



Sahlgrenska Akademin
Vid Göteborgs Universitet

God kund

2005-05-11

Marianne Gustafsson

Det gör ont...

**Effekter av ett systematiskt kvalitetsarbete
inom smärtomhändertagandet av äldre patienter
ur vårdpersonalens perspektiv**

FÖRFATTARE Karin Särnwald

KURS Omvårdnad självständigt
arbete II
VT 2005

OMFATTNING 10 p

HANDLEDARE Helle Wijk

EXAMINATOR Marianne Gustafsson

Titel (svensk)	Det gör ont... Effekter av ett systematiskt kvalitetsarbete inom smärtomhändertagandet av äldre patienter ur vårdpersonalens perspektiv.
Titel (engelsk)	It hurts... Effects of quality assurance of pain management for elderly patients from the staffs' point of view
Arbetets art	Omvårdnad – Självständigt arbete II
Arbetets omfattning	10 poäng
Sidantal	23 sidor
Författare	Karin Särnwald
Handledare	Helle Wijk

ABSTRAKT

Smärta är ett vanligt problem hos äldre och vårdpersonalens attityder till smärtomhändertagandet och det sätt på vilket det utförs, kan få betydelse för den äldres funktion i det dagliga livet. Syftet med studien var att utvärdera effekterna av ett långsiktigt systematiskt kvalitetsarbete inom smärtomhändertagandet vid en geriatrisk klinik ur personalens synvinkel. Kvalitetsarbetet har strukturerats kring en strategisk tvärprofessionell grupp med ansvar för utveckling och framtagandet av riktlinjer. Dessa implementeras av en verkställande grupp bestående av sjuksköterskor och undersköterskor från samtliga avdelningar. Den verkställande gruppen ansvarar även för kvalitetsgranskningen av smärtomhändertagandet på respektive avdelning. En strukturerad enkät kartlade hur man som patientnära personal såg på smärtomhändertagandet inom verksamheten, vid uppstarten av arbetet 1998, och en uppföljande utvärdering gjordes våren 2004. Resultatet visade att personalen upplevde förbättringar inom flera aspekter av smärtomhändertagandet såsom bättre smärtlindrade patienter, ökad tillgång på icke farmakologiska behandlingsmetoder, och ökad kunskap om den kompetens som finns att tillgå inom verksamheten. Teamsamarbetet hade ökat i smärtomhändertagandet och riktlinjerna var väl kända. Utvärderingen visade även att flera förbättringsområden återstod såsom behov av mer kunskap och utbildning, att tydligare se sin roll i smärtomhändertagandet och behov av kontinuerliga smärtbedömningar. Det systematiska och strukturerade kvalitetsarbetet har ur personalens synvinkel inneburit att teamsamarbetet har ökat i smärtomhändertagandet och att patienterna får en mer adekvat smärtlindring, än vid arbetets start.

Nyckelord: pain, elderly, quality assurance, team work

ABSTRACT

Pain is a common problem among elderly patients. Staff attitude to pain management and its implementation may be of great importance for the older persons ability to perform activities of daily living. The aim of this study was to, from a staff point of view, evaluate the effect of strategic and evidence based methods of pain management in a geriatric department. A strategic multidisciplinary team, responsible for the development of pain management guidelines, planned the quality improvements. An executive group consisting of registered nurses and nurse aids from all wardunits implemented the guidelines. A structured questionnaire considering the staffs' point of view of the pain management at the clinic was distributed to all personnel who worked close to the patients, at the start 1998, and was repeated in 2004. Comparing the results from the two questionnaires showed that the staff experienced improvements in several areas of pain management such as; better pain relief, increased availability of non-pharmacological pain treatment, and a greater knowledge of the pain competence available within the clinic. Improved teamwork and well-established guidelines were also seen as a result of the project. The results also revealed several areas that still required improvement, such as a need for more knowledge and education in the field of pain, in order to be more sure of ones specific role in pain management, and a need for the use of continuous pain assessments. The systematic and structured quality improvement in pain management has from the staffs' point of view, led to a higher degree of team work and a more adequate pain treatment for the patient.

Nyckelord: pain, elderly, quality assurance, team work

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Omfattning och inriktning	1
Vilken relevans har problemet	2
OMVÅRDNADSTEORI	2
Lydia Hall	2
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
METOD	4
RESULTAT	5
Får patienten adekvat smärtlindring?	6
Har du genomgått någon utbildning inom området smärta?	7
Anser du din kompetens tillräcklig?	7
Arbetar teamet för ett gemensamt smärtomhändertagande?	8
Finns kunnig personal att konsultera vid smärtproblematik?	9
Finns det tillgång till smärtenheter inom SU?	10
Kan vi erbjuda olika behandlingsmetoder?	11
Finns det rutiner för bedömning och behandling inom vår verksamhet?	12
Ingår smärtlindrande åtgärder i dina arbetsuppgifter?	13
Utförs kontinuerliga smärtbedömningar?	14
Brukar rapporteringar om en patients smärta leda till åtgärder?	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
Smärtbehandling och teamsamarbete	18
Kompetens	18
Struktur	19
Smärtlindrande åtgärder och smärtbedömningar	20
KONKLUSION	21
REFERENSER	21
<u>BILAGOR</u>	
1	FÖRFATTARHÄNVISNINGAR
2	SMÄRTENKÄT GERIATRISKA KLINIKEN SAHLGRENSKA

INLEDNING

Geriatrisk Sahlgrenska bedriver medicinsk specialistsjukvård för äldre somatiskt sjuka samt forskning och utveckling med anknytning till klinisk sjukvård. Inom verksamheten arbetar vi problemorienterat till skillnad från diagnosorienterat och har valt att prioritera utvecklingen inom sex ansvarsområden, ett av dem är smärta. I mitt arbete som specialistsjuksköterska inom verksamheten är jag biträdande processägare i smärtgruppen och har varit med i arbetet sedan starten 1998. Rollen som biträdande processägare innebär i korthet ett tredelat ansvar nämligen både att arbeta strategiskt och visionärt med utveckling av problemområdet, att leda det verkställande arbetet med att implementera framtagna riktlinjer för den aktuella processen, samt att utgöra förbindelselänken mellan det strategiska och verkställande arbetet. Geriatrisk Sahlgrenska har sedan 1998 arbetat strukturerat med verksamhetsutveckling och erhållit för detta arbete utmärkelsen svensk Hälso- och sjukvård 2003 av Landstingsförbundet.

BAKGRUND

Bristande kunskap om smärtbedömning och smärtbehandling bland vårdpersonal, samt myter och missuppfattningar rörande smärta kan leda till att en otillräcklig smärtlindring ges (1). Forskning har visat att sjuksköterskor (2,3) och läkare inom slutenvård såväl överskattar låga smärtnivåer som underskattar höga smärtnivåer hos patienterna (3) samt att personal på äldreboenden undervärderar smärta med risk för att patient med daglig värk förblir obehandlad (4). Äldre har ofta svårt att förmedla sin smärta av olika skäl såsom viljan till att inte vara till besvär (5-7), kognitiv nedsättning eller svårigheter att kommunicera smärtan, vilket kan leda till att ingen smärtbedömning blir gjord (4,5,7). För äldre personer får smärtan ofta omfattande konsekvenser såsom svårigheter att förflytta sig, att klara sina dagliga aktiviteter, trötthet, sömnsvårigheter, nedstämdhet (5,8,9) nedsatt aptit (5) och nedsatt livskvalitet (8,9). Brister i behandlingen av smärta kan också leda till försenad återhämtning från akut sjukdom och att en tidig rehabilitering försvåras (10).

Omfattning och inriktning

Äldrebefolkningsutvecklingen visar tydligt att vi både blir fler äldre och uppnår högre åldrar (11). Samtidigt är det väl känt att smärta är ett vanligt problem hos äldre (4,8,12-14) och att orsaken många gånger är komplex (8, 9,15). Då man kan förvänta sig att smärtproblematik hos äldre kommer att vara ett fortsatt problem, är det angeläget att sjukvården utvecklar sitt smärtomhändertagande (16,17). Sjukvårdspersonalens omhändertagande och deras attityder har en stor betydelse för smärtlindringens effekt och för uppmärksamheten på biverkningar av analgetika (18,19). Av det skälet är det därför viktigt att den äldres smärta systematiskt bedöms och att behandling följs upp och utvärderas (8,9,12,14,19).

Studier visar att äldre även trots mild till måttlig kognitiv nedsatt förmåga kan klara en skattningsskala som mäter smärtintensiteten, men för att finna en skattningsskala som den äldre klarar av att använda bör olika skalor testas och provas ut individuellt (12,14). För att kunna höja kompetensen och genom detta öka kvaliteten på smärtbedömningen, behövs en ökad medvetenhet om de strategier sjuksköterskor och läkare använder. Det är angeläget att försöka förstå och tolka patientens egen upplevelse av situationen (20)

för att förstå den enskildes behov, måste smärtan ses utifrån ett helhetsperspektiv innefattande fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter (1,16,21).

Teamsamarbete är nödvändigt för att greppa de olika dimensionerna av smärtan (16) och för att se hur närbesläktade faktorer som nedsatt rörelse/ADL -förmåga, trötthet, sömnsvårigheter och nedstämdhet/depression påverkar den äldres livskvalitet (8,9). För att nå ett optimalt smärtomhändertagande krävs att både farmakologisk och icke farmakologisk behandling beaktas (16,19,22) samt att kunskap förmedlas via utbildning i smärtbedömning, farmakologiska och icke farmakologiska metoder (16,19). Vidare behövs att en förbättrad kunskap och information om olika behandlingsmetoder ges till patienter och anhöriga (22) och att personalen har förmåga att introducera nya metoder till den äldre (19).

Vilken relevans har problemet?

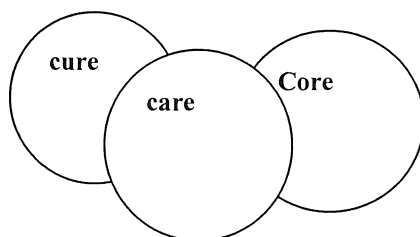
Sjuksköterskan är skyldig att följa forskningen inom omvårdnad och förmedla nya rön. Detta innebär även att utvärdera på vilket sätt omvårdnads- och behandlingsarbetet bedrivs för att kunna ta initiativ till förändringar. I omvårdnadens syfte ingår att minska lidande, undanröja smärta och obehag (23) och omvårdnadsforskningen har bl.a. som mål att öka möjligheterna för de människor som söker vård för sin ohälsa att hantera sin livssituation på bästa möjliga sätt (24). Smärta är ett angeläget problem inom omvårdnadsämnets kunskapsområde vilket bekräftas av att flera sjuksköterskor genom sin forskning inom ämnet, fördjupar vår kunskap och beredskap till förståelse och lindring av patienters smärta (25). Omvårdnaden innebär också att vi som sjuksköterskor företräder patientens intressen och ofta utgör länken mellan patienten och övrig medicinsk personal (24,26). Sjuksköterskans kommunikation har därför en stor betydelse både när det gäller samspelet med patienten och mellan olika personer i teamet (27).

Det är av största vikt att vi som sjuksköterskor arbetar evidensbaserat och tar till oss forskning men också kritiskt granskar den, för att på bästa sätt kunna förbättra omvårdnaden och omhändertagandet av den enskilde vårdtagaren. Det är också viktigt att vi följer upp och utvärderar resultatet av den omvårdnad vi ger. Att arbeta med kvalitetsutveckling innebär att vi tar ett professionellt ansvar för omvårdnadens innehåll och effekter (28).

OMVÅRDNADSTEORI

Lydia Hall

Sjuksköterskans uppgift är att undervisa och vägleda patienten men också att föra patientens talan. Hon skall se den individuella patienten, kunna förstå och beskriva dennes hälsoproblem, men också stödja patienten att själv ge uttryck för sina problem. Sjuksköterskan skall hjälpa patienten att få tilltro till sin egen förmåga och bli medveten om de känslor, behov, önsknings och motiv som påverkar hans/hennes hälsoproblem. Lydia Halls omvårdnadsteori innefattar de tre begreppen, care, core, cure. De tre begreppen som var och en omfattar en speciell aspekt av omvårdnaden, är sammanhängande men varierar i omfattning beroende på omvårdnadssituationens karaktär (29,30).



Care innefattar den kroppsliga omvårdnaden som att t.ex. ge hjälp med dusch, påklädning, matning. I detta möte har sjuksköterskan möjlighet att skapa en relation som bygger på närhet och förtroende och de bästa inlärningssituationerna skapas i det direkta omvårdnadsarbetet (29,30).

Utifrån Care-perspektivet är det viktigt att sjuksköterskan:

I sin första kontakt med patienten frågar efter smärtproblematik och bedömer smärtintensiteten. Därefter regelbundet skattar, följer och utvärderar smärtan, samt utför lägesändringar, gör aktiva och passiva rörelser tillsammans med patienten (31).

Core innebär att sjuksköterskan skall undervisa och handleda patienten och hjälpa patienten att bli medveten om kärnan i sitt hälsoproblem. Genom att ha skapat en mellanmänsklig relation kan sjuksköterskan hjälpa patienten att verbalt uttrycka sina känslor rörande sitt hälsostatus. Det centrala i undervisningen är att patienten skall bli medveten om de känslor, behov och önskningar som påverkar hälsoproblemen och få tilltro till sin egen förmåga. Enligt Hall bör detta begrepp ges störst betydelse (29,30).

Utifrån Core-perspektivet kan sjuksköterskan:

Ta reda på patientens uppfattning om smärtan som utgör grunden för smärtbedömningen och identifiera myter och missuppfattningar angående smärta och behandling. Erbjuder undervisning om smärta, behandling samt betona vikten av att patienten och närstående aktivt deltar i smärtbehandlingen. Informera om och erbjuda komplementära behandlingsmetoder i ett tidigt skede (31).

Cure innefattar bot/lindring och inbegriper även rent medicinska insatser där en del av sjuksköterskans funktion är att assistera eller utföra ordinationer utförda av läkare.

Sjuksköterskan måste ibland föra patientens talan och agerar alltså som en aktiv advokat för patienten och närstående (29,30). Sjuksköterskans kommunikation med läkaren kan ha betydelse för vilket analgetika som sätts in och sjuksköterskan kan även självständigt bedöma när och om ett vid behovs läkemedel för smärta skall ges (1).

Med ovanstående som utgångspunkt bildades år 1998 en tvärprofessionell strategisk grupp med ansvar för utveckling av det prioriterade ansvarsområdet smärta. Från start bestod gruppen av läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, kurator, assistent från sjukhuskyrkan och en verksamhetsutvecklare. Sedan 2002 har gruppen utökats med arbetsterapeut, omvårdnadsforskare inom smärta, och en smärtsjuksköterska från Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Den strategiska gruppens uppdrag är att arbeta för ett ökat teamsamarbete, att formulera riktlinjer, fastställa indikatorer för kvalitetssäkring av smärtprocessen och att hålla dessa uppdaterade. Gruppen skall också följa och vara delaktig i forskning, utveckling och utbildning.

PROBLEMFÖRMULERING

Hinder i ett gott smärtomhändertagande kan vara brist på kunskap och utbildning, systematiskt smärtbedömning och dokumentation, men också att vi inte använder och kombinerar olika smärtlindrings metoder (22). Fördelar med att införa riktlinjer är att processen i smärtomhändertagandet blir strukturerad och att alla involverade blir förtrogna med rutinerna. Detta kan innebära en ökad förmåga att se smärtan hos de äldre och en minskad risk att beslut fattas utifrån subjektiva värderingar. Risken man löper är att smärtomhändertagandet blir mindre individualiserat och att riktlinjer kan upplevas som en ytterligare belastning och börda för redan stressad personal (32).

SYFTE

Föreliggande studie avser att utvärdera effekter av ett strategiskt och evidensbaserat arbetsätt inom smärtomhändertagande av äldre, utifrån personalens synvinkel.

METOD

En strukturerad enkät, avseende all patientnära personals uppfattning om smärtomhändertagandet och smärtkompetensen inom verksamheten sammanställdes av den strategiska gruppen och gavs ut 1998 samt upprepades 2004 (Se Bilaga 2). Enkäten bestod av flervalssvar, där man tog ställning till ett påstående. Enkäten fylldes i på frivillig basis, enskilt och anonymt men med angivande av yrkeskategori. Läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer besvarade enkäten.

En verkställande smärtgrupp tillsattes bestående av en sjuksköterska och en undersköterska från varje vårdavdelning. Gruppen leds av en biträdande processägare (författaren), som även sitter med i den strategiska gruppen för att på det sättet utgöra en kommunikationslänk mellan grupperna. Den verkställande gruppens uppdrag är att omsätta den strategiska gruppens beslut, implementera PM och riktlinjer samt att kvalitetsgranska smärtomhändertagandet på avdelningarna. Den verkställande gruppen träffas cirka en gång per månad för att diskutera gemensamma problem, inspirera varandra, ta till sig nya rön och att föra arbetet framåt på vårdavdelningarna. Respektive grupp träffas varje månad i 1,5 –2 timmar, med ett gemensamt möte per halvår.

Den strategiska gruppen har formulerat riktlinjer för farmakologiska och icke farmakologiska behandlingsmetoder, utifrån en helhetssyn med dimensionerna fysisk, psykisk, social och andlig/existentiell smärta, i ett PM. Vidare har man utarbetat en checklista för bedömning av patientens smärta och kvalitetsindikatorer för smärtomhändertagandet samt en utbildningsplan för ansvariga sjuksköterskor och undersköterskor. Gruppen har även organiserat temadagar om smärta för all personal och utbildning i komplementära behandlingsmetoder. Processen utvecklas kontinuerligt med uppdatering och utveckling av PM och riktlinjer, utbildningar och kvalitetsindikatorer för smärtprocessen.

Verkställande gruppen arbetar med att implementera PM ,riktlinjer och checklista för smärtbedömning på avdelningarna och skall verka för att detta är ett levande material på avdelningarna. Kvalitetsgranskning görs av sjuksköterskans journalföring angående smärta, en gång per månad. Resultatet skall återkopplas till avdelning och verkställande grupp. Den ansvariga sjuksköterskan och undersköterskan skall även föra diskussioner angående smärtomhändertagandet på sin avdelning och förmedla nya kunskaper till sina kolleger.

Ovanstående struktur är kopplat till verksamhetens kompetensutvecklingsplaner för sjuksköterskor och undersköterskor, vilket innebär att tar man på sig ett ansvar för ett prioriterat ansvarsområde ger det möjlighet till nivåuppflyttning i kompetensstegen.

Enkäten från 1998 upprepades våren 2004 för att få en uppfattning om effekterna av ovanstående arbetssätt och gavs ut till samma personalkategorier.

RESULTAT

Smärtenkäten gavs ut första gången 1998 då Geriatrik Sahlgrenska omfattade fem vårdavdelningar och en geriatrisk mottagning. SU var på den tiden indelat i divisioner och sjukgymnastik samt arbetsterapi tillhörde samma division som de geriatriska vårdavdelningarna. År 2000 blev kliniken sammanslagen med Geriatrik Högsbo beläget på Högsbo sjukhus och SU indelades i verksamhetsområden. I samband med detta blev sjukgymnastik och arbetsterapi ett självständigt verksamhetsområde. När uppföljningen av smärtenkäten gjordes våren 2004 var verksamheten därför betydligt större och bestod av åtta vårdavdelningar, en geriatrisk mottagning och en dagrehabilitering. Både 1998 och 2004, var det personal i den patientnära vården som ombads att besvara enkäten. Dessa omfattar läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer. Av de 150 personer som arbetade i patientnära arbete 1998 besvarade 128 (85%) enkäten. År 2004 omfattade samma personalkategorier 324 personal i patientnära arbete varav 282 (87%) svarade på frågorna i enkäten. Bortfallet var således 15% (1998) respektive 13% (2004). Se nedan.

År 2004

Yrkeskategori	Totalt antal	Svarsfrekvens	
		%	(n)
Sjukgymnaster och assistenter	32	94	(30)
Arbetsterapeuter och assistenter	30	90	(27)
Kuratorer	7	100	(7)
Läkare	21	57	(12)
Sjuksköterskor och undersköterskor	235	88	(206)
Varav sjuksköterskor	108	86	(93)
Varav undersköterskor	126	65	(82)
Sjuksköterskor och undersköterskor som ej uppgivit befattning		13	(31)

Alla deltagare har inte svarat på alla frågorna, vilket har tagits hänsyn till i beräkningen av den relativa frekvensen. Den grupp som till största andelen ej uppgivit sin befattning är undersköterskor. Nedan redovisas svaren på frågorna i enkäten.

Får patienten adekvat smärtlindring?

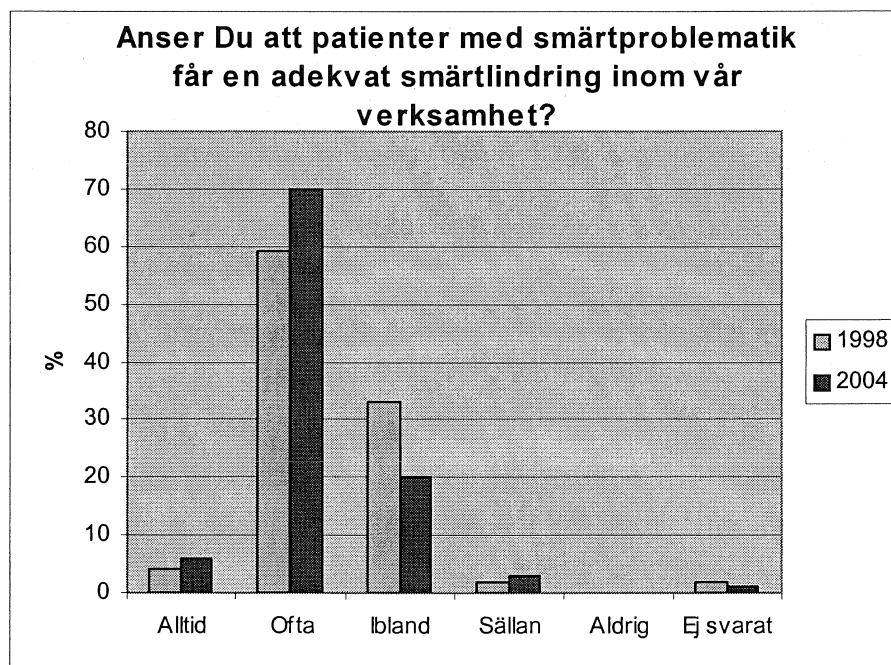
En jämförelse av resultaten från 1998 och 2004.

Resultatet visar att fler anser att patienterna blir adekvat smärtlindrande år 2004 än 1998, störst är förändringen avseende kategorierna "patienten får *ibland* (1998 33%, 2004 20%) eller *ofta* (1998 59%, 2004 70%) adekvat smärtlindring". Ingen anser att patienterna aldrig är tillräckligt smärtlindrad vid något mättillfälle och få anser att patienterna alltid (1998 4%, 2004 6%), eller sällan (1998 2%, 2004 3%) är tillräckligt smärtlindrade (Figur 1).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna 2004

Arbetsterapeuterna är de som i högst grad är tveksamma till om patienten får en adekvat smärtlindring, (ibland 36% sällan 8%). De yrkesgrupper där flest har svarat att patienterna ofta är adekvat smärtlindrade, är kuratorer (100%) och läkare (92%). Eftersom endast få i personalen anser att patienterna alltid eller sällan är adekvat smärtlindrade vid båda mättillfällena redovisas här nedan endast frekvensen avseende alternativen ofta och ibland smärtlindrad.

Yrkeskategori	Ofta	Ibland
Arbetsterapeutgruppen	56%,	36%.
Sjukgymnastgruppen	80%	17%
Läkare	92%	0%
Sjuksköt./undersköt.	69%	20%
Kuratorer	100 %	0%.



Figur 1. Antalet svar på variablerna alltid, ofta, ibland, aldrig angående personalens uppfattning om patienterna är adekvat smärtlindrade inom verksamheten. 1998 (n=125) och 2004 (n=279), bortfall på frågan 1998 (n=3), 2004 (n=3)

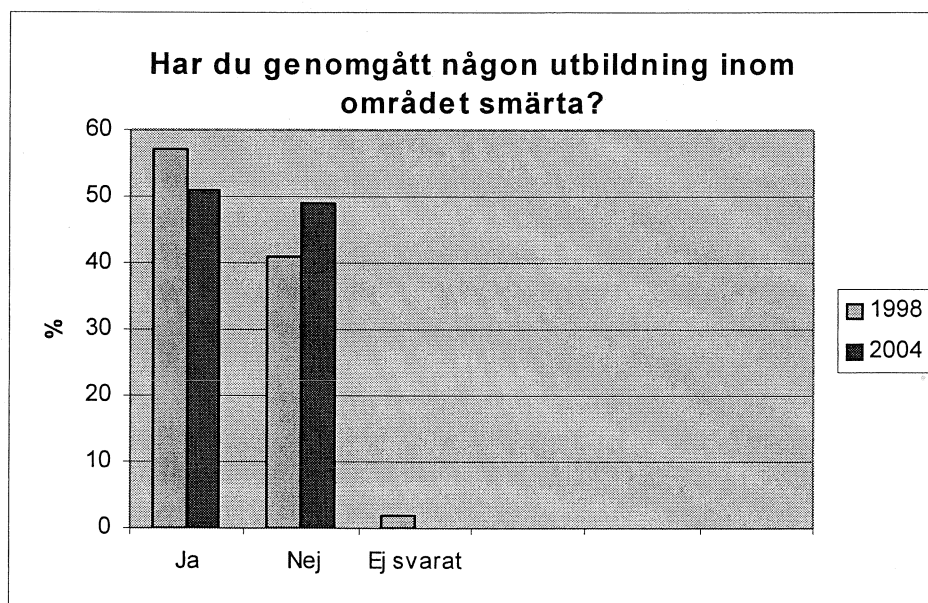
Har du genomgått någon utbildning inom området smärta?

En jämförelse av resultaten från 1998 och 2004

De flesta av personalen har genomgått någon smärtutbildning (1998 57%, 2004 51%) men totalt sett visar resultatet på en minskning av utbildad personal inom smärtområdet med 6% från 1998 till 2004 (Figur 2).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna 2004

Yrkeskategori	Ingen smärtutbildning
Arbetsterapeutgruppen	85%
Kuratorer	71%
Undersköterskor	61%
Sjuksköterskorna	39%
Sjuksköt/undersköt ej uppgett befattning	52%
Läkare	17%
Sjukgymnastgruppen	13%



Figur 2. Antalet ja och nej svar angående om personalen anser att de genomgått någon smärtutbildning. 1998 (n=126) och 2004 (n=282), bortfall på frågan 1998 (n=2), 2004 (n=0).

Anser du att din kompetens är tillräcklig?

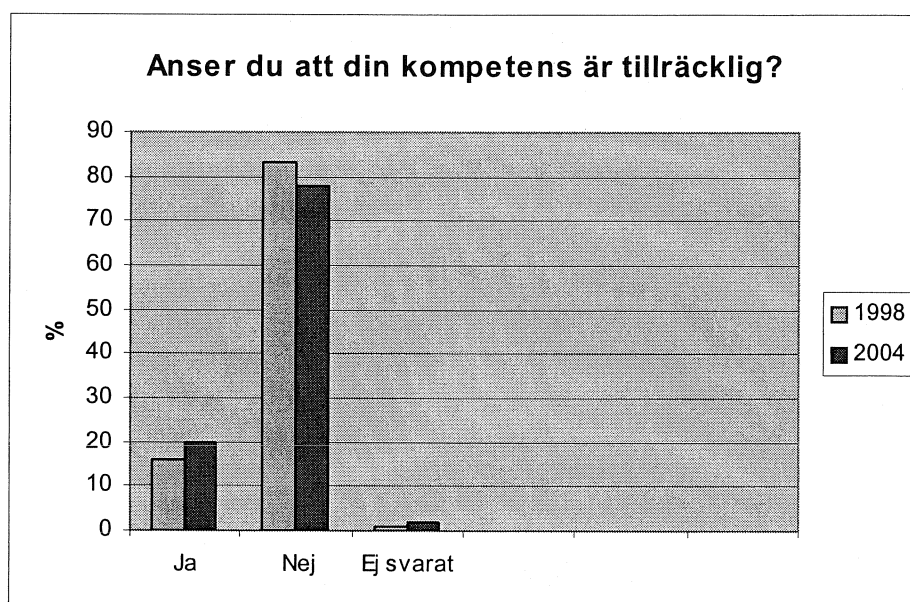
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

Majoriteten av personalen ansåg vid båda tillfällena att deras kompetens ej var tillräcklig (1998, 83%, 2004, 78%). Det var något färre personer som ansåg att de hade tillräcklig kompetens 1998(16%) i jämförelse med 2004 (20 %) (Figur 3).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna 2004.

Av de personer som 2004 svarat att de hade någon utbildning inom smärtområdet, ansåg endast 30% att deras kompetens var tillräcklig. Bland dem som svarade att deras kompetens var tillräcklig hade 75 % utbildning i smärta, medan 25% svarat att de inte genomgått någon utbildning.

<i>Yrkeskategori</i>	<i>Otillräcklig kompetens</i>
Arbetsterapeutgruppen	100 %
Sjukgymnastgruppen	83%
Läkare	67%
Undersköterskor	84%
Sjuksköterskor	71%
Sjuksköt/undersköt	71%
ej uppgett befattning	
Kuratorer	71%



Figur 3. Antalet ja och nej svar angående personalens uppfattning om de har tillräcklig kompetens inom smärtområdet. 1998 (n=127) och 2004 (n=277), bortfall på frågan 1998 (n=1), 2004 (n=5).

Arbetar teamet för ett gemensamt omhändertagande?

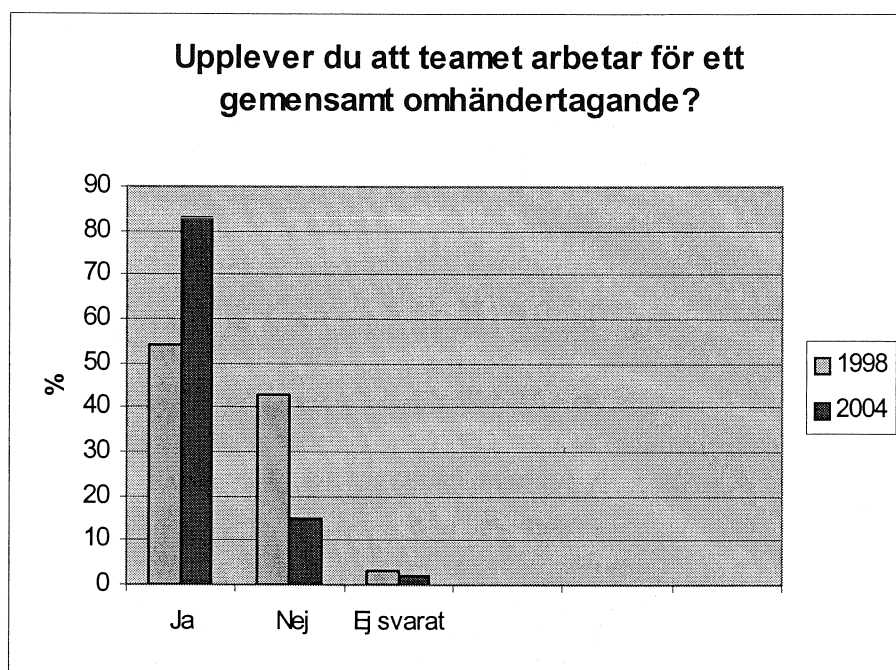
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

Det är betydligt fler medarbetare 2004 (83%) som anser att teamet arbetar för ett gemensamt smärtomhändertagande än 1998 (54%) (Figur 4).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna

Vilka av yrkesgrupperna anser ej att teamet har ett gemensamt omhändertagande?

Yrkeskategorier	Teamet arbetar ej för ett gemensamt omhändertagande
Arbetsterapeutgruppen	27%
Sjukgymnastgruppen	28%
Sjuksköt/undersköt	13%
Läkare	0%
Kuratorerna	0%



Figur 4. Antalet ja och nej svar angående personalens uppfattning om teamet arbetar för ett gemensamt smärtomhändertagande. 1998 (n=124) och 2004 (n=275), bortfall på frågan 1998 (n=4), 2004 (n=7).

Finns det kunnig personal att konsultera vid smärtproblematik?

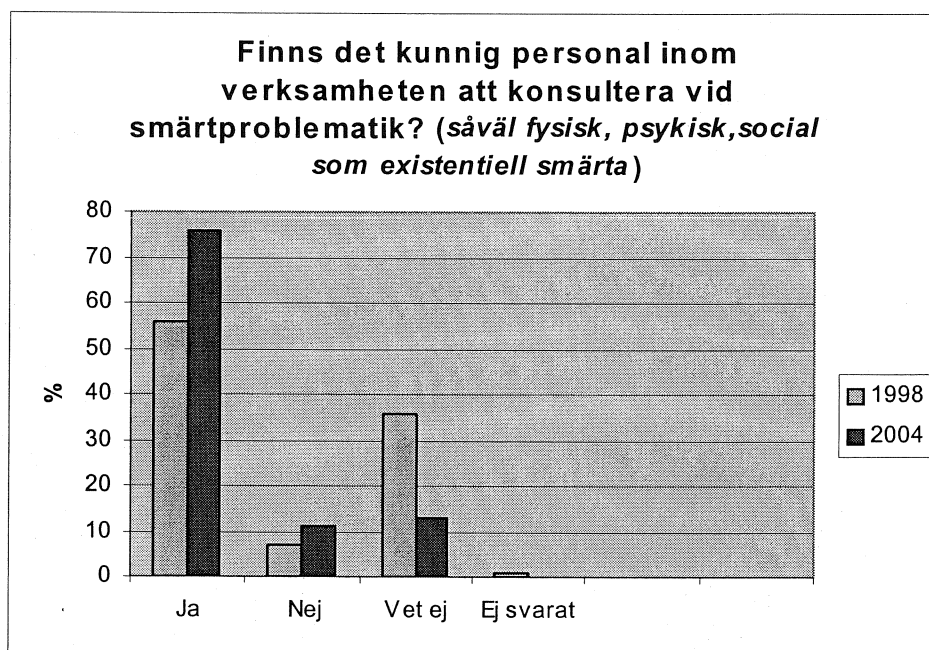
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

2004 ansåg 76% att det fanns kunnig personal att tillgå, jämfört med 56% år 1998. Samtidigt ansåg 7% 1998 att det inte fanns kunnig personal att konsultera inom smärtproblematik jämfört med 11% år 2004, däremot svarade färre, vet ej 2004 (13%) än 1998 (36%) (Figur 5).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupper 2004

De flesta av personalen anser att det finns kompetens att tillgå vid smärtproblematik (76%). Bland dem som anser det motsatta se fördelningen ut enligt nedan.

Yrkeskategori	Finns ej kunnig personal	
	Nej	Vet ej
Arbetsterapeutgruppen	15%	19%
Sjukgymnastgruppen	17%	23%
Läkarna	8%	0%
Sjuksköt/undersköt	10%	12%
Kuratorer	0%	0%



Figur 5. Antalet ja, nej och vet ej svar angående personalens uppfattning om det finns kunnig personal att tillgå inom verksamheten vid smärtproblematik. 1998 (n=127) och 2004 (n=281), bortfall på frågan 1998 (n=1), 2004 (n=1).

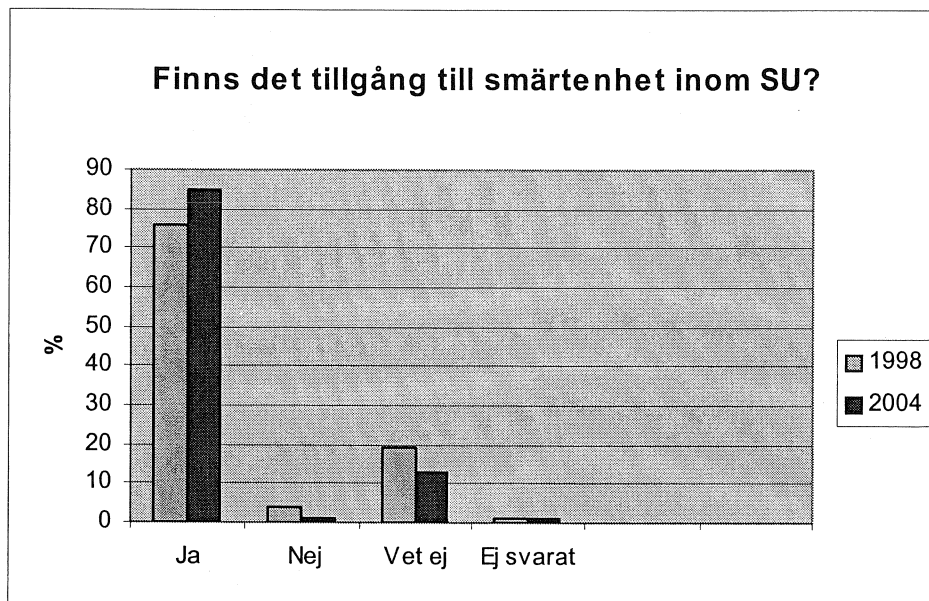
Finns det tillgång till smärtenhet inom SU?

En jämförelse av resultatet 1998 och 2004.

Det finns en ökad medvetenhet om att det finns en smärtenhet inom sjukhuset SU. Fler personer har svarat ja (2004 (85%), 1998 (76%)) och färre personer uppger att de ej vet (2004 (13%), 1998 (19%)) (Figur 6).

En jämförelse mellan personalen på Högsbo och Sahlgrenska sjukhuset 2004.

Geriatrisk Sahlgrenska är lokaliserat både till Sahlgrenska akutsjukhuset och till Högsbo sjukhus cirka 10 minuter därifrån. Smärtenheten ligger inne på akutsjukhuset. Av den anledningen analyserades svaret på denna fråga utifrån frågeställningen om det har betydelse om man arbetar på Sahlgrenska sjukhuset eller Högsbo sjukhus avseende kunskap om ovanstående. Resultatet visade inte på någon skillnad avseende på vilket sjukhus man arbetade.



Figur 6. Antalet ja, nej och vet ej svar angående personalens kännedom, om det finns en smärtenhet på SU. 1998 (n=127) och 2004 (n=282), bortfall på frågan 1998 (n=1), 2004 (n=2).

Kan vi erbjuda olika behandlingsmetoder?

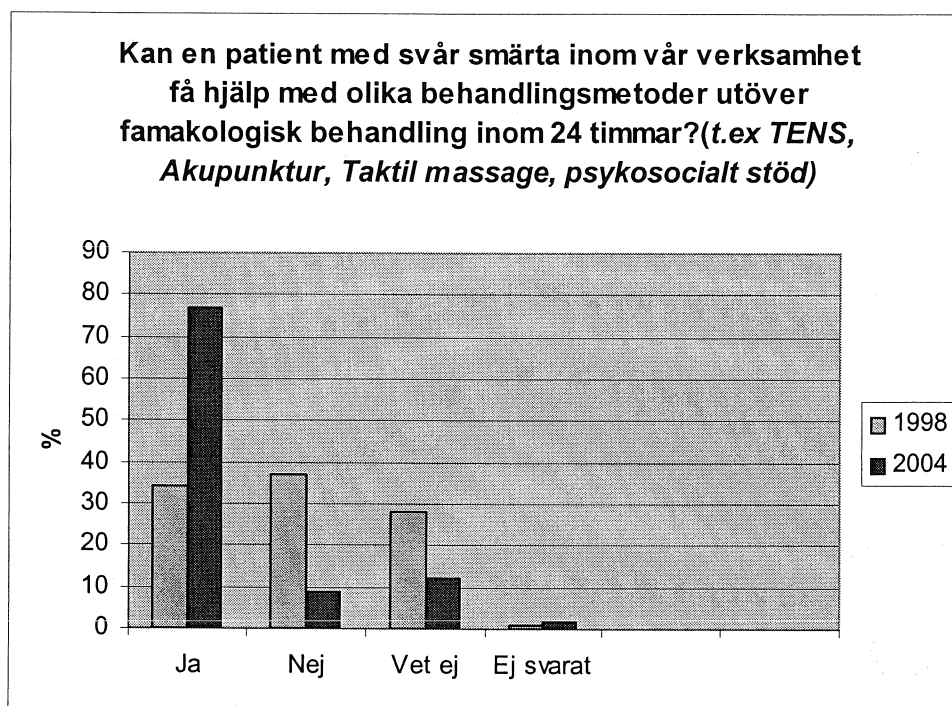
En jämförelse mellan 1998 och 2004

År 1998 ansåg 34% av personalen att det var möjligt att erbjuda någon form av komplementär behandlingsmetod eller psykosocialt stöd i jämförelse med 77% år 2004. 1998 svarade fler både nej (37%) och vet ej (28%) i jämförelse med 2004 (nej 9%, vet ej 12%) (Figur 7).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna 2004

Sjukgymnasterna, men även läkarna anger till störts del att detta inte är möjligt, medan arbetsterapeuter och kuratorer ej vet, se nedan.

Yrkeskategori	Nej	Vet ej
Arbetsterapeutgruppen	4%	22%
Sjukgymnastgruppen	23%	3%
Sjuksköt/undersköt	7%	12%
Läkarna	17%	8%
Kuratorer	0%	29%



Figur 7. Antalet ja, nej och vet ej svar angående personalens uppfattning om möjligheten att erbjuda icke farmakologisk behandling inom 24 timmar. 1998 (n=127) och 2004 (n=275), bortfall på frågan 1998 (n=1), 2004 (n=7).

Finns det rutiner för bedömning och behandling av smärta inom vår verksamhet?

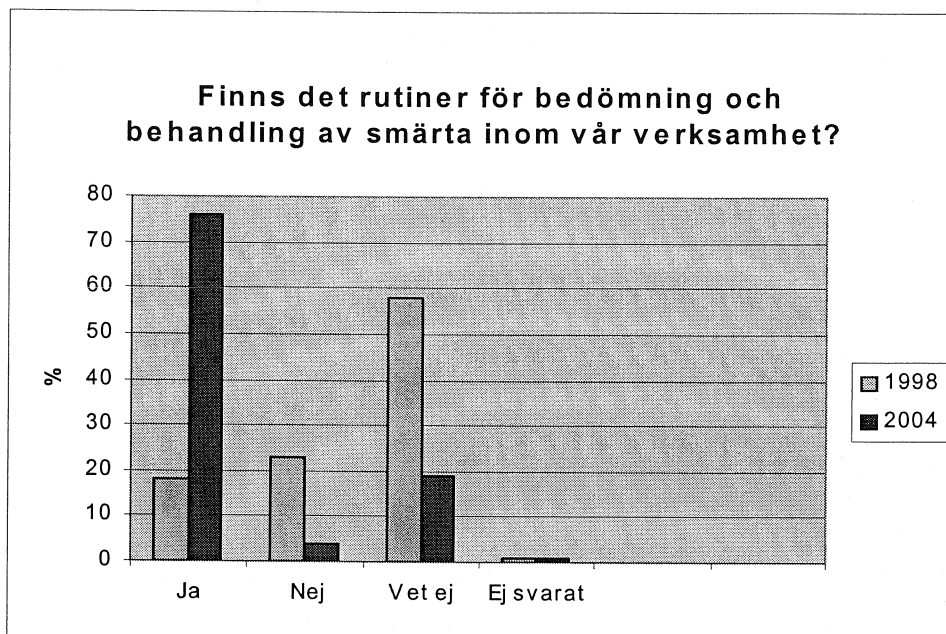
En jämförelse av resultaten 1998 och 2004

De rutiner som finns 2004 är bättre förankrade och mer kända än 1998. Få svarade att de kände till några rutiner 1998 (18%) i jämförelse med 2004 (76%). Det var desto fler som svarade nej (23%) och vet ej (58%) 1998 och ett mindre antal personal som svarade nej (4%) och vet ej (19%) 2004 (Figur 8).

En jämförelse mellan olika yrkesgrupper 2004

Våra rutiner för smärtbedömning och behandling är minst kända i arbetsterapeut och sjukgymnastgruppen, se nedan.

Yrkeskategorier	Nej	Vet ej
Arbetsterapeutgruppen	7%	52%
Sjukgymnastgruppen	10%	27%
Sjuksköt/undersköt.	3%	16%
Läkare	0%	17%
Kuratorer	0%	0%



Figur 8. Antalet ja, nej och vet ej svar angående personalens kännedom om det finns rutiner för bedömning och behandling av smärta inom verksamheten. 1998 (n=127) och 2004 (n=278), bortfall på frågan 1998 (n=1) 2004 (n=4).

Ingår smärtlindrande åtgärder i dina arbetsuppgifter?

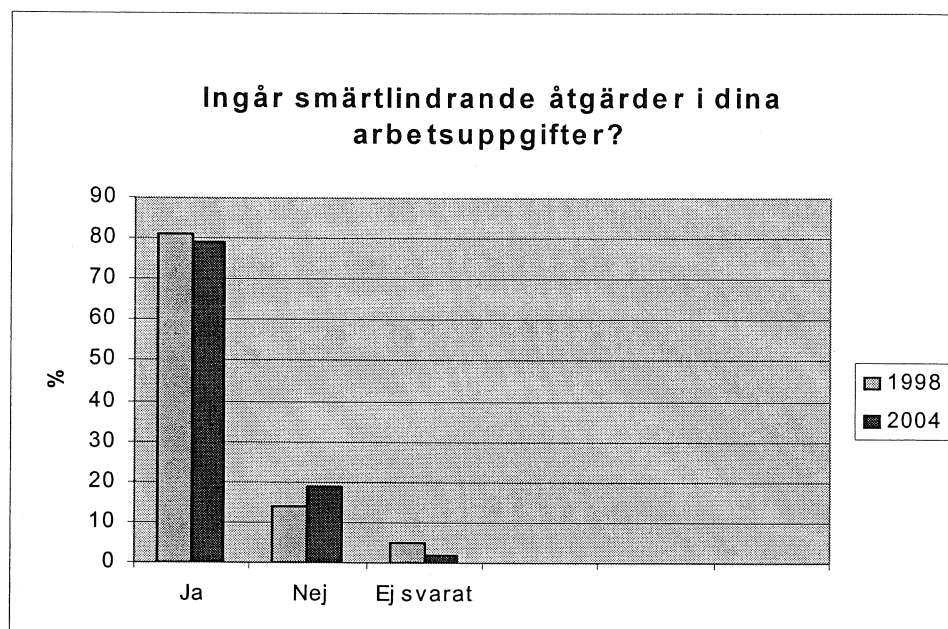
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

En något högre andel av personalen svarade att det ingår smärtlindrande åtgärder i deras arbetsuppgifter 1998 (81%) än 2004 (79%) (Figur 9).

En jämförelse mellan de olika yrkesgrupperna 2004

Vilka är det bland yrkesgrupperna som till störst del svarat nej på frågan?

<i>Yrkeskategorier</i>	<i>Ingår smärtlindrande uppgifter i arbetsuppgifterna</i>
	<i>Nej</i>
Arbetsterapeutgruppen	41%
Kuratorer	57%
Undersköterskor	35%
Sjuksköt/undersköt som ej uppgett befattning	33%
Sjukgymnastgruppen	0%
Sjuksköterskor	1%
Läkare	8%



Figur 9. Antalet ja och nej svar angående personalens uppfattning om att smärtlindrande åtgärder ingår i arbetsuppgifterna. 1998 (n=121) och 2004 (n=282), bortfall på frågan 1998 (n=7), 2004 (n=5).

Utförs kontinuerliga smärtbedömningar?

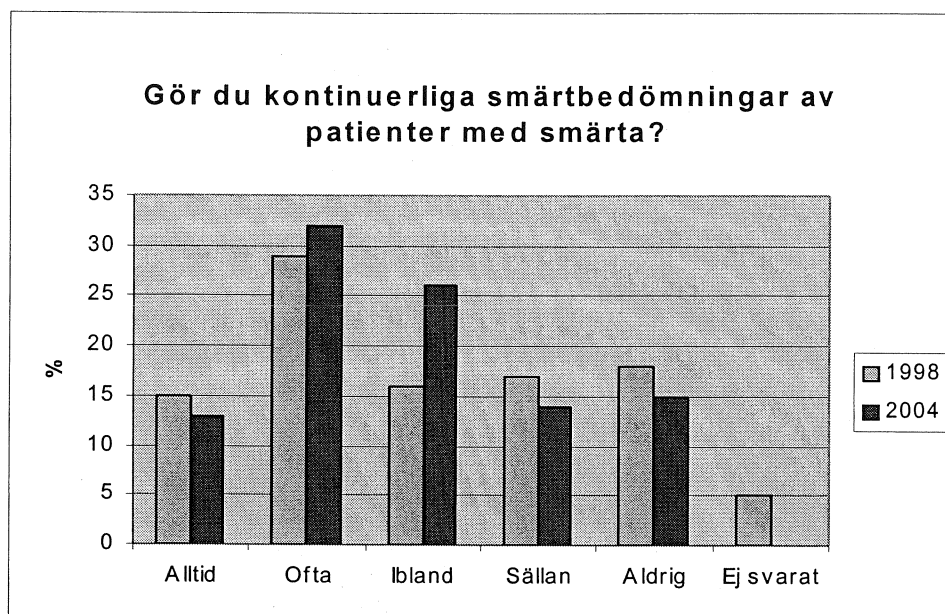
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

En större andel av medarbetarna smärtbedömer ofta 2004 (32%) än 1998 (29%) men däremot är det färre som alltid gör det, 2004 (13%) än 1998 (15%). Det är också färre som sällan (2004 14% 1998 17%) eller aldrig (2004 15% 1998 18%) smärtbedömer. År 2004 görs mer kontinuerliga smärtbedömningar, ibland än 1998 (1998 16%, 2004 26%) (Figur 10).

En jämförelse mellan de olika yrkeskategorierna 2004.

Hur ser det ut med smärtbedömningar bland yrkesgrupperna? Vilka är det som ibland, sällan eller aldrig smärtbedömer?

Yrkeskategorier	Ibland	Sällan	Aldrig
Arbetsterapeutgruppen	15%	41%	37%
Sjukgymnastgruppen	40%	7%	10%
Kuratorer	43%	29%	29%
Läkare	25%	0%	0%
Sjuksköterskor	25%	5%	3%
Undersköterskor	30%	18%	48%
Sjuksköt/undersköt	10%	17%	27%
Ej uppgett befattning			



Figur 10. Antalet svar på variablerna alltid, ofta, ibland, sällan eller aldrig angående personalens uppfattning om de gör kontinuerliga smärtbedömningar. 1998 (n=122) och 2004 (n=281), bortfall på frågan 1998 (n=6), 2004 (n=1).

Brakar rapporteringar om en patients smärta leda till åtgärder?

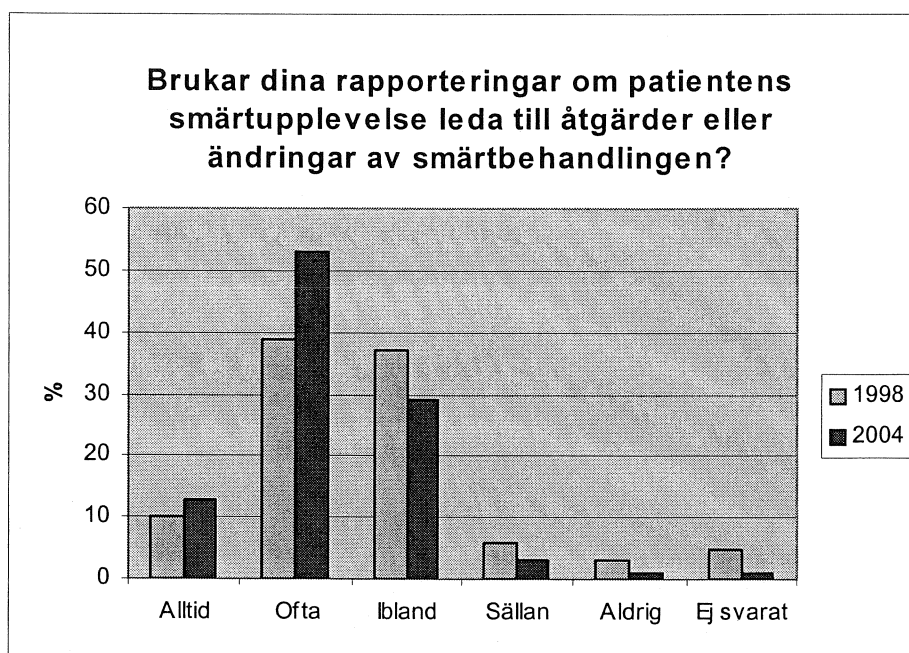
En jämförelse av resultatet 1998 och 2004

Fler anser att deras rapporteringar alltid eller ofta leder till åtgärd nu (2004 alltid 13%, ofta 53%) i jämförelse med 1998 (alltid 10%, ofta 39%). Likaså är det färre nu än 1998 som anser att deras rapportering inte leder till åtgärd eller förändring (2004 sällan 3%, aldrig 1%, 1998 sällan 6%, aldrig 3%) (Figur 11).

En jämförelse mellan de olika yrkeskategorierna 2004.

Det är endast 4% av all personal som svarat att deras rapportering om en patients smärta sällan eller aldrig leder till åtgärd, där undersköterskorna är störst till antalet. Nedan presenteras svarsfrekvensen avseende kategorierna alltid, ofta och ibland..

Yrkeskategorier	Andel som anser att deras rapportering leder till åtgärd		
	Alltid	Ofta	Ibland
Arbetsterapeutgruppen	4%	42%	46%
Sjukgymnastgruppen	7%	57%	33%
Sjuksköterskor	5%	63%	30%
Undersköterskor	23%	46%	26%
Sjuksköt/undersköt	13%	48%	32%
Kuratorer	17%	50%	17%
Läkare	42%	50%	8%



Figur 11. Antalet svar på variablerna alltid, ofta, ibland, sällan eller aldrig angående personalens uppfattning att deras rapportering om smärta leder till åtgärd. 1998 (n=121) och 2004 (n=280), bortfall på frågan 1998 (n=7), 2004 (n=2).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det finns en brist på systematiska utvärderingar av det förändringsarbete olika personalgrupper gör inom sjukvården. Framförallt underläts ofta att fastställa ett utgångsvärde för förbättringsarbetet – en så kallad base-line av kvaliteten, innan utvecklingsarbetet startar – av vilket följer att det inte finns något att jämföra med när effekterna av processutvecklingen skall analyseras. Svårigheter när man vill göra en retrospektiv utvärdering av en förändring av ett arbetssätt, är att få fullt tillförlitliga data. I detta fall har organisationen förändrats drastiskt emellan år 1998 och 2004, genom bland annat sammanslagningen med Högsbo sjukhus. Sammanslagningen inverkar naturligtvis på arbetet i den strategiska och verkställande smärtgruppen, processen stannade upp och grupperna ombildades för att de nytillkomna avdelningarna skulle bli delaktiga i arbetet. Sjukgymnastik och arbetsterapi bildade ett eget verksamhetsområde, men detta har dessbättre inte inneburit några förändringar i det direkta patientnära avdelningsarbetet.

Det är vanligt att vårdpersonal saknar insikt i att smärtan är ett multidimensionellt fenomen, vilket leder till att personalen endast fokuserar på den fysiska smärtan och inte förstår hur exempelvis sociala och andliga faktorer inverkar på smärtupplevelse (1). Det är därför viktigt att PM och riktlinjer är framtagna utifrån ett helhetsperspektiv och att en tvärprofessionell grupp är delaktig, där var och en förmedlar sin kompetens för att på bästa sätt kunna möta patientens smärta. Den strategiska gruppen består därför av olika professioner, med kunskap i smärta, och som är viktiga för att teamsamarbetet skall fungera. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i smärtbehandlingen och skall kunna

identifiera olika faktorer som inverkar på patientens smärtupplevelse (1). I det kliniska omvårdnadsarbetet arbetar sjuksköterskan i nära relation med undersköterskan, varför det är viktigt att båda dessa professioner sitter med i den verkställande gruppen som skall implementera standards och föra diskussioner om smärtomhändertagandet på vårdavdelningen.

Under de sex år som förflutit mellan de båda mättillfällena har det naturligtvis skett en viss personalomsättning vilket innebär att det inte alltid är samma individer som besvarat enkäten båda gångerna.

I enkäten från 1998 fanns ytterligare tre frågor utöver dem som redovisas i resultatet.

1. *Finns termen smärta som specifikt sökord i din dokumentation*

2. *Dokumenterar du ovanstående åtgärder?*

3. *Använder du skattningsinstrument vid bedömning av smärta?*

Dessa frågor uteslöts i omgång två på grund av att en stor grupp som svarat på enkäten är undersköterskor som inte dokumenterar i journalen angående smärta. Det är inte heller sagt att denna grupp skall använda skattningsinstrument för att värdera smärtan hos patienten. I enkäten 1998 och 2004 fanns frågan *Utvärderar du dina smärtlindrande åtgärder?* Denna fråga är inte sammanställd i resultatet på grund av att svarsalternativen inte kommit med i enkäten 2004. Men en analys av enkäten visar att fråga tio *Gör du kontinuerliga smärtbedömningar av patienter med smärta?* även omfattar att vi gör en utvärdering. Frågorna två och tre kunde ha varit mer preciserade. *Har du genomgått någon utbildning inom området smärta*, kan tolkas på olika sätt och svaren kan bero på om personerna räknat in olika föreläsningar eller endast längre utbildningar och kurser. *Anser du att din kompetens är tillräcklig?* är också en fråga där olika värderingar kan läggas in och kunde ha följts med - för den patientgrupp du vårdar.

Deltagare i strategiska och verkställande smärtgruppen skötte utdelning och insamling av enkäten på respektive enhet och det fungerade väl att få in enkäten till utsatt datum. Enkäterna gavs ut kodade till de olika personalenheterna, där sjuksköterskor och undersköterskor ingick under respektive vårdavdelningen. Svårigheter har varit att all personalen ej uppgett befattning och att det ibland inte har framgått vilken personalkategori som svarat på enkäten. I sjukgymnast respektive arbetsterapeutgruppen ingår även assistenter, fyra stycken i respektive grupp. På vårdavdelningarna arbetar ungefär lika många sjuksköterskor som undersköterskor och det är 15% i sjuksköterske- och undersköterskegruppen som inte har uppgett befattning, i denna grupp är det störst antal undersköterskor som ingår. Det är en brist för resultatet att det för vissa frågor inte framgått om det är en sjuksköterska eller undersköterska som svarat på enkäten. I resultatet presenteras på grund av detta frågornas svar, oftast med sjuksköterskor och undersköterskor tillsammans. På de frågor där jag ansett att det varit extra viktigt att särskilja sjuksköterskor och undersköterskor presenteras de var för sig och den grupp av sjuksköterskor och undersköterskor som ej uppgett befattning tillsammans. Det finns inga tillgängliga uppgifter på hur de olika yrkeskategorierna svarade på enkäten 1998, därför går det ej att göra någon jämförelse avseende yrkeskategori mellan 1998 och 2004, men det är av intresse för det fortsatta arbetet i den strategiska och verkställande gruppen att studera detta under 2004. I de fall man har svarat både ja och nej på samma fråga, har detta räknats som bortfall.

Resultatdiskussion

Resultatet visar en hög svarsfrekvens vid båda mättillfällena 1998 (85%) och 2004 (87%), vilket kan tolkas som ett intresse för smärtomhändertagandet inom verksamheten och för den strategiska och verkställande gruppens arbete. Det är en skillnad i svarsfrekvens mellan yrkeskategorierna och läkarna urskiljer sig i förhållande till de övriga, där endast 57% har svarat. En utvärdering av arbetet i den strategiska och verkställande smärtgruppen borde vara av intresse för alla yrkesgrupper, då det är teamets gemensamma möjligheter till ett gott smärtomhändertagande av patienten som är i fokus.

Smärtbehandling och teamsamarbete.

Fler personal anser idag att patienten oftare (70%) får en adekvat smärtbehandling än vid starten 1998 (56%). Framförallt är det arbetsterapeuterna som anser att patienterna endast ibland får adekvat smärtlindring. Är det så att patienterna är sämre smärtlindrade på morgonen när ADL bedömning görs? Smärta leder ofta till nedsatt förmåga att kora sina dagliga aktiviteter (5,8,9) och i care begreppet arbetar även sjuksköterskan med att hjälpa patienten i de dagliga funktionerna(29,30). Då den äldre kan ha svårigheter att förmedla sin smärta (5-7) och vi som sjuksköterskor skall skapa en närhet och hjälpa patienten att uttrycka sina behov (29,30) är det viktigt att vi för en dialog med patienten angående smärtan. Men det är också viktigt att vi i teamet förmedlar oss med varandra och i kommunikationen mellan yrkesgrupperna har sjuksköterskan en viktig roll (27). Ett gott teamsamarbete är också nödvändigt för att kunna hantera smärtans olika dimensioner (16). Idag anser 83% att teamet arbetar för ett gemensamt smärtomhändertagande, det är en tydlig förbättring och den tvärprofessionella strategiska gruppens arbete har säkerligen betytt mycket för att utveckla teamsamarbetet. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är de som till störst del är missnöjda med teamsamarbetet, en fundering är om den nya organisatoriska strukturen kan ha påverkan på detta. Kunskapen om att det finns kompetent personal att konsultera vid smärtproblematik, utifrån en helhetssyn, har förbättrats och idag anser markant fler (76%) i jämförelse med tidigare (56%) att det är möjligt. Här spelar säkert det ökade teamsamarbetet in och arbetet i den strategiska gruppen med att lyfta fram ett helhetstänkande. Personalen har fått en ökad medveten om vilka kompetenser som finns och hur de kan användas.

Kompetens

Anmärkningsvärt nog är det färre nu än 1998 som anger att de genomgått någon utbildning inom smärtområdet. Det kan ha sin förklaring i att det varit stora personalförändringar sedan dess, men samtidigt har det givits flera utbildningar i TENS och taktill massage, för att öka sjuksköterskors och undersköterskors kompetens i icke farmakologiska behandlingsmetoder och för att kunna erbjuda och informera om komplementära behandlingsmetoder i ett tidigt skede (31). Många av de verkställande sjuksköterskorna och även någon av undersköterskorna har genomgått utbildning i

smärta på universitetet. Det har också varit internutbildning med temadagar i smärta. Räknar man inte detta till utbildningar inom smärtområdet? Yrkesgrupper som inte anser att de har utbildning inom området smärta är framförallt, arbetsterapeuter, kuratorer och undersköterskor, men siffran är hög även bland sjuksköterskor (39%), vilket är negativt med tanke på den centrala roll sjuksköterskan har i smärtomhändertagandet, där hon bland annat skall bedöma patientens smärta och föra dess talan inför läkaren (16), dessutom även i core begreppet kunna handleda och undervisa patienten (29,30). Det är få av personalen såväl 1998 (16%) som 2004 (20%) som tycker att de har tillräcklig kompetens och det är en hög procent bland alla yrkeskategorier som svarade nej på frågan. Upplevelsen att inte ha tillräcklig kompetens hänger naturligtvis ihop med ett utbildningsbehov, även om utbildning också kan leda till en insikt om att ytterligare kunskap behövs, vilket visas av att några av dem som svarat att de har tillräcklig kompetens, ej har utbildning. Det är svårt att nå ut till all personal med utbildning men det finns en ambition hos strategiska smärtgruppen att all personal skall ha en grundutbildning i smärta och vi arbetar nu tillsammans med smärtenhetens sjuksköterska för att ge en grundutbildning ute på avdelningarna. För att kunna ge ett optimalt smärtomhändertagande behövs kunskap i smärtbedömning, farmakologisk och icke farmakologisk smärtbehandling (16,19,22) men det är också viktigt att vi förbättrar kunskapen och informationen om olika behandlingsmetoder både mellan personalen och till patienten (22). Det är mer än en fördubbling (2004 77%, 1998 34%) av andelen personer som anser att en patient med svår smärta inom vår verksamhet kan få hjälp med olika behandlingsmetoder utöver farmakologiskt behandling inom 24 timmar. Förbättringen är stor och det innebär att det finns en ökad kompetens och tillgänglighet av icke farmakologiska behandlingsmetoder ett område både den strategiska och verkställande gruppen lagt stor vikt vid.

Struktur

Fler av personalen (85%) känner till att det finns en smärtenhet på SU i förhållande till tidigare (76%), men det hade varit önskvärt att ökningen varit ännu större. Den strategiska gruppen har idag ett ökat samarbete med smärtenheten på Sahlgrenska och en sjuksköterska därifrån ingår i gruppen. Smärtenheten har haft internutbildning för vår personal och den verkställande gruppens sjuksköterskor och undersköterskor deltar på smärtenhetens utbildningsdagar.

Det strukturerade arbetssättet är relativt väl förankrat inom verksamheten och rutiner för bedömning och behandling är kända av personalen (76%). En önskan hade varit att alla var förtrogna med riktlinjerna, men det är en klar förändring från första tillfället (18%). Visserligen hade inte processgrupperna startat arbetet ute på avdelningarna när första enkäten gavs ut 1998, men det hade pågått andra grupper i smärtarbete. Bland yrkeskategorierna är det till största delen arbetsterapeuter och sjukgymnaster som inte känner till de rutiner som finns och även här kan den nya organisationen ha en betydelse. Att införa riktlinjer innebär att alla involverade skall vara väl förtrogna med dessa (32) och det är något som kan förbättras, ett område för den strategiska gruppen att arbeta vidare med.

Smärtlindrande åtgärder och smärtbedömningar

Den största andelen av personalen anser att smärtlindrande åtgärder ingår i deras arbete, men det har ej skett någon förbättring sedan 1998. Det är till och med något fler som svarat nej på frågan 2004 (19%) i förhållande till 1998 (14%). För äldre personer får smärtan ofta omfattande konsekvenser såsom svårigheter att förflytta sig, svårt klara sina dagliga aktiviteter, trötthet, sömnsvårigheter och nedstämdhet (5,8,9). För att kunna ge ett optimalt smärtomhändertagande behövs att smärtan ses utifrån ett helhetsperspektiv (1,16,21) och att hela teamet är delaktigt i smärtomhändertagandet (16). Det är framförallt kuratorer, arbetsterapeuter och undersköterskor som inte anser att de utför smärtlindrande åtgärder, medan läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster ser sin roll i smärtomhändertagandet. Smärta är nära förknippat med läkemedel och de personer som svarat nej tänker troligtvis inte på icke farmakologiska åtgärder, vilket är anmärkningsvärt eftersom vi har ett högre utbud av icke farmakologiska metoder och flera undersköterskor har utbildats i taktill massage. I omvårdnadens care begrepp arbetar sjuksköterskorna i nära samarbete med undersköterskorna och har här möjlighet att stärka deras roll i smärtomhändertagandet och till exempel undervisa om vikten till lägesändringar och att lyssna till patienten. Den strategiska och verkställande gruppen har också arbetat för att föra ut ett helhetstänkande utifrån dimensionerna fysisk, psykisk, social, andlig/existentiell och försökt lyfta andra behandlingsmetoder än enbart farmakologiska såsom samtal, stöd, lägesändringar, rörelse, och komplementära metoder. Det här är ett förbättringsområde som det är viktigt att arbeta vidare så att all personal blir delaktiga och förstår sin del i smärtomhändertagandet.

Kontinuerliga smärtbedömningar av patienter med smärta görs i för liten utsträckning både 2004 och 1998. Det är fler som ibland gör kontinuerliga smärtbedömningar 2004 (26%) än 1998 (16%). Men smärtbedömningar borde göras i större omfattning, då äldre har svårt att förmedla sin smärta (5-7) och sjuksköterskor och läkare undervärderar patienters smärta (3), såväl som personal på äldreboenden, och många patienter med daglig värk förblir obehandlade (4). Studier har också visat att äldre klarar av att använda en skattningsskala om den är individuellt utprovad (12,14).

Vid denna fråga hänvisades inte till något skattningsskalainstrument utan bedömningen kunde ske på flera olika sätt, genom till exempel frågor, observationer, skattningsskala och det är något som alla personalkategorier kan vara delaktiga i. De yrkesgrupper som i störst utsträckning sällan eller aldrig gör kontinuerliga smärtbedömningar, är samma yrkesgrupper som tidigare svarat att de har dåligt med utbildning i smärta och att de ej utför smärtlindrande åtgärder och det hänger naturligtvis samman. Har personalen dålig utbildning och inte anser att de är delaktiga i smärtlindrande åtgärder, utför de inte några smärtbedömningar.

Det är viktigt att förstå och tolka patientens egen upplevelse av smärtan (20). I core begreppet skall sjuksköterskan fånga patientens egen upplevelse av sin hälsosituation (29,30), om sjuksköterskor skall lyckas med detta måste de både lyssna på patienten och göra en smärtbedömning, när smärta påtalas eller misstänks. Patienterna skall också kunna erbjudas undervisning om smärta och smärtbehandling (31). Det är bland sjuksköterskor och läkare som lägst procent har svarat att de ibland, sällan eller aldrig utför en smärtbedömning, vilket innebär att de oftare än övriga yrkesgrupper gör kontinuerliga smärtbedömningar och det är av största vikt för båda dessa yrkesgrupper. I cure begreppet arbetar sjuksköterskan nära läkarna och skall här föra patientens talan,

samt utföra ordinationer givna av läkarna (29,30) men sjuksköterskan fattar även egna beslut angående vid behov mediciner. Sjuksköterskan har en central roll i smärtomhändertagandet (1), omvårdnaden innebär också att vi ofta utgör en länk mellan patienten och personalen (24,26) sjuksköterskans kommunikation och samspel med patienten och övriga personer i teamet är därför av största betydelse (27). Fler personal anser idag att deras rapporteringar av patientens smärta ofta leder till åtgärder eller ändringar av smärtbehandling än 1998. Det ökade teamsamarbetet har säkert betydelse och det borde innebära att kommunikationen förbättrats och vi lyssnar mer på varandra och på vad patienten påtalar.

Konklusion

Resultatet visar att ett systematiskt och strukturerat kvalitetsarbete i form av strategiska och verkställande grupper är positivt och innebär tydliga förbättringar inom flera delar av smärtomhändertagandet. En jämförelse mellan åren 1998-2004 visar att patienterna idag får en mer adekvat smärtlindring, att det finns en ökad tillgång på icke farmakologiska behandlingsmetoder och en ökad kunskap om den kompetens som finns att tillgå inom verksamhetens smärtområde, enligt personalens bedömning. Teamsamarbetet har förbättrats och fler anser att deras rapport om smärta leder till åtgärd. En betydligt större andel av personalen känner till riktlinjerna för smärtomhändertagandet, även om det varit önskvärt att alla kände till dem. Det finns fortfarande förbättringsområden och områden där det inte skett någon större förändring. Bland annat visar resultatet på ett stort kunskaps- och utbildningsbehov. Kunskap är grunden för att all personal skall se sin roll i smärtomhändertagandet och för att den kontinuerliga smärtbedömningen av patienterna skall öka. Utvärderingen av arbetssättet har tydliggjort vad som förbättrats och vilka områden den strategiska och verkställande gruppen behöver arbeta vidare med. Som sjuksköterskor arbetar vi i omvårdnaden i nära relation med patienterna och i samarbete med övriga teammedlemmar. Det är därför viktigt att vi är lyhöra för patienternas behov och har förmåga att kommunicera med övriga teammedlemmar.

REFERENSER

- 1 Hawthorn J, Redmond K. Smärta-bedömning och behandling. Lund: Studentlitteratur; 1999.
- 2 Bergh I, Sjöström B. A comparative study of nurses' and elderly patients' ratings of pain and pain tolerance. *J Gerontol Nurs* 1999;25(5):30-36.
- 3 Sjöström B, Haljamäe H, Dahlgren LO, Lindström B. Assessment of postoperative pain: impact of clinical experience and professional role. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41:339-344.
- 4 Blomqvist K, Hallberg IR. Pain in older adults living in sheltered accommodation-agreement between assessments by older adults and staff. *J Clinical Nurs* 1999;8:159-169.

- 5 Gaston-Johansson F, Johansson F, Johansson C. Pain in the elderly: prevalence, attitudes, and assessment. *Nursing Home Medicin* 1996;4(11):325-331.
- 6 Hansson E. Akut smärta vid höftfraktur–kvalitetsindikatorer ur patientens perspektiv [C-uppsats]. Lund: Lunds Universitet; 1998.
- 7 Herr KA, Mobily PR. Complexities of pain assessment in the elderly. Clinical considerations. *J. Gerontol. Nurs* 1991;17(4):12-19.
- 8 Jakobsson U, Klevsgård R, Westergren A, Rahm Hallberg I. Old people in pain: A comparative study. *J Pain Symtom Management* 2003;26(1):625-636.
- 9 Jacobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality Life Res* 2004;13(1)125-136.
- 10 Closs SJ. Pain in elderly patients: a neglected phenomenon ? *J Adv Nurs* 1994; 19:1072-1081.
- 11 Statistiska Central Byrån. Sveriges framtida befolkning. Befolkningsframskridningen för åren 2003- 2050. www.SCB.se
- 12 Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symtom Management* 1995;10(8):591-598.
- 13 Bergh I, Sjöström B, Odén A, Steen B. An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging Clin Exp Res* 2000;12:380-387.
- 14 Wynne CF, Ling SM, Rensburg R. Comparison of pain assessment instruments in cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Geriatric Nurs* 2000;21(1):20-23.
- 15 Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.(SoS-rapport; 1994:4).
- 16 Herr K. Chronic pain: Challenges and assessment strategies. *J Gerontol Nurs* 2002;28(1)20-27.
- 17 Ferrell B.A. Overview of aging and pain. Ferrell B.R, Ferrell B.A. *Pain in Elderly*. Seattle: IASP; 1996.
- 18 Popp B, Portenoy R.K. Management of chronic pain in the elderly: Pharmacology of opioids and other analgesic drugs. Ferrell B.R, Ferrell B.A. *Pain in elderly*. Seattle: IASP; 1996.
- 19 Blomqvist K, Rahm Hallberg I. Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and providers. *Scand. J Caring Sci* 2002;16(3)319-328.
- 20 Sjöström B, Dahlgren LO, Haljamäe H. Strategies in post-operative pain assessment and their clinical accuracy. *J Clinical Nurs* 2000;9:111-118.

- 21 Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. Postoperativ experiences of pain and distress in elderly patients. An explorativ study. *Aging (Milano)*. 1999; 11(2):73-82.
- 22 Jakobsson U. Chronic pain and quality of live among older people [dissertation]. Lund; Lunds universitet, 2003.
- 23 SOSFS 1993: 17. Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Svensk författningssamling. Stockholm: Liber. Allmänna Förlaget.
- 24 Rooke L. Omvårdnad erfarenhet-reflektion-teori. Lund: Studentlitteratur; 1994.
- 25 Rooke L. Omvårdnadsforskning användning av forskningsresultat. Lund: Studentlitteratur; 1997.
- 26 Berterö C. Omvårdnadens mångfald. Stockholm: Hagman; 1999.
- 27 Kihlgren M, Johansson G, Engström B, Ekman S-L. Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad. 4:e uppl. Lund: Studentlitteratur; 2000.
- 28 Svensk sjuksköterskeförening. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. 3:e uppl. Stockholm: SSF och Gothia; 2001.
- 29 Rooke L. Omvårdnad teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. 2:a uppl. Stockholm: Liber; 2002.
- 30 George J.B. Nursing theories the base for professional nursing practice. 2:a uppl. New Jersey: Prentice Hall; 1985.
- 31 Svensk sjuksköterskeförening och Spri. Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling. Stockholm: SSF; 1999.
- 32 Jeng GY, Guo Z, Drickamer M, Marottoli RM, Carrington Reid M. Timing in the communication of pain among nursing home residents, nursing staff and clinicians. *Arch Intern Med* 2004; 164(14):1508-1512.

MANUSKRIPTVEILEDER FOR VÅRD I NORDEN

Innledning

Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål som er å fremme sykepleievitenskap og omvårdnadsforskning.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som refereebestømmes
- Utviklingsartikler som vurderes av redaktør/redaksjonskomité.

Struktur

Vanlig struktur for begge typer artikler er:

1. Resymé på engelsk m/key words
2. Introduksjon/bakgrunn
3. Problemstilling/hensikt medarbeidet
4. Beskrivelse av anvendte metoder
5. Funn
6. Diskusjon
7. Litteraturoversikt

Oversending av artikler

Artikler som sendes redaksjonen skal sendes elektronisk og skal sendes som ett dokument altså artikkelen inklusive abstract, figurer, tabeller o.a.

Ved innsending skal det opplyses

- om artikkelen er å betrakte som en vitenskapelig artikkel eller som en utviklingsartikkel
- om antall ord totalt
- om postadresse, mailadresse og eventuelt telefon- og faksnummer

Lengde og lay out:

Vitenskapelige artikler bør ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Utviklingsartikler bør ikke overskride 3.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

For artikler som inneholder omfattende tabeller og/eller figurer kan redaksjonen fastsette lavere grenser for antall ord.

Artikler skal skrives med dobbelt linjeavstand. Materialet skal pagineres, men ikke stiftes eller hules.

Vitenskapelige artikler skal refereebestømmes anonymt og skal derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Tabeller bør markeres i "roman numerals", figurer i "arabic numerals". Figurer og tabeller skal settes inn i teksten.

Dersom dette ikke er mulig skal plassering i artikkelen angis.

Tvungen linjeskift skal bare brukes ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater skal tabulator brukes. Unngå orddeling.

Resymé: Engelskspråklig resymé skal foreligge. Dette bør ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3-5 søkeord (key words).

Overskrifter: Artikkelens hovedtittel bør være kort i uthevet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

Referanser: Referanser angis etter Vancouversystemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Forkortelser: Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

Medforfatterskap: Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere bør ha bidratt til:

- a) idé og design, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- c) endelig godkjenning av artikkel for publisasjon.

Eksklusivitet: Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

Eierskap: Dersom artikkelen er akseptert for publisering eller er publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publikasjon av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

Korrektur: Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrektoren bli sendt via redaksjonen for gjennomgang for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for å kontrollere at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

Kopier: Forfatteren mottar vanligvis gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får vanligvis tilsendt 1-2 eksemplarer.

Smärtenkät Geriatriska kliniken Sahlgrenska

Bakgrund

Som ett led i verksamhetens målsättning i att ge ett optimalt smärtomhändertagande till våra smärtpatienter gavs en enkät ut 1998, till all personal i patientnära arbete, med frågor avseende vår kompetens inom smärtområdet och behandling av patienter med smärta. Vi har nu för avsikt att följa upp denna enkät, då vi sedan dess har arbetat med en strategisk och en verkställande smärtgrupp med ambition om att förbättra smärtomhändertagandet av patienterna. Enkäten kommer sammanställas och jämföras med tidigare resultat.

Med smärtpatienter avser vi alla patienter som av något skäl lider av smärta inom våra inriktningar frakturrehabilitering, hjärtsvikt, stroke, palliativ vård och allmän geriatrik

Vi ber alla personalkategorier kring patienten besvara enkäten då smärtproblematiken är mångfacetterad och berör oss alla på olika sätt.

Med smärta avses såväl fysisk, psykisk, existentiell som social smärta.

Datum :

Befattning:

Avdelning:

Frågor :

Ringa in ditt svar

- ❖ 1 / Anser Du att patienter med smärtproblematik får adekvat smärtlindring inom vår verksamhet?

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

- ❖ 2 / Har du genomgått någon utbildning inom området smärta?

Ja Nej

- ❖ 3 / Anser du att din kompetens är tillräcklig?

Ja Nej

- ❖ 4 / Upplever du att teamet arbetar för ett gemensamt omhändertagande

Ja Nej

- ❖ 5 / Finns det kunnig personal inom verksamheten att konsultera vid smärtproblematik?
(Såväl vid fysisk, psykisk, social som existentiell smärta)

Ja *Nej* *Vet ej*

- ❖ 6 / Finns det tillgång till smärtenhet inom SU?

Ja *Nej* *Vet ej*

- ❖ 7 / Kan en patient med svår smärta inom vår verksamhet få hjälp med olika behandlingsmetoder inom 24 timmar? (t.ex. TENS, Akupunktur, Taktilmassage, psykosocialt stöd)

Ja *Nej* *Vet ej*

- ❖ 8 / Finns det rutiner för bedömning och behandling av smärta inom vår verksamhet?

Ja *Nej* *Vet ej*

- ❖ 9 / Ingår smärtlindrade åtgärder i Dina arbetsuppgifter?

Ja *Nej*

- ❖ 10/ Gör du kontinuerliga smärtbedömningar av patienter med smärta?

Alltid *Ofta* *Ibland* *Sällan* *Aldrig*

Vid ja, HUR? _____

- ❖ 11/ Utvärderar du dina smärtlindrande åtgärder?

Vid ja, HUR? _____

- ❖ 12/ Brukar dina rapporteringar om en patients smärtupplevelse leda till åtgärder eller ändringar av smärtbehandling?

Alltid *Ofta* *Ibland* *Sällan* *Aldrig*

Tack för din medverkan!

