- och sjukvården vid vård- och omsorgsboenden inom Maria-Gamla stans stadsdelsområde*. Protokoll från sammanträdet på Södermalms Stadsdelsnämnd 2007-06-14, se under § 17; tjänsteutlåtande. www.insyn.stockholm.se/insynTransFrameMainWd.asp?id=39&nodeid=228633

Strang, P. (1999). *Symptomlindring vid cancer – en vägledning*. Palliativa forskningsenheten. Vrinnevisjukhuset, Norrköping: Pharmacia & Upjohn AB.

Strang, P. (2006). Smärta och demens. *Nordisk geriatric*. Nr 6, 24-27.

Taylor, L. J., & Herr, K. (2002). Evaluation of the faces pain scale with the minority older adults, *Journal of Gerontological Nursing*. 28, (4), 15-23.

Tenerstedt, B.-M.. (1998). *Livet pågår! Om vård av döende*. FoU 53, första upplagan, Vårdförbundet.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. U.S.A.: Mosby.

Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring*

Sciences. 21; pp. 32-40.

Werner, M., & Strang, P. (2003). *Smärta och smärtbehandling*. Första upplagan, Falköping: Liber.

Willman, A., & Stoltz, P. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Zwakhaleh, S. M.G., Hamers, J. P. H., Abu-Saad, H. H., & Berger, M. P. F. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC (BioMed Central) Geriatrics*. 6, (3), 15.

FRÅGEGUIDE FÖR INTERVJUER

ALLMÄNNA FRÅGOR

Ange vilket år är du född

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?

Hur länge har du arbetat med demenssjuka äldre?

Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?

Vilken typ av tjänstgöring har du: tillsvidare, tim- eller visstids vikariat?

Har du specialiserat dig på något område? Ange vilket.

Senaste utbildning som anordnades av arbetsgivaren och som du deltog i?

ÄMNESSPECIFIKA FRÅGOR

Berätta utförligt hur du identifierar smärta hos en gravt demenssjuk patient som har svårt att uttrycka sig verbalt.

Finns det något som underlättar din smärtidentifiering?

Finns det något som försvårar din smärtidentifiering?

Hur upplever du att det fungerar?

Hur skulle du vilja att det fungerar?

STÖD- OCH AVSLUTNINGS FRÅGOR

Finns det något annat du vill tillägga?

Hur upplevde du intervjun?

Får jag återkomma via telefon om något vore oklart i senare skede när intervjuer skrivs ut?

INFORMATION OM STUDIEN - VERKSAMHETSCHEFER

**ÄR NI INTRESSERADE ATT DELTA I PROJEKTET SMÄRTIDENTIFIERING
HOS GRAVT DEMENSSJUKA ÄLDRE?****Att**

Verksamhetschefer

XXXXX, XXXXXX äldreboende,

XXXXX, XXXXX äldreboende,

XXXXX, XXXXX äldreboende,

Avsändare

Minna Rantakari, nattsjuksköterska XXXXX äldreboende och breddmagisterstudent med inriktning äldre, Hälsohögskolan i Jönköping, Gerontologiska Institutet

Beskrivning av projektetSammanfattning

Det kliniska vårdarbetet präglas ofta av komplexa miljöer och situationer. Sjuksköterskans insatser hos äldre består ofta av s.k. punktinsatser och sker under relativt kort tid. Därmed blir man mer eller mindre beroende av vårdpersonalens observationer av patienten. Kännedom om patienten och kunskap om demenssjukdomar är viktiga ingredienser när det gäller identifiering av smärts beteenden. Enligt rapporter förekommer det brister vid dementa äldres smärthantering (v.s.g se referenslista om ämnet). Många studier är utländska och det saknas studier från gruppboenden varvid det vore spännande att få undersöka ämnet på hemmaplan via intervjuer hos sjuksköterskor. Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskan identifierar demenssjuka äldres smärts beteenden. Förhoppningen är att detta arbete kunde komma till nytta i praktiken och bidra till fortsatt utveckling inom det komplicerade området.

Deltagandet till studien är frivilligt och anonymt. Undersökningen *lämpar sig inte i fall Era verksamheter har planerat in smärtkurser för sjuksköterskor under februari – maj 2007*. För att kunna genomföra undersökningen behövs det totalt mellan nio till 14 sjuksköterskor som är intresserade att bli intervjuade. Intervjutiden blir omkring en timme. Hälften av intervjuerna kommer att ske i testsyfte och hälften av dem ska ingå i projektets resultatredovisning. Testerna är tänkta att göras på en enhet och själva intervjuerna som ingår i resultatet i en annan verksamhet preliminärt under mars månad. Projektet beräknas vara klart till 2007-05-31. Spridningen av resultat kunde därmed ske tidigast under hösten 2007 vid - för Er lämpligt tidpunkt - i era verksamheter. Var vänlig och observera att projektet sker i samband med en magisteruppsats och ses därmed som ett inläringstillfälle även för undertecknad.

I fall Ni har intresse för deltagandet och/eller önskar få ytterligare information är ni välkomna att kontakta undertecknad via mail xxxxxx eller telefon xxx-xx xx xx. Var vänlig och lämna in intresseanmälan senast den 28 februari 2007.

Med vänlig hälsning,

Minna Rantakari

Referenser

- Chibnall, J. T., Tait, R. C., Harman, B., & Luebbert, R. A. (2005). Effect of Acetaminophen on behaviour, well-being, and psychotropic medication use in nursing home residents with moderate-to-severe dementia. *Journal of American Geriatric Society*. 53, 1921-1929.
- Defrin, R., Lotan, M., & Pick, C. G. (2006). The evaluation of acute pain in individuals with cognitive impairment: a differential effect of the lever of impairment. *Pain*. 124, (3), 312-320.
- Feldt, K. S., & Gunderson, J. (2002). Treatment of pain for older hip fracture patients across settings. *Ortopaedic Nursing*. 21, (5), 63-64, 66-71.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient problems, needs and nursing diagnoses in Swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis*. 10, (2), 65-76.
- Herr, K. (2002). Chronic pain: challenges and assessment strategies. *Journal of Gerontological Nursing*. 28, (1), 20-27, 54-55.
- Higgins, I., Madjar, I., & Walton, J. A. (2004). Chronic pain in elderly nursing home residents: need for nursing leadership. *Journal of nursing management*. 12, (3), 167-173.
- Kamel, H. K., Phlavan, M., Malegoudarzi, B., Gogel, P., & Morley, J. E. (2001). Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *Journal of Pain Symptom Management*. 21, (6), 450-455.
- Morrison, R. S., & Siu, A. L. (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hipfracture. *Journal of Pain and Symptom Management*. 19, (4), 240-248.
- Socialstyrelsen. (2004). *Kompetensförsörjning inom vård och omsorg av äldre och funktionshindrade, Del I – överbäganden och bedömningar, Del II – Faktagrund och beräkningar*, uppdaterad version 2004-06-06
www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1675/2003-131-22+Sammanfattning.htm
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2003). *Geriatric care and treatment A systematic compilation of existing scientific literature*, april, 2003. www.sbu.se/geriatric_care%20_Treatment.pdf (v.s.g. se referenslistan för att komma åt dokumentet).
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006 A). *Sammanfattning av SBU.s rapport om: Demenssjukdomar En systematisk litteraturöversikt*, mars 2006, http://www.sbu.se/Demens_sammanfattning.pdf
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2006 B). *Demens – se människan bakom sjukdomen*. <http://www.sbu.se/www/index.asp>
- Strang, P. (2006) Smärta och demens, *Nordisk geriatrik*, 6, 24-27.
- Taylor, L. J., & Herr, K. (2003). Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults. *Pain Management Nursing*. 4, (2), 87-95.

INFORMATION OM STUDIEN – INTERVJUPERSONER

INFORMATION INFÖR INTERVJU UNDERSÖKNINGEN

I min avslutningsuppsats i ” Breddmagisterutbildning med inriktning äldre” 20-40 p har jag valt att undersöka hur sjuksköterskor går tillväga när de ska identifiera smärta hos demenssjuka äldre.

För att belysa ämnet närmare har jag valt att göra intervjuer som spelas in på band. Intervjun beräknas ta omkring en timme. Det är frivilligt att delta. Allt du berättar är konfidentiellt och anonymt. Du kan när som helst och utan att ange något skäl avbryta din medverkan. Det kommer inte att vara möjligt att identifiera en enskild person. Tillstånd för undersökningen har hämtats från verksamhetschefen i förväg. Vid senare skede ska intervjuerna skrivas ut och analyseras.

Efteråt kommer det inspelade materialet förstöras. Ett önskemål från min sida vore att ni inte diskuterar intervjufrågorna med varandra innan alla intervjuer är genomförda d.v.s. under mars-april månad.

För att kunna genomföra undersökningen behövs det totalt mellan nio till 14 sjuksköterskor som är intresserade att bli intervjuade. Preliminärt är det tänkt att hälften av intervjuerna ska ske i testsyfte och hälften av dem ska ingå i projektets resultatredovisning. Intervjuer kommer att ske under mars och projektet beräknas vara klart preliminärt till 2007-05-31. Spridningen av resultat kunde ske tidigast under hösten 2007 beroende på hur det passar in för övrig verksamhet.

För att få fram ett adekvat resultat är det viktigt att du vill medverka. I fall du har frågor och funderingar kring detta är du välkommen att kontakta mig via e-mail eller telefon.

När jag fått klart om Xxxxx och Xxxxx vill medverka eller inte (ska ge besked senast 28. februari -07) kommer jag att kontakta dig. Då kan jag även svara på eventuella frågor och vi ska boka tid till intervjun. Jag kommer även att behöva en namnteckning av dig inför intervjun för att bevisa att du deltar frivilligt.

Tack på förhand att du ställer upp och ger lite av din tid för detta!

Med vänlig hälsning,
Minna Rantakari
Nattsyster, Xxxxxx äldreboende

e-mail: xxxxxxxxx
mobil: xxx-xxxxxx
Hem: xx-xxxxxx

P.S. Detta är ingen kunskapstest – syftet är snarare att komma åt sjuksköterskans ”tysta kunskap” och försöka lära från varandra.

MEDGIVANDE FÖR STUDIEN – SJUKSKÖTERS KOR

INFORMATION INFÖR INTERVJU UNDERSÖKNINGEN

I min avslutningsuppsats har jag valt att undersöka hur sjuksköterskor går tillväga när de ska identifiera smärta hos demenssjuka äldre. För att undersöka ämnet närmare har jag valt att göra intervjuer på kommunala gruppboenden. Intervjuer ska spelas in på band och beräknas ta omkring en timme. Vid senare skede ska intervjuerna skrivas ut och analyseras. Efteråt kommer det inspelade materialet förstöras. Deltagandet är frivilligt och allt du berättar är konfidentiellt och anonymt. Det kommer inte att vara möjligt att identifiera en enskild person. Du kan när som helst och utan att ange något skäl avbryta din medverkan. För att bevisa att du deltar frivilligt och tillåter bandinspelning behöver jag din namnskrift (längs ned i detta dokument).

Studien beräknas vara klart preliminärt till maj 2007. Spridningen av resultat kommer att ske tidigast under hösten 2007 vid de deltagande verksamheterna. Tillstånd för undersökningen har hämtats från verksamhetschefer i förväg. Ett önskemål från min sida vore att du inte diskuterar intervjufrågorna med dina arbetskamrater innan alla intervjuer är genomförda d.v.s. under mars-april månad.

Med vänlig hälsning,
Minna Rantakari
nattsjuksköterska Xxxxxx äldreboende och
student, Hälsöhögskolan Jönköping,
Breddmagisterprogrammet i Gerontologiska Institutet
2007-02-15

Deltagandet sker frivilligt och jag ger min tillåtelse att intervjun spelas in på band

Namnteckning

Datum