<http://www.diva-portal.org>

This is the published version of a paper published in *Vård i Norden*.

Citation for the original published paper (version of record):

Elovsson, M., Boström, B. (2011)

Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård.

Vård i Norden, 31(102): 10-15

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hh:diva-20662>

Sjuksköterskors upplevelse av smärtbehandling av äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård

Margaretha Elovsson, RN, MNSc.; Barbro Boström, RN, PhD.

NURSES' EXPERIENCE OF PAIN MANAGEMENT OF OLDER PEOPLE IN MUNICIPAL HEALTH

ABSTRACT

Background: Pain is a symptom that affects quality of life negatively for many people. As a person gets older, the symptoms will increase and more than 50 % of the elderly in the municipal health care is expected to have some sort of pain. This makes pain management a key question.

Aim: The aim of this study was to describe what nurses perceive affect pain management for older people.

Method: The study is based on interviews with 18 nurses from two municipalities in Sweden. The method used was qualitative content analysis.

Results: Four categories affecting pain management were revealed: Proficiency, communication, organization and treatment strategies. Within each category three to four sub-categories were formed, such as medicine and older, documentation, work environment and pharmacological treatment. Several variations were revealed within each sub-categories. The results showed possibilities for good pain relief but the lack of tailored pain assessment tools, communication and treatment strategies tailored for older patients in pain made it difficult. The emerging theme was an unstructured organization makes it difficult to provide good pain relief

Conclusion: If evidence-based pain management strategies including pain assessment tools adapted in municipal health were developed, more patients should receive adequate pain treatment

KEYWORDS: Nursing care, older adults, oldest old, pain assessment and pain management.

Inledning

Smärta är ett symtom som påverkar människans livskvalitet negativt (1, 2). Hos äldre personer har 40-56% någon form av smärta, som dessutom tycks öka i åldersgruppen 90 år och äldre (2, 3, 4). Vanligast är smärta hos kvinnor (67 %) och då oftast lokaliserad till muskler i extremiteter, nacke/hals och höft/bäcken (4, 5). Det är inte alltid smärtorsaken utreds på personer som vårdas inom den kommunala hälso- och sjukvården och enligt Jakobsson saknas smärtdiagnos hos 37 % hos dessa, trots uppenbara smärtproblem (4).

För att förstå en persons smärta och kunna ge den effektivaste behandlingen behöver en systematisk smärtanalys göras med hjälp av någon typ av smärtskattningsinstrument eftersom smärta inte kan bedömas enbart genom att titta på personen (6). Smärtbehandlingen bör grunda sig på kunskaper inom omvårdnad och medicin i enlighet med kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (7) samt ICN:s etiska koder, att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (8).

Bakgrund

Smärta hos äldre.

Trots att smärta är ett behandlingsbart symtom som ofta kan lindras, utreds och analyseras den inte alltid eftersom smärta ibland ses som en naturlig del av åldrandet (1, 4). Vårdpersonal bedömer inte alltid smärtan på samma sätt som patienten. I en studie av Blomqvist & Hallberg framkom att flera patienter med normal kognitiv funktion uppgav att de hade mer smärta än vad som tolkades av personalen (9). Bland patienter med nedsatt kognitiv förmåga bedömde vårdpersonalen att något mer än hälften hade smärta. Dock framkom inte patienternas tolkning av smärtan (9) trots att även personer med demenssjukdom kan svara på om hon/han har ont. Även personalens bristande kunskaper om smärta och smärtbehandling samt deras inställning till äldres smärta kan göra att smärtan tolkas för lågt (10).

I Blomqvists studie framkom olika benämningar på hur vårdperso-

nalerna uppfattade patienternas smärta (11). Den vanligaste var reell smärta, som kännetecknades av att den var synlig och personalen visste orsaken till smärtan. Den minst vanliga benämningen var oartikulerad smärta, vilket innebar att patienten inte kunde förmedla sin smärta men personalen antog att den fanns.

Strategier för smärtbehandling

En förutsättning för att uppnå god smärtlindring är att smärtan identifieras, analyseras, åtgärdas och att given smärtbehandling utvärderas. Detta kan göras på flera sätt. I en studie av Allock framkom att personalen till 84 % litade på att patienten själv sa till om han/hon upplevde smärta, att underlag för smärtbehandling saknades och att 40 % av sjuksköterskor och undersköterskor saknade smärtutbildning och 85 % av sjukvårdsbiträdena var helt utan vårdutbildning (10). Smärtans svårighetsgrad kan uttryckas ospecifikt som «mindre smärta», «inte så smärtsamt», «när det gör ont lite», «ganska smärtsamt» och «mycket smärtsamt» (9) eller genom att fråga eller observera reaktionen vid beröring av kroppsdel som gör ont. Även smärtbedömning till patienter med grav kognitivsvikt bör bedömas på ett systematiskt sätt utan att patientens egen förmåga utesluts då de trots grav kognitiv svikt kan svara på frågan om smärta finns just nu (6, 12).

Ett flertal olika strategier kan användas för att hantera smärta. En och samma patient kan använda mer än en strategi (4, 5, 10, 11, 13). Vanligast är medicinering (4, 5, 10, 13) därefter kommer vila och distraktion (4, 5). Andra metoder kan vara massage, kylbehandling, stresshantering och samtal. Oftast används en flerdimensionell strategi vilket innebär en kombination av farmakologiska, fysiska och kognitiva metoder (4, 5, 10, 11, 13). Blomqvist fann att omvårdnadspersonal i flera fall inte kunde minnas om de gjort något för att lindra smärtan förutom att förlita sig helt på läkemedel (10).

Hinder i smärtbehandlingen kan vara kommunikationshinder (1, 2, 9, 12). Dessa kan vara rent språkliga men kan även vara att äldre personer är rädda för att fråga eller för att delta i tester och därmed döljer sin smärta (1, 2). Kognitiv svikt hos patienten är ett kommunikationshinder som försvårar bedömningen av hur patienten upplever smärta

och om smärtbehandlingen är tillräcklig (1, 12). Att sjuksköterskan tolkar patientens smärta för lågt och att utvärderingen inte alltid görs (9) eller att smärtan ses som en naturlig del av åldrandet kan också vara ett hinder för smärtbehandlingen (1, 4, 10).

En förutsättning förutom smärtanalys för att äldre personer ska få tillräcklig hjälp med smärthantering är att personalen är medveten om hur äldre personer reagerar på effekterna av given smärtbehandling samt att personalen tar reda på vilka metoder som passar de olika individerna (5).

Syfte

Att beskriva vad sjuksköterskor upplever påverkar smärtbehandling av äldre i kommunal hälso- och sjukvård.

Metod

Studien genomfördes med en deskriptiv design med kvalitativ innehållsanalys. Inom kvalitativ innehållsanalys läggs analysens fokus på tolkning av texter (14) och är användbar för att analysera personers erfarenheter, reflektioner eller attityder vilket lämpar sig för omvårdningsforskning (15). Tolkning av texter förutsätter att texten betraktas utifrån sitt sammanhang. Avsikten är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehåll. Skillnader och likheter uttrycks i kategorier och teman i olika nivåer. Vid skapandet av kategorier och teman har kontexten betydelse (16).

Urval

Urvalet gjordes bland sjuksköterskor från två kommuner i västra Sverige, en glesbygds- och en tätorts kommun. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård på särskilda boenden (17). Utöver detta så ansvarar personalen i den ena kommunen även för all hemsjukvård i patientens egna hem medan de i den andra kommunen ansvarar endast för de personer som har någon form av bistånd via socialtjänsten.

Vårdchefen i respektive kommun tillfrågade sjuksköterskor i sin organisation om deltagande i studien utifrån följande inklusionskriterier:

Sjuksköterskor som arbetade på särskilda boende för personer med somatisk och/eller demenssjukdom eller inom hemsjukvården.

Sjuksköterskorna skulle ha arbetat minst ett år inom den kommunala vården eller med sådan som jämfälls med denna.

Totalt tillfrågades tjugo sjuksköterskor, två avböjde vilket gjorde att arton deltog i studien. Urvalet hade stor variation både vad det gällde arbetsplats och arbetade år inom området (tabell I). Flera av sjuksköterskorna hade arbetat inom mer än ett område och fem inom alla kommunens verksamhetsområden. Sex sjuksköterskor hade arbetat i mindre än 5 år och sex i mer än 15 år.

Datinsamling

Tid för intervjuerna bokades via telefon och genomfördes på sjuksköterskans arbetsplats. Intervjun gjordes utifrån följande frågor:

Hur tycker du smärtbehandlingen till äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård fungerar?

Hur kan du påverka smärtbehandlingen till de äldre personer du har hand om?

Vilka möjligheter och hinder upplever du att det finns för smärtbehandling för äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård?

Intervjuerna varade 15 till 50 minuter, de flesta mellan 25 och 30 minuter. Alla intervjuer bandades och skrevs ner ordagrant.

Etik

Efter att ha lämnat skriftlig och muntlig information om studiens syfte till vårdcheferna och fått ett skriftligt godkännande att genomföra studien skickades skriftlig information och förfrågan om att delta i studien till respektive sjuksköterska. En samtyckesblankett undertecknades vid intervjutillfället och sjuksköterskorna fick information om att

Tabell I. Demografisk data av de i studien deltagande sjuksköterskorna

Variabler	Antal sjuksköterskor (n = 18)
Kön	
– Kvinna	17
– Man	1
År som sjuksköterska	
– 0 – 5	3
– 6 – 10	2
– 11 – 15	3
– 16 –	10
År inom kommunal hälso- och sjukvård	
– 1 – 5	6
– 6 – 10	2
– 11 – 15	4
– 16 –	6
Arbetsplats	
– Ordinärt boende	15
– Servicelägenheter	7
– Gruppboende för somatiskt sjuka	12
– Gruppboende för demenssjuka	8

forskningsmaterialet skulle behandlas konfidentiellt, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Studien är granskad av den lokala etikgruppen inom omvårdnad vid Högskolan i Halmstad (D-nr 90-2009-4).

Dataanalys

Dataanalysen gjordes utifrån kvalitativ innehållsanalys (16).

Steg ett var att lyssna igenom alla intervjuerna och skriva ut dem i text.

I steg två lästes utskrifterna av intervjuerna igenom ett flertal gånger för att kunna ta ut de meningsbärande enheter som utgjorde själva analysenheten, exempel: *«just det här med massage att kunna sitta en stund ... det var ju det här också då tog dom ju också på henne. Dom masserade och satt en stund och småpratade lite och det är precis vad hon vill»*.

Steg tre utgjordes av att de meningsbärande enheterna kortades ner, kondenserades och lyftes till en annan nivå d.v.s. abstraherades utan att själva kärnan i innehållet gick förlorat. Föregående meningsbärande enhet blev *«Att sitta ner och ge lätt massage kan upplevas smärtlindrande för en person där beröringen upplevs positivt»*.

Under steg fyra kodades de meningsbärande enheterna som i exemplet blev *«Beröring som smärtlindring»*.

Steg fem i analysen bestod av att koderna sorterades och blev till underkategorier, här blev koden i exemplet *«Omhändertagande»*.

I steg sex framkom kategorier som blev fyra till antalet *kunskapsnivå, organisation, kommunikation och behandlingsstrategi*.

Det sista steget av analysen var att ta fram ett tema utifrån de fyra kategorierna som sjuksköterskorna upplevde påverkade smärtbehandlingen till äldre människor i den kommunala hälso- och sjukvården (16).

Författaren har genomfört och skrivit ut intervjuerna övriga steg i analysen har utförts av både författaren och handledaren var för sig, vid tveksamheter har koderna diskuterats och tagits tillbaka till analysenheten. I några fall har de lyfts tillbaka till ursprungstexten.

Resultat

I resultatet benämns undersköterskor och vårdbiträden som omvårdnadspersonal. Siffran inom parenteser efter varje citat avser vilken intervju citatet är hämtat från.

Resultatet beskrivs utifrån de fyra kategorierna som framträdde i studien: Kunskapsnivå, Kommunikation, Organisation, och Behandlingsstrategi (tabell II). Kategorierna blev till ett temat En ostrukturerad organisation försvårar möjligheten att ge en god smärtlindring. Temat beskrivs sist i resultatet.

Det framkom att sjuksköterskorna såg olika på vad som påverkar smärtbehandlingen. Det den ena tyckte var en möjlighet sågs av nästa som ett hinder. Det var även så att en och samma sjuksköterska kunde se både positivt och negativt på en och samma orsaksfaktor t.ex. läkarnas tillgänglighet.

Kunskapsnivå

Här framkom kunskapsnivåns betydelse för smärtbehandlingen och underkategorierna blev: Läkemedel och äldre, behov av smärtanalys, smärtans mångfald och uttryckssätt samt erfarenhet.

Läkemedel och äldre handlade om vikten av att inneha kunskap om hur läkemedel påverkade den åldrande människan. Det framkom att om kunskapsnivån höjdes hos läkare, sjuksköterskor och omvårdnadspersonal skulle medvetenheten och förståelsen öka för den äldre smärta och fler behandlingsstrategier lyftas fram.

Det visade sig att det förekom både över och undermedicinering. Övermedicinering bestod oftast av att patienten stod på kontinuerlig medicinering i flera år utan att den utvärderats medan undermedicinering innebar att läkaren var restriktiv med att skriva ut potenta läkemedel såsom morfin trots att andra läkemedel inte hjälpte mot patientens smärta. Även feltolkning av symtom och att fel val av läkemedel kunde orsaka övermedicinering. Däremot framhövdes att smärtlindringen i palliativ vård fungerade bra och att de palliativa teamen bidragit till kunskapslyft inom smärtbehandling.

Att ha kunskap om läkemedelsbiverkningar och vetskap om vilka läkemedel som påverkade äldre ansågs viktigt. Resultatet visade att patienter kom från sjukhuset med smärtlindring som gav biverkningar i form av förvirring och med ökad falltendens.

«Egentligen finns ingen riktigt bra medicin till äldre för de får ju biverkningar av den. De blir yra och då tycker jag inte den är någon bra smärtlindring. De går upp och ramlar och många av de smärtlindrande medicinerna ger yrsel och patienterna blir mer dementa och förvirrade än vad de är» (2)

Inom underkategorin *Behov av smärtanalys* framkom vikten av att inneha kunskaper om själva analysen och dess betydelse. En väl genomförd smärtanalys där smärtorsaken framkom gav en smärtbehandling som riktade sig mot patientens specifika smärta medan om analysen sviktade gjorde även behandlingen det. Det framkom att om vårdcentralens läkare inte hittade en smärtorsak så remitterades patienten inte vidare för utredning.

«Om jag ser till min läkare då att vi diskuterar smärta. Vad kan smärtan komma ifrån? och så tar vi lite prover... om man har ont någonstans och man försöker olika smärtbehandlingar å det kan väl kännas att man stannar upp ibland man går inte riktigt vidare och riktigt tar reda på grundorsaken.» (18)

Underkategorin *Smärtans mångfald och uttryckssätt* handlade om att se till hela människans och hennes sätt att uttrycka smärta. Det ansågs viktigt att kunna särskilja den psykiska smärtan från den kroppsliga. Även att tolka smärtuttryck utifrån icke verbala parametrar ansågs viktiga eftersom demenssjukdom eller annan nedsatt kognitiv förmåga var vanligt bland patienterna och dessa kan ha svårt att uttrycka sig med ord.

«En annan gång jag var här hade hon också haft ont och jag kunde läsa i journalen att hon hade haft ont överallt, ja och då är det ju

Tabell II. Kategorier med underkategorier

Kategori	Underkategori	Temat
Kunskapsnivå	Läkemedel och äldre Behov av smärtanalys Smärtaens mångfald och uttryckssätt Erfarenhet	En ostrukturerad organisation försvårar möjligheten att ge en god smärtlindring
Kommunikation	Verbal kommunikation Kommunikationsförmåga hos patienten Dokumentation	
Organisation	Arbetsmiljö Ekonomi Kontinuitet Samverkan	
Behandlingsstrategi	Farmakologisk behandling Fysisk aktivisering Omhändertagande	

väldigt svårt... man missar väl inget nu bara för att man tror att det är mest psykiskt för hon klagar ju jämt över ont» (4)

Sjuksköterskans *erfarenhet* påverkade patienten möjligheter till smärtlindring. En erfaren sjuksköterska sökte olika möjliga smärtlindringsstrategier medan den med mindre erfarenhet nöjde sig med färre strategier trots att patienten inte var fullt smärtlindrad. Den erfarna sjuksköterskan vågade även avvakta läkemedelsbehandling och prova omvårdnadsåtgärder initialt om inte smärtan var alltför intensiv medan den oerfarna satte sin tillit endast till läkemedel.

«Bara för att man visar tecken på ont nu så är det ingen akutinsats, utan man skulle kunna avvakta. Man skulle kunna massera och lägga på värme, röra leden.. det finns så otroligt mycket annat man kan göra än att stoppa i tabletter » (7).

Kommunikation

Underkategorier som framkom inom denna kategori var: Verbal kommunikation, kommunikationsförmåga hos patienten och dokumentation.

Verbal kommunikation handlade om att ge och ta information från olika aktörer och ansågs vara nödvändig för att smärtbehandlingen skulle fungera. Informationen skedde mellan olika personalkategorier, olika huvudmän samt till och från patienten. Den kunde vara motstridig och ibland obefintlig och vid dessa tillfällen brast smärtlindringen till patienten.

Det framkom att det oftast var sjuksköterskan som knöt ihop informationen till en helhet vilket gjorde att där kommunikationen fungerade skapades en förutsättning för smärtlindring medan där den brast uppstod hinder i vården till patienten.

«Det är genom att prata med de och be de beskriva hur smärtan är och sen får jag föra den informationen vidare till behandlande läkare (m) som kan kanske ge nya ordinationer eller hjälp på något sätt.» (11)

Kommunikationsförmåga hos patienten avsåg patientens förmåga att kommunicera. Smärtlindringen fungerade bättre om patienten kunde föra sin talan medan det framkom att demenssjukdom eller annan kognitiv svikt försvårade smärtbedömningen och de skattningsinstrument som fanns var ej användbara. Att kunna läsa av kroppsspråk lyftes därför fram som en del i kommunikationen till dessa patienter.

«Men ibland så får man ju vara detektiv. Ja personalen är ju väldigt observanta, dem som jobbar med de dementa och så.» (2)

Dokumentation i gemensamt datoriserat dokumentationsprogram underlättade kommunikationen mellan olika personalkategorier och gjorde att alla patienternas behov synliggjordes samt att hela dygnet täcktes in.

Det fanns olika sätt att dokumentera smärtan. Några som nämndes var observationsscheman, smärtdagbok och individuell vårdplan i datajournaler. Det framkom att det saknades bra smärtskattningsinstrument för smärtanalys av äldre. De som fanns var antingen otillräckliga eller för omfattande.

«Dokumentation är viktig även för omvårdnadspersonal. Det är ju ett hjälp... för oss också, ett stöd när det är så stora personalgrupper. Då kan man liksom gå tillbaka och se liksom eller om vad det gäller, är det speciella tillfällen eller patienten har ont» (13)

Organisation

Denna kategori handlade om hur organisationen påverkade möjligheten till smärtbehandling. De underkategorier som framkom var: Arbetsmiljö, ekonomi, kontinuitet och samverkan.

Inom underkategorin *arbetsmiljö* framkom det att sjuksköterskorna ofta ansvarade för mer än sitt ansvarsområde. Detta gjorde att patientantalet upplevdes för stort. Det blev även tydligt att sjuksköterskan inte ansåg sig ha mandat att sätta in omvårdnadsåtgärder som smärtbehandling, utan att dessa kunde prioriteras bort. Dessutom kommer direktiv uppifrån att sjuksköterskor måste prioritera bort sådant som skulle kunna vara till hjälp inom smärtbehandling vilket upplevdes frustrerande.

«Jag tycker det är för lite sjuksköterskor, om man se på det. Vi går ju ofta kopplade och går kort. När man går en på tre områden... nå så det är inte en fungerande organisation... det är det inte, det tycker jag inte.» (16)

«Det kan jag inte göra... jag kan föreslå det... och lägger fram det till enhetschefen kan du ordna detta, javisst säger han... sen kanske nån vecka eller månad så rycker de på axlarna och säger – det har vi ingen tid med det har vi inga resurser till.» (7)

Ekonomi upplevdes ha krympt och detta återspeglade sig i smärtbehandlingen genom att patienter bland annat inte fick bidrag till miljöombyte på samma sätt som förut. Det avsattes heller ingen tid eller resurser för utbildning av omvårdnadsåtgärder som smärtlindring.

«Taktstimulering alltså När skulle personalen få tid för detta ja. bara ha det skönt och gott och så va. Men det är ju synd i dagens läge när det inte finns några extra pengar till någonting tyvärr.» (4)

Kontinuitet handlade om hur patientkännedom och tidsperspektivet påverkade smärtlindringen. Om personalomsättningen var låg fungerade smärtbehandlingen bättre, uppföljningar och utvärderingar gjordes även om tiden var knapp. Däremot om personalomsättningen var hög fungerade inte smärtbehandlingen trots att tid fanns. Även trygghetskänslan hos patienten var högre vid låg personalomsättningen. Personalen kände sina patienter väl vilket medförde att olika smärtuttryck uppmärksammades.

«Jag har personal som varit här många år. Dom är griska på att säga till mig när någon verkar ha ont.... Sen har jag en läkare som vart här i många år som man ringer och så kan hon hela historien om patienten» (12)

Samverkan tog upp hur samverkan skedde mellan och inom olika grupperingar. Resultatet visade att för att smärtbehandlingen skulle fungera så måste samverkansgrupper finnas. De sjuksköterskor som hade ett bra samarbete inom den egna organisationen med omvårdnadspersonal, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, enhetschefer och biståndshandläggare ansåg samverkansgruppen som en tillgång men

där samarbetet inte fungerade kunde sjuksköterskan ha svårt att ordna möten med exempelvis omvårdnadspersonalen runt patienten vilket försämrade förutsättningarna för smärtlindring.

«Det är ju genom att vi pratar med varandra, jag träffar hemtjänsten varje morgon och sedan fortlöpande under dan om det behövs» (11)
«Vi har både sjukgymnaster och arbetsterapeuter precis intill oss och för en dialog hela tiden. Har man något problem kan de göra ett hembesök för att se om de kan hjälpa till med någonting.» (6)

Samverkan med andra huvudmän handlade om hur samverkan med läkaren fungerade. Här visade det sig ha stor betydelse hur nära varandra sjuksköterskan och läkaren arbetade och om det fanns utarbetade samverkansrutiner dem emellan. De som hunnit bygga upp en relation med läkaren såg honom/henne som en tillgång medan de som befann sig långt ifrån varandra och där det inte fanns fasta läkare kunde uppleva läkaren som ett hinder. Extern samverkan innefattade även tillgänglighet till konsultation av experter såsom palliativa team och annan smärtenheter på sjukhusen.

«Den tycker jag fungerar bra i och med vi har ju en läkare som kommer hit på rond. Han går, han är ju här 3 dagar i veckan från primärvården.» (8)

Behandlingsstrategier

Kategorin behandlingsstrategier handlade om: Farmakologisk behandling, fysisk aktivering och omhändertagande.

Farmakologisk behandling var att lindra smärta med hjälp av läkemedel. Lindring av akut smärta ansågs fungera bra och analgetika sattes snabbt in. Även medicinering vid genombrottsmärta fungerade bra och då framför allt vid smärta i palliativ vård. Att läkaren ofta ordinerade en mjukstart vid insättning av läkemedel ansågs positivt men kunde upplevas negativt om upptrappningen gick alltför långsamt.

Det förekom välfungerande läkemedel med bra administrationsätt för äldre med smärta, här nämndes antiepileptika mot nervsmärtor och depåplåster för jämn läkemedelskoncentration men även att paracetamol som grund i smärtlindringen kunde ha en god effekt och att det ibland räckte med detta.

«Durogesic men det har ju haft väldigt bra effekt på dem som har fått detta, Norspan... Det är ju lite lättare för att de behöver ju inte ta tabletter utan det är enklare med plåstren.» (8)

«Hon blev insatt på Gabapentin och blev faktiskt så gått som smärtlindrad och «katterna» och «pojarna» på toaletten försvann.» (8)

Fysisk aktivering, att aktivt få röra sig, att få sjukgymnastik eller annan träning i form av rörelse visade sig kunna användas med smärtlindrande effekt. Här handlar det även om att kunna motivera och stötta patienten i fortsatt träning. Men det förekom även annan typ av aktivitet som avledning av smärtan och som gav lindring till patienten.

«Dom har försökt börja med lite aktiviteter nu då. Då bryter dom ju vardagen lite för dom ja, eller dom sitter där och känner efter ja nå det är inte lätt att bli gammal.» (8)

Omhändertagande innebar att kunna ge ett ömsint omhändertagande och att kunna utföra omvårdnadshandlingar. Lägesförändringar kunde ge smärtlindring och innefattade både att vända sig i sängen och att få hjälp upp. Här var utförandet viktigt, att kunna förflyttningsteknik och att använda de hjälpmedel som fanns för att på så vis kunna hantera patienten utan att orsaka smärta i samband med förflyttningen. Omvårdnadshandlingar kunde användas i ett preventivt syfte för att undvika smärta t.ex. tryckavlastning för att förhindra trycksår.

«Men just det här med omvårdnadsbiten är ju en del också. Så tänker jag väldigt preventivt, att se till att undvika trycksår t.ex. att man upptäcker det i ett tidigt skede, det för att undvika lidande och infektioner» (5)

En del i omhändertagandet som framkom var taktill massage. Många sjuksköterskor tyckte detta var en bra omvårdnadshandling som oftast hade en gynnsam effekt för patienten både för den fysiska och psykiska smärtan men det påpekades att det var viktigt att känna till att negativa känslor kunde väckas hos den som fick det.

Det framkom även att bekräftelse, stödsamtal, gott bemötande och att vara nära patienten hade en smärtlindrande effekt och om detta brast upplevde sjuksköterskor att patienterna mätte sämre.

«De äldres smärta kan ju många gånger också vara tror jag brist på uppmärksamhet, alltså det är rena omvårdnadsåtgärder som behövs» (10)

Tema

Temat som växte fram var En oerfaren och ostrukturerad organisation försvårar möjligheten att ge en god smärtlindring. Avsaknad av rutiner och riktlinjer för hur smärtbehandling skall genomföras gjorde att den enskilda sjuksköterskans erfarenhet var avgörande för kvalitén på smärtbehandlingen. Här hade hennes/hans förmåga och förutsättningar att samverka med olika personalkategorier inom organisationen, med läkarna inom primärvården och slutenvården en stor betydelse. Även förmågan att analysera och dokumentera smärta påverkade i stor utsträckning patientens smärtbehandling.

Diskussion

Metoddiskussion

Graneheim och Lundmans tolkning av Kvalitativ innehållsanalys (16) är bara en av flera tolkningar av denna analysform och det som avgjorde att deras tolkning användes i denna studie var att beskrivningen av analysens olika steg var tydlig och lätt att följa. För att få fram vad sjuksköterskors upplevde påverkade smärtbehandlingen inom kommunal hälso- och sjukvård valdes en induktiv ansats. Variationerna som framkom var många men belyser endast hur 18 sjuksköterskor i två organisationer ser på smärtbehandling vilket gör att det endast kan användas av andra som vägledning.

För att öka säkerheten i studien har alla moment gått via handledaren som har läst intervjuerna och gått igenom hela analysen. Vid tveksamheter har koderna diskuterats och tagits tillbaka till tidigare analysdel för att förstå kärnan i koden, citat har använts för att förstärka och göra resultatet mer pålitligt och trovärdigt.

I kvalitativa studier medverkar ofta forskaren vid datainsamlingen t.ex. är det forskaren som gör intervjuerna med forskningspersonerna så även i denna studie. Detta kan innebära att forskarens förståelse påverkar analysprocessen vilket kan färga resultatet. I denna studie kunde förkunskapen inom området medföra att följdfrågorna gav fler infallsvinklar men det skulle även kunna innebära att områden missas eftersom författaren inte går in i analysen helt utan förutfattad mening(16).

Resultatdiskussion

Att inneha rätt *kunskapsnivå* ansågs vara viktigt för att smärtbehandlingen skulle fungera. Omvårdnadspersonalens kompetens spelade en stor roll eftersom de ser patienten mest och deras observationer blir en viktig del i uppföljningen. Detta är i linje med annan forskning där kunskapsbristen var en orsak till att smärtan inte uppmärksammades vilket ansågs bero på att både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal saknade utbildning inom smärta och smärtbehandling (10). En annan kunskapsbrist som uppmärksammats var att smärta ansågs vara en naturlig del i åldrandet och därför inte behandlas trots att det är ett symptom som kan lindras (1, 4.).

Kommunikationen fungerade bättre där personalomsättningen var låg. Då delar personer samma erfarenheter (18) och kommunikation sker vid äkta möten som kännetecknades av en jag - du relation (18). Här känner och respekterar personal och patient varandra vilket kan leda till att patienten talar om att hon/han har smärta.

En annan del i kommunikationen är dokumentationen som ska för-

medla information om patientens smärta. Det är en fördel om de olika yrkeskategorierna har tillgång till samma dokumentationsprogram och kan läsa varandras journaler. Dokumentationen blir en informationskälla och kommunikationsväg i smärtbehandlingsprocessen. Tyvärr fungerade detta dåligt vilket även beskrivs i en studie av Jablonski och Ersek (19) där de fann att även om smärtförekomst fanns dokumenterad så saknades uppföljning av behandlingen. Även dokumentation av smärtans intensitet, mönster och diagnos saknades. Nygaard och Jarland (12) beskrev att patienter med kognitiv svikt ofta saknade dokumenterad smärtorsak trots att denna patientgrupp behöver en mer systematisk analys för att uppnå smärtlindring. Om dokumentationsbristerna ser ut på detta sätt kan den inte användas som informationskälla vilket försvårar smärtbehandlingen och kan orsaka en sämre smärtbehandling och i slutändan ge ett ökat patientlidande.

En orsak till bristande smärtanalys skulle kunna vara att sjuksköterskans kunskaper om dess innehåll brister och/eller att hon/han inte vet var ett fungerande analysunderlag finns. I föreliggande studie framkom att sjuksköterskorna ansåg att det smärtanalysunderlaget som fanns var alltför omfattande och inte förankrat i *organisationen* vilket gjorde att det inte användes. En annan orsak som lyftes fram var att det inte fanns tid att genomföra smärtanalysen då en sjuksköterska oftast ansvarade för fler områden än sitt eget område vilket gjorde att patientantalet blev för stort. Om organisationen inte är tydlig eller om tid inte ges så att en systematisk smärtanalys kan genomföras kan smärtan undervärderas (10).

Sjuksköterskorna i denna studie upplevde att personalomsättningen påverkade patientens smärtbehandling genom att en låg personalomsättning ökar personalens kännedom om patienten och de kan därmed lättare läsa patientens kroppsspråk. Patientkännedomen skulle kunna användas när smärtbehandlingen planeras genom att personalen vet hur patienten fungerar och vad som fungerar för just han/hon. Även Davis och Whit (13) fann att om sjuksköterskor lär sig vilka metoder som passar olika individer kan smärtan hanteras på flera sätt. Detta ger en större möjlighet till en bättre smärtbehandling och högre livskvalitet.

Kategorin *behandlingsstrategier* visade att det finns terapiråd för läkemedel som rekommenderar att äldre patienter skall ordinerar en låg dos av en stark opiat i stället för en högre dos svag opioid för att bli bättre smärtlindrade (20). De läkare som fått utbildning i farmakologisk smärtbehandling till äldre ordinerade starka opiater i lågdos medan de som inte fått specifik smärtutbildning ordinerade en högre dos av svaga opiater. Chau, Walker, Pai och Cho (21) som studerat både behandlingsstrategin och biverkningsprofilen vid smärtbehandling menar att en noggrann analys måste göras där hänsyn till biverkningarna tas. Som behandlingsstrategi nämns tre grundläggande regler nämligen smärtkontroll med begränsad biverkningsprofil, dygnetrunnbehandling och ordinationer att ta till vid smärtgenombrott. Om biverkningar uppstår rekommenderas dosminskning, symtomatiskbehandling av biverkning, byte av opiat och/eller administreringsätt (21).

Behandling av biverkningarna som illamående och förstoppning vid smärtbehandling med starka opioider visade sig vara bra då antiemetika och laxantia oftast sattes in (21). Sjuksköterskorna upplevde att det då var de palliativa teamens kunskaper som påverkat detta. Ytterligare en förutsättning för god smärtbehandling är att den farmakologiska behandlingen kombineras med andra behandlingar t.ex. Taktill massage eller fysisk aktivitet (4, 5, 10, 11, 13). Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskan kunde ordinerar dessa åtgärder men gjorde inte det i så stor utsträckning. Orsak till uteblivna ordinationer uppgav sjuksköterskorna bero på att de inte ansåg sig ha mandat till detta och om omvårdnadspersonalen hade tidsbrist var det dessa behandlingar som fick stå tillbaka.

Konklusion

Slutsatsen av studien framkommer i temat En oerfaren och ostrukturerad organisation försvårar möjligheten att ge en god smärtlindring. Trots hinder då främst i organisationsstrukturen fanns god smärtlindring på flera ställen. Ofta kunde detta hänföras till den enskilda sjuksköterskans erfarenhet som här övervann den ostrukturerade organisationen. Önskvärt är dock att det skall finnas god smärtlindring överallt och att patienten får en optimal smärtlindring oberoende var hon/han vårdas.

Ett sätt att komma framåt kan vara att ta fram underlag för smärtanalys till patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården. Här behövs troligen flera mätinstrument, avsedda för olika patientgrupper då många patienter är multisjuka och att den kognitiva förmågan kan vara påverkad av olika sjukdomar. Det bör också arbetas fram behandlingsstrategier som är anpassade för äldre där både läkemedel och omvårdnadsåtgärder tas med in i behandlingen. Även de organisatoriska faktorerna såsom sjuksköterskans mandat att ordinera omvårdnadshandlingar som smärtlindring och de externa och interna kontaktvägarna behöver utvecklas.

Godkjent for publisering 25.10.2011

Margaretha Elovsson Distriktssköterska MNsc, Fritsla Hemsjukvård Marks kommun.

Barbro Boström RN, PhD, Högskolan Halmstad, Sektionen för Hälsa och Samhälle.

Korrespondens till: Margaretha Elovsson, Fritsla Hemsjukvården, Solgårdsvägen 6, SE-51172 Fritsla. Tlf: +46 (0)73 506 69 71.

E-post: magganelovsson@gmail.com, margaretha.elovsson@mark.se

Referenser

- Briggs E. Continuing professional development: pain. The nursing management of pain in older people. *Nursing Older People*. 2002;14(7):23-29.
- Bird J. Assessing pain in older people. *Nursing Standard*. 2005;19(19):45-52.
- Jakobsson U, Klefsjö R, Westergren A, Rahm Hallberg I. Old people in pain: A comparative study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26(1):625-636.
- Jakobsson U. Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain management nursing*. 2004;5(4):137-143.
- Blomqvist K, Hallberg I. Managing pain in older persons who receive home-help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16(3):319-328.
- Flaherty E. Using pain-rating scales with older adults. *American Journal of Nursing*. 2008;108(6):40-47.
- Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2007.
<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20r%20webb2.pdf>
- Blomqvist K, Hallberg I. Recognizing pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38(3):305-318.
- Allcock N, McGarry J, Elkan R. Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*. (2002);10(6): 464-471.
- Blomqvist K. Older people in persistent pain: nursing and paramedical staff perceptions and pain management. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(6):575-584.
- Nygaard H, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrapportering og sykepleiers vurdering *Nor Lægeforen*. 2005;125(10):1349-51.
- Davis G, White T. Nursing's role in chronic pain management with older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2001;16(3):45-55.
- Krippendorff K. Content Analysis. An introduction to its methodology. California: Sage Publications; 2004
- Downe- Wamboldt B. *Health Care for Women International*. 1992;13(3):13-321
- Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004;24(2):105-112.
- Socialdepartementet. Svensk författningssamling (SFS) Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Buber M. *Det Mellanmänskliga*. Ludvika: Dualis förlag; 1990.
- Jablonski A, Ersek M. Nursing Home Staff Adherence to Evidence-Based Pain Management Practises. *Journal of Gerontol Nuursing*. 2009;35(7):28-37.
- Riktlinjer/Terapiråd Smärta i Västra Götaland. Regionala läkemedelsrådet i Västra Götaland
<http://epi.vgregion.se/upload/L%C3%A4kemedel/Sm%C3%A4rta/REK%202010%20Sm%C3%A4rta.pdf>
- Chau D. L., Walker V, Latha Pai L, Cho L. M. Opiates and elderly: Use and side effects *Clin Interv Aging*. 2008;3(2):273-278.