

# Smärta och obehag hos demenssjuka

Hur vårdpersonal tolkar och dokumenterar tecken på smärta och obehag hos demenssjuka vårdtagare som inte verbalt kan förmedla sig

*Betty Spjuth  
Sara Lundell  
Ingrid Bergh*

*Juni 2006*

# Smärta och obehag hos demenssjuka

© FoU i Väst

Första upplagan juni 2006

Layout: Infogruppen GR

**FoU<sub>i</sub>väst** GR

# Tack till alla...

Den höga förekomsten av smärta bland äldre på äldreboenden samt äldre patienter som inte kan kommunicera verbalt understryker viktigen av ett instrument för att tolka, värdera och dokumentera den äldres upplevelse av smärta.

Inom demenssjukvården där vårdtagaren ofta har en bristande förmåga att verbalt kommunicera smärta och obehag är det av yttersta vikt att ett instrument som stöd för smärtanalys är oberoende av den ”kliniska blicken” hos den personal som använder instrumentet.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som medverkat till att denna studie blev möjlig.

Tack till Margareta Stenson, enhetschef på Gråbergets vård och äldreboende som bidragit, stöttat och trott på studiens betydelse för äldre demenssjuka personer med smärta.

Tack till vårdpersonalen på demensavdelningarna för det arbete och engagemang ni har lagt ned på att genomföra observationerna.

Tack till FoU i Väst/GR för beviljade stipendiemedel, uppbackning och det intresse ni visat för vår studie.

Därför är vår förhoppning att denna rapport skall spridas runt om i landet och bidra till en utveckling av demensvården, så att kunskapen och intresset kring smärta och demenssjukdomar utvecklas i våra kommunala äldreboenden.

Betty Spjuth, leg sjuksköterska  
Sara Lundell, leg sjuksköterska, vårdlärare  
Ingrid Bergh, leg sjuksköterska, lektor

# Sammanfattning

*Studiens syfte* är att undersöka om användandet av ett bedömningsinstrument bidrar till en förbättrad omvårdnadsdokumentation avseende vårdtagarens tecken på smärta och obehag.

*Utgångspunkten för studien* är den höga smärtprevalensen bland äldre patienter. Smärta kan medföra en försämring av livskvalitet och ett ökat vårdbehov. Att bedöma och behandla smärta, blir följaktligen en huvuduppgift för personalen inom äldreboenden. Detta är emellertid en mycket komplicerad uppgift då den äldre patientens smärtupplevelse påverkas av en mängd faktorer.

*Metod* Studien genomfördes vid två avdelningar som är inriktade mot demens vid ett vård- och äldreboende i Göteborg. Samtliga vårdpersonal (n= 42) vid de två avdelningarna deltog i studien. I studien deltog även totalt 16 patienter med en känd smärtproblematik. I samband med att studien startade introducerades ett bedömningsinstrument - Smärta & Demens ett hjälpmedel för analys och dokumentation av smärta och obehag hos demenssjuka (Nilsson et al., 2002) på de båda avdelningarna.

Del 1. I samband med en vårdtagares morgonskötsel, observerade vårdpersonalen (som arbetade två och två) beteende och eventuella tecken på smärta och obehag hos vårdtagaren. Efter avslutat omvårdnadsarbete ombads personalen att oberoende av varandra nedteckna sina observationer av smärta och obehag som de noterat. Frågor ställdes även till vårdpersonalen om ålder, yrkeserfarenhet, utbildning etcetera.

Del 2. Utvärdering av omvårdnadsdokumentation avseende vårdtagarens tecken på smärta och obehag, gjordes vid fyra tillfällen, före samt tre, sex och nio månader efter införandet av instrumentet Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002).

*Resultatet* visar att kompetensen finns både för att tolka tecken på smärta och obehag samt för att dokumentera tecken på smärta och obehag. Personalen anser också att de har denna kompetens. Kompetensen som finns syns dock inte i omvårdnadsdokumentationen. Det går att synliggöra patientens smärta och obehag i omvårdnadsdokumentationen. Smärtmanualen "Smärta & Demens" (Nilsson et al., 2002) kan vara ett hjälpmedel för att strukturera analysen och dokumentationen av smärta och obehag hos demenssjuka men då måste förutsättningar skapas för personalen att använda sin kompetens samt förekomst av "eldsjälar" det vill säga någon som "driver på". ■

# Innehåll

INLEDNING .....	6
Kan man mäta smärta och obehag hos personer med demenssjukdom? .....	6
BAKGRUND .....	8
Vad är smärta? .....	8
Vad är obehag? .....	9
Vad är demens? .....	9
Kommunikation vid demenssjukdom .....	10
Kroppsspråk och icke verbalt språk .....	10
Omvårdnadsdokumentation: Lagstiftning samt lokala riktlinjer .....	10
Lagstiftningarna för den kommunala hälso- och sjukvården .....	10
Sjuksköterskans och undersköterskans kompetensområde .....	11
Dokumentation för vårdpersonal .....	11
Gråbergets vård- och äldreboende .....	11
Omvårdnadsdokumentation på Gråbergets vård- och äldreboende .....	12
Smärtarbetets organisation på Gråbergets vård- och äldreboende .....	13
SYFTET MED STUDIEN .....	14
Etiska överväganden .....	14
Personal .....	14
METOD .....	15
Granskning av omvårdnadsdokumentationen .....	15
Vårdtagare/Urval .....	15
Personal .....	15
Hur vårdpersonalen tolkade tecken av smärta och obehag .....	16
Instrumentets utformning och användbarhet .....	16
Enkäten och användandet av instrumentet .....	17
RESULTATET .....	18
Vårdpersonalens uppfattning om vårdtagarnas upplevelse av smärta och obehag .....	19
Vårdpersonalens egna beskrivningar av tecken på smärta och obehag .....	20
Tecken på smärta .....	20
Tecken på obehag .....	21
Instrumentet .....	22
Vårdtagarnas tecken på smärta och obehag i omvårdnadsdokumentationen .....	22
DISKUSSION .....	25
Vad har studien haft för betydelse rent praktiskt? .....	26
Är detta arbete...? .....	27
REFERENSER .....	28
BILAGOR .....	30

# Inledning

Som sjuksköterska på en demensenhet kommer jag (Betty Spjuth) dagligen i kontakt med vårdtagare som har varierande grad av smärta. Många av dem vi vårdar lever med långvarig och ofta återkommande smärta som det kan vara mycket svårt att tolka, utreda och behandla på grund av brister i kommunikationen mellan vårdare och vårdtagare. Det är idag tyvärr många vårdtagare som inte får den hjälp som är möjlig att ge, för att kunskapen inte sprids tillräckligt aktivt och därför att kompetensen på området varierar.

Smärta är alltid en subjektiv upplevelse och inom få områden är begreppet helhetssyn så viktig som när det gäller att hjälpa människor med långvarig smärta. Smärtan upplevs, uttrycks och tolereras olika för var och en av oss bland annat beroende på tidigare erfarenheter av smärta och smärtbehandling (Ahles et al., 1983, Währborg, 1995).

Vissa smärttillstånd uppstår som ett samspel mellan individen och miljön, medan andra beror på förhållanden hos den enskilda människan (Währborg, 1995). Vi måste tro på vårdtagarens sätt att uttrycka smärta, lära oss att tolka och förstå tecken på smärta och obehag. Det är bara den enskilde som drabbas av smärtan som kan hantera och veta hur ont han eller hon har. Ingen annan kan känna det jag känner och ingen annan kan uppleva det jag upplever. Tyvärr förmår vårdtagaren inte alltid att uttrycka detta adekvat på grund av demenssjukdom eller andra funktionsnedsättningar (Killander et al., 1999, Ferrell et al., 1995).

Smärtan är intimt förknippat med vårt känsloliv och kan förstärkas och påverkas av i vilket tillstånd vårt psyke är. Oro, irritabilitet och aggressioner är ofta ospecifika symtom som kan ha både psykosociala och somatiska orsaker, men som också kan bero på demenssjukdomen i sig (Sink et al., 2004). Oprovocerade aggressiva uttryck kan vara tecken på kroppslig sjukdom, smärta, infektioner eller exempelvis förstoppning. Eftersom personen med demenssjukdom oftast inte adek-

vat kan beskriva sina symtom, blir beteendeförändringen hans signal till omgivningen, och det är personalens uppgift att tolka den. Ingenting kan ersätta medmänsklighet i omvårdnaden av vårdtagare med demens, oro eller depression. Ett nära samtal kan aldrig ersättas av piller, men individuellt doserade läkemedel utgör naturligtvis ett komplement till behandlingen.

Vid en långt framskriden demenssjukdom saknas ofta ett verbalt språk. Personer boende på äldreboenden och främst patienter med demenssjukdom är underbehandlade när det gäller smärtlindring och får ofta lida i onödan (Ferrell et al., 1995). Det finns idag mycket få analysinstrument som på ett tillfredställande sätt kan vara ett stöd för vårdpersonal att tolka och utvärdera oro, smärta och smärtbehandling hos demenssjuka personer. Den mest använda är VAS-skalan (visuell analog skala) (Bergh et al., 2000) vilken kräver att patienten/vårdtagaren kan medverka vid skattningen av smärtupplevelsen, och är oftast omöjlig att använda vid vården av personer med demenssjukdom.

## Kan man mäta smärta och obehag hos personer med demenssjukdom?

En önskan om att utveckla och bli bättre på att tolka och åtgärda smärta hos demenssjuka vårdtagare ledde till att jag hittade slutrapporten till projektet ”Smärta & Demens” som tillkommit på initiativ av sjuksköterskor (SSK) och undersköterskor (USK) vid Rosenhälls Demensboende i Uddevalla (Nilsson et al., 2002). Rapporten beskrev hur ett instrument (bilaga 1) utvecklats och används som ett stöd för att tolka smärta och obehag hos patienter/vårdtagare som inte verbalt kan förmedla sig. Efter att ha läst rapporten ökade min nyfikenhet för instrumentet. Var detta något man kunde använda för att förbättra omvårdnaden av de boende med demenssjukdom på Gråbergets vård- och äldreboende?

Syftet med instrumentet är att vara ett hjälpmedel för att kunna göra en strukturerad smärtanalys som grund för vårdplanering och omvårdnadsdokumentation. Instrumentet är utformat som en folder som är enkel att använda. Foldern omfattar sex delar och inleds med hur den skall användas och en uppmaning att läsa igenom hela foldern innan den används första gången. Vid tecken på förändrat beteende och smärta finns i foldern angivet fysiska, psykiska, sociala och existentiella tecken som kan användas som hjälp vid analys av tecken på smärta hos patienten/vårdtagaren. I foldern finns även angivet enkla åtgärder som kan prövas för att ta bort smärta och obehag hos patienten/vårdtagaren. Åtgärd och resultat dokumenteras och uppgifterna uppdateras i omvårdnadsstatus i vårdplanen. När de enklare åtgärderna inte räcker, får en grundligare analys genomföras och åtgärder planeras tillsammans med sjuksköterskan. Foldern "Smärta & demens" (Nilsson et al., 2002) inbjuder till att vårdpersonal tar sig tid att observera och tolka symtom som tyder på smärta och obehag, att sedan jämföra med en kollegas bedömning och få en säkrare och mer enhetlig analys av smärta hos vårdtagare med demenssjukdom som har svårt att uttrycka sina upplevelser och saknar förmåga att själva uttrycka sig.

Jag kontaktade Ingrid Bergh som undervisar och forskar inom området smärta. Ingrid och jag ville studera om instrumentet "Smärta & demens" (Nilsson et al., 2002) kunde vara ett hjälpmedel för vårdpersonal att på ett strukturerat och enhetligt sätt beskriva iakttagelser av smärta och obehag hos vårdtagare. Vi sökte stipendiemedel från FoU i Väst/GR för att påbörja en studie av hur vårdpersonal tolkar tecken av smärta och obehag utan och med hjälp av instrumentet på två demensenheter på Gråbergets vård- och äldreboende. Vi ville också studera om användandet av instrumentet kunde bidra till en förbättrad omvårdnadsdokumentation avseende vårdtagarens tecken på smärta och obe-

hag. Vi ville även synliggöra den tysta kunskap som vi tror många av vårdpersonalen besitter och hur, var och av vem smärta och obehag dokumenterades i omvårdnadsjournalen.

Sara Lundell som är sjuksköterska, vårdlärare och ansvarig för utvecklingen av foldern "Smärta & demens" (Nilsson et al., 2002) kontaktades. Sara höll i ett inledande skede av vår studie en muntlig presentation för all inblandad personal om syftet med studien samt vårdpersonalens roll i studiens genomförande och har fortlöpande under studiens gång varit en diskussionspartner i arbetet med studien och skrivandet av rapporten. ■

# Bakgrund

Smärta är ett mycket vanligt problem bland äldre patienter (Landi et al., 2001, McClean and Higginbotham, 2002). Flera svenska studier har påvisat att över 70 procent av patienterna inom geriatriken (Bergh et al., 2000, Bergh et al., 2001) och äldreomsorgen (Blomqvist and Hallberg, 1999) har smärta. Bland äldre patienter på sjukhem angav 51 procent daglig smärta (Ferrell et al., 1990). Enligt Weiner et al (Weiner et al., 1998), upplevde 68 procent återkommande eller konstant smärta. En studie gjord vid ett sjukhem i Stockholm visade att 80 procent av vårdtagarna bedömdes ha smärta, men noteringar om smärtförekomst i journalen fanns endast för 38 procent av vårdtagarna (Axelsson, 1999). Bland besökarna på en geriatrisk mottagning led 70 procent av patienterna av ett smärtsamt tillstånd, det förekom analgetisk behandling i 50 procent av fallen. Bland de patienter som inte verbalt kunde kommunicera sin smärta led hela 90 procent av ett smärtsamt tillstånd, 75 procent av dessa patienter fick ingen analgetisk behandling (Rat et al., 2000). Bland äldre patienter med bibehållen verbal förmåga kunde den behandlande läkaren identifiera smärta hos 43 procent, men endast hos 17 procent av de patienter som saknade förmåga att verbalt uttrycka sig (Sengstaken and King, 1993).

Den äldre patientens upplevelse av smärta kan få allvarliga konsekvenser i form av kraftigt nedsatta fysiska funktioner och försämrad livskvalitet, vilket resulterar i en långsam rehabilitering och ett ökat vårdbehov (Ferrell, 1991). Det är således inte utan anledning som Socialstyrelsen konstaterar att ett av omvårdnadens huvudsyfte är att ”*undanröja smärta*” (SOSFS, 1993). Detta gäller i synnerhet den äldre patientens omvårdnad.

Socialstyrelsen (SOSFS, 1993) poängterar att en problemlösningmodell kan användas i omvårdnadsarbetet såväl vid bedömning, planering, genomförande som vid utvärdering och dokumentation av omvård-

nadsarbetet. I denna process kan olika typer av bedömningsinstrument vara av betydelse såväl för patienten och vårdpersonalen men även för organisationens utvärdering av sin sjukvårdande verksamhet. Inom Gråbergets vård- och äldreboende dokumenterar såväl sjuksköterskor som undersköterskor. Dokumentationen sker i den gemensamma omvårdnadsjournalen men med olika sökord. Sjuksköterskorna dokumenterar under SSK-sökord och undersköterskorna under särskilda USK-sökord. När undersköterskorna dokumenterar under USK-sökordet ”smärta” måste det som dokumenteras även rapporteras till ansvarig sjuksköterska.

## Vad är smärta?

Vad som händer i kroppen vid smärttillstånd är fortfarande tämligen okänt. Flera förklaringsmodeller förekommer men teorier som enbart är fokuserade på aktiviteten i perifera nociceptorer är vanligen otillräckliga för att förklara de besvär patienten rapporterar. Den så kallade ”Gateteorin” av Melzack och Wall (Melzack and Wall, 1965) och den av Melzack (Melzack, 1999) nyligen presenterade ”Neuromatrixteorin” är modeller som väver samman fysiologiska påvisbara aktiviteter med förklaringsmodeller om emotioner, smärtan ses som ett mångdimensionellt fenomen. Inte heller dessa modeller ger en heltäckande förklaring till tillstånd med smärta. Smärta är en subjektiv upplevelse och varje människa upplever smärta på sitt personliga sätt (Nortvedt, 2000). Olika personer har olika förmåga att tolerera smärta och olika sätt att hantera den. Det är en mängd faktorer som gör att smärtan upplevs olika exempelvis tidigare smärtupplevelser, stämningsläge och sociala faktorer. Det är väl känt att olika kulturer uttrycker smärta helt olika på grund av skilda erfarenheter. Fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella faktorer kan bidra till hur smärtan upplevs och uttrycks (Bertelsen, 1993). Människan är en hel varelse med kropp, själ och ande. Ibland indelas också män-



niskan i en fysisk, psykisk, social, andlig och existentiell del. Smärta kan drabba alla människans delar. Det är en hel människa som lider och smärtan bör betraktas som ett fenomen där kroppsliga och själsliga aspekter är integrerade (Bertelsen, 1993).

Smärta är således en upplevelse som kan förekomma i samband med skada men smärta kan även förekomma utan att någon sådan kan påvisas (IASP, 1979). Denna definition säger ingenting om vad denna upplevelse består i. Smärta ses ofta som ett flerdimensionellt fenomen (Grossman et al., 1992, Ahles et al., 1983). Olika dimensioner av smärta är hoplänkade och svåra att separera från varandra, vissa dimensioner är dock troligtvis mer framträdande beroende på typ och orsak till smärtan (Grossman et al., 1992). Detta flerdimensionella sätt att förhålla sig resulterar i att smärta ses som en "totalupplevelse" (Sim and Waterfield, 1997) som kommer att påverka både upplevelsen och uttrycket av smärtan. Smärta kan således ses ur ett helhetsperspektiv med såväl fysiska, psykiska, sociala och/eller existentiella dimensioner (Brattberg, 2003). Detta synsätt är utgångspunkten i denna studie.

## Vad är obehag?

Enligt Closs och Briggs (Closs and Briggs, 2002) ses smärta och obehag sällan som två skilda begrepp. I sin litteraturgenomgång redogör de för symtom som anges om obehag, som exempelvis klåda och den brännande känslan som en inflammation ger upphov till. Författarna menar emellertid att smärta och obehag visserligen är två distinkta fenomen men som överlappar varandra.

Obehag kan beskrivas som något som är "otrevligt". Personer med ett behärskat förhållningssätt uttrycker ibland en smärtupplevelse i termer av obehag (Closs and Briggs, 2002). Studier har visat att både bland yngre (Donovan et al., 1987, Jacox, 1979) och äldre patienter (Bergh et al., 2000) förekommer att patienten verbalt förnekar en smärtupplevelse men skattar en smärtupplevelse som "mild", "måttlig" eller "obehaglig".

*Fysisk smärta och obehag:* Viktiga aspekter här är; lokalisation, utbredning och varaktighet av smärtan samt smärtans karaktär. Till denna dimension kan även upplevelse av obehag hänföras som exempelvis extrem trötthet, andningssvårigheter och illamående.

*Psykisk smärta och obehag:* Viktiga aspekter här är; oro, depression, ångest, rädsla, sorg, skuld, vrede och ilska.

*Social smärta och obehag:* Viktiga aspekter här är; identitet, självkontroll, vänner, närstående, funktion i det dagliga livet, känsla av delaktighet (avsaknad av...).

*Existentiell smärta och obehag:* Viktiga aspekter här är; skuld, hopp, rättvisa samt religiösa frågeställningar.

## Vad är demens?

Demens är ett samlingsnamn för sjukdomar och skador i hjärnan som oftast uppträder i samband med hög ålder. Demenssjukdomen är progredierande vilket innebär att sjukdomstillståndet fortskrider successivt med tilltagande försämring av såväl fysiska som intellektuella funktioner och färdigheter. Enligt H-70 studien ökar förekomsten av svår demens från 1 procent vid 70 år till 7 procent vid 79 års ålder (Nilsson and Persson, 1984). När flera nervceller inte fungerar påverkar det hela nervsystemet, med svårigheter att kommunicera som följd. Den demenssjuke patienten kan inte uppfatta eller tolka sig själv och sin omvärld som han/hon tidigare har gjort. Även simultankapaciteten påverkas vilket innebär svårighet att utföra flera saker samtidigt (Grönquist, 1999).

Huvudsymtomet, oavsett vilken demenssjukdom det gäller, är minnesstörning, nedsatt intellektuell förmåga, försämring av abstrakt tänkande, störd tidsuppfattning, svårighet att känna igen föremål och personer. Omdömet och personligheten förändras främst vid skador i pannloberna (Westlund, Mårtensson, Andersson, 1991).

Diagnosen demens får enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders endast ges när man kan bestämma att personen har:

- A. Minnesstörningar
- B. Minst en av följande störningar
  1. nedsatt förmåga att tänka abstrakt
  2. försämrat omdöme
  3. nedsatt tanke och planeringsförmåga
  4. personlighetsförändring
- C. Dessa störningar skall vara till betydande hinder i arbete och sociala aktiviteter
- D. Symtomen skall ha funnits mer än 6 månader (Wallin, Karlsson, Robertsson, 1994).

Demenssjukdom kan ses vid ett sjuttioal olika sjukdomar (Marcusson et al., 1995). Alzheimers sjukdom är den vanligaste demensformen (50-70 procent). Sjukdomen kan uppträda mellan 40 och 65 år men är vanligast efter 65 år ålder och har ett långt, smygande förlopp. I ett långt framskridet skede av sjukdomen blir

den sjuke allt mer i behov av hjälp. Gångförmågan försämras, den sjuke behöver hjälp med hygien, mat och på/av klädning även språket försvinner och den sjuke uttrycker sig genom skrik, ansiktsuttryck med mera (Isaksson, 2000).

Vaskulär demens är den näst vanligaste förekommande demenssjukdomen (20-40 procent). Typiskt för denna sjukdom är att den sjukas förmåga att förstå, tänka och resonera varierar från dag till dag. Symtomen varierar beroende på var skadan i hjärnan sitter (Isaksson, 2000).

En tiondel av alla demenssjukdomar tillhör gruppen frontallobsdemens. Sjukdomen debuterar vanligen före 65 års ålder inte sällan redan i 40-årsåldern. Sjukdomen är smygande och kan påminna om Alzheimers sjukdom, men typiskt är de tidiga personlighetsförändringarna, försämrade koncentrationsförmåga och nedsatt språkfunktion. Den sjuke blir ofta insikts- och omömslös. Rastlöshet och ibland psykotiska symtom förekommer (Isaksson, 2000).

## Kommunikation vid demenssjukdom

I dagligt tal blandar vi ihop orden smärta, ont, värk, ömhet. Det finns nyanser i orden. Smärta är skarpare och intensivare, värk finns även vid vila och är i regel molande (Gaston-Johansson, 1985). Ont är ett mer allmänt uttryck för smärta och värk och används ibland i andra sammanhang om olust. Ömhet innebär ökad smärtekänslighet vid beröring. På grund av sina kommunikationsproblem har personer med demenssjukdom svårt att uttrycka smärta eller söka hjälp. Därför är det viktigt att personalen observerar beteenden och uttryck som kan vara tecken på smärta och öka medvetenheten och kunskapen om smärteupplevelsen hos de demenssjuka (Brageé, 1999, Nisell and Einhorn, 2000, Währborg, 1995).

I mötet med den demenssjuke vårdtagaren finns kommunikationsproblem, dels den demenssjukes svårigheter att uttrycka sig så andra förstår, dels svårigheter för den demenssjuke att förstå andra människor. Att inte alltid kunna förmedla tankar och känslor innebär inte oförmåga att tänka och uppleva. Den demenssjuke kan ha starka känslor men vara oförmögen att uttrycka dem. Det hör till sjukdomsbilden att känsloupplevelser ofta finns kvar efter det att språkliga förmågor gått förlorade (Westlund et al., 1991). Genom att den demenssjuke ofta saknar språk kommunicerar han/hon smärta genom att använda det semiverbala språket och kroppsspråket. Den demenssjuke stönar, jämrar sig, gnäller eller skriker. Hållning, mimik, rörelser och gester utgör komponenter i kroppsspråket (Isaksson, 2000).

Kommunikationsproblem uppstår ofta i mötet med svårt demenssjuka människor. Kommunikation har att göra med gemenskap. Att kommunicera innebär en gemensam handling. Att bli förstådd och att kunna göra sig förstådd är viktigt för oss som människor, medan det är obehagligt att bli missförstådd av andra eller inte förstå vad någon vill säga till oss. Demenssjukdomen gör att man dels kan ha svårt att uttrycka sig så andra förstår, dels kan det vara svårt att förstå andra människor.

## Kroppsspråk och ickeverbalt språk

Även om den språkliga förmågan saknas finns ofta känsloupplevelsen kvar. Personer med demenssjukdom förmedlar ofta sina känslor genom kroppsspråk. Det späda barnet har ett primitivt språk som består av enkla ljud som skrik och joller utan ord eller meningsuppbyggnad. En människa med svåra smärtor kan falla tillbaka till detta stadium liksom demenssjuka personer som genom sin hjärnskada förlorat det verbala språket. Smärtan uttrycks då genom att den sjuke stönar, jämrar sig, gnäller, skriker. När den intellektuella kapaciteten saknas för att uttrycka sig verbalt återstår bara det primitiva språket och kroppsspråket. Kroppsspråket består av komponenter som hållning, mimik, rörelser och gester (Haegerstam, 1996).

## Omvårdnadsdokumentation: Lagstiftning samt lokala riktlinjer Lagstiftningarna för den kommunala hälso- och sjukvården

Grunderna för den kommunala hälso- och sjukvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Kopplingen till Socialtjänstlagen (SOL) och Lag om Stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är stark. Ädelreformen är bakgrunden till att det finns en kommunal och en landstingskommunal hälso- och sjukvård. Övriga viktiga lagstiftningar på området är Kommunallagen, Förvaltningslagen, Sekretesslagen, Patientjournalagen samt Personuppgiftslagen.

Så sent som på 1960- och 70-talen fanns ingen sammanhållen författningsreglering av journalföringen. Men med den pågående utvecklingen inom hälso- och sjukvården, både kvantitativt och kvalitativt, var det till sist uppenbart att det krävdes en mer systematiserad författningsreglering av journalföring med mera inom vårdverksamheten (Författningshandbok 2004, s 16).

Den så kallade journalutredningen, som tidigare sysslat med vissa arkiveringsfrågor, fick i början av

1980-talet regeringens uppdrag att se över utformningen av den grundläggande patientdokumentationen inom hälso- och sjukvården. Hänsyn skulle tas till såväl vårdtagarens intresse av en god och säker vård samt till deras intresse av integritet och rättsäkerhet. Utredningen kunde i september 1984, i sitt betänkande (SOU 1984:73) Patientjournallagen, lägga fram ett förslag till en särskild journallag. Detta förslag kom att utgöra grunden till den nu gällande patientjournallagen (SFS 1985:562).

## Sjuksköterskans och undersköterskans kompetensområde

I ”Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska” (2005) nämns att en sjuksköterska bör ha förmåga att ”observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd”. Sjuksköterskan skall ”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder”, samt ”uppmärksamma patienter som ej själva uttrycker informationsbehov eller som har speciellt uttalade informationsbehov”. Sjuksköterskan skall även kunna ”dokumentera enligt gällande författningar” samt ”ta del av relevanta journalhandlingar, kritiskt granska egen dokumentation vad gäller innehåll, kvalitet, saklighet, struktur och språkbruk”.

I ett lokalt dokument kallat ”Undersköterskans kompetensområden” (2006) skall undersköterskan kunna ”uppmärksamma behov hos vårdtagaren” samt rapportera eventuella förändringar till olika samarbetspartners.

Vidare skall undersköterskan i sitt arbete ”utgå från vårdtagarens upplevelse av livskvalitet”, ”kunna bemöta vårdtagare som har smärta, oro, ångest och aggressivitet”. I dokumentet framhålls även vikten av att ”kunna uppmärksamma, förstå, tolka och bemöta behov som vårdtagaren inte själv kan uttrycka” samt ”vara vårdtagarens språkrör”. Även dokumentation och datakunskap ses som en viktig kompetens.

Sedan 1986 finns Patientjournallagen (1985:562) som fastställer att en legitimerad sjuksköterska på ett lämpligt sätt skall dokumentera sitt omvårdnadsarbete. Skyldig att föra patientjournal är den som enligt 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. Likaså är den som utan att ha legitimation för yrket, är verksam som logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller inom den enskilda häl-

so- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, skyldig att föra patientjournal. Var och en som för patientjournal svarar för sina uppgifter i journalen (Författningshandbok 2004, s. 187). Föreskrifterna och de allmänna råden gäller generellt, såväl inom offentlig hälso- och sjukvård bedriven i landsting och kommuner som inom olika former av enskild vård.

## Dokumentation för vårdpersonal

Omvårdnad är en uppgift för all personal runt patienten/vårdtagaren. I allmänhet åligger det en sjuksköterska att svara för samordningen av omvårdnadsinsatserna. Det är därmed i första hand hon/han som har ansvaret för att omvårdnadsdokumentationen förs för de personalgrupper som inte själva är skyldiga att föra en journal. Kraven på läsbarhet, säkerhet och sekretess framstår som viktiga.

En patientjournal skall innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation. Omvårdnadsdokumentationen skall, utifrån patientens/vårdtagarens individuella behov, beskriva vårdens planering, genomförande och resultat. Dokumentationen skall utformas så att den bidrar till att trygga patientens/vårdtagarens säkerhet och ge ett underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna. Liksom all journalföring gäller för omvårdnadsdokumentationen att den kan få rättslig betydelse för att visa vad som verkligen utförts (Författningshandbok, 2004, s 195).

Inom landstingen tillämpas vanligen det system för journaler som har utformats av *Spri*. Individuell vårdplanering (IVP) (1981). Rekommendationerna i dessa redovisar ett komplett dokumentationssystem för långtidssjukvården. En dokumentation utförd av vårdeamnet runt patienten/vårdtagaren skall innefatta en sammanfattning av vårdens mål, metoder att nå dessa samt kontinuerlig utvärdering av eventuell måluppfyllelse. I fråga om datajournaler finns en skrift som Sprikonsult tagit fram på uppdrag av landstingsförbundet – ”Datorn och patientjournalen”. Den är avsedd som vägledning för dem som utvecklar eller använder datorstöd för patientjournalföringen eller överväger att göra det. Skriften tar upp frågor om journalens innehåll och utformning, att söka information, att kontrollera och rätta, sekretess och integritet och förstöring av journalen (Sjölenius, 1989).

## Gråbergets vård- och äldreboende

Gråbergets vård- och äldreboende ligger centralt placerat i Majorna med en fantastisk utsikt över hamninloppet och Älvsborgsbron, och är det största äldreboendet i Göteborg med 174 vårdplatser och cirka 200 anställda.

Gråbergets äldreboende erbjuder vårdformer som växelvård, korttidsvård, samt permanent boende för somatiskt sjuka och personer med demenssjukdom. Verksamheten är målgruppsinriktad. Det betyder att vårdtagaren bor tillsammans med andra som har liknande omvårdnadsbehov.

De boende har tillgång till sjuksköterskor dygnet runt och läkare finns i huset alla vardagar, liksom arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Tandläkare finns två dagar i veckan. Dessutom finns tillgång till frisör och fotvårdsspecialist. Sjukhuskyrkan har veckogudstjänster och en diakon finns i huset flera dagar i veckan.

Personalen har tillsammans tagit fram gemensamma värderingar som de försöker att leva upp till. Nyckelorden är: vårdtagaren i centrum, respekt, värdighet, gott bemötande och en etiskt riktig vård vid livets slutskede.

Gråbergets vård- och äldreboende hyllades som ett bra exempel på en hälsofrämjande arbetsplats i samband med de så kallade trepartsamtalen som regeringskansliet sjösatte år 2002. I syfte att lyfta fram goda exempel på arbetsplatser som arbetat med att minska sjukfrånvaron inbjöd regeringen till konferenser i Malmö, Stockholm, Östersund och Göteborg.

På regeringens hemsida detta år publicerades dokumentation från det seminarium som hölls på Göteborgskonferensen av personal från Gråbergets vård- och äldreboende under rubriken ”God vård och utvecklade arbete”. Denna positiva publicitet har lett till att Gråbergets vård- och äldreboende har uppmärksammats som ett föredöme i arbetslivet och får ta emot många studiebesök från skilda verksamheter.

Personalen arbetar med att utveckla verksamheten genom nyfikenhet, engagemang och nytänkande. På Gråberget skall alla medarbetare kunna växa och utvecklas i sitt arbete, så att vårdtagarna får en god vård med hög kvalitet. För att kunna åstadkomma detta så att all personal blir delaktig har vi en organisation som tar tillvara på den kunskap som finns i och utanför verksamheten.

Bland annat så deltar flertalet av de 200 anställda i olika kompetensutvecklingsgrupper. De träffas regelbundet för att diskutera sina ämnesområden och skapa gemensamma riktlinjer, byggda på erfarenheter och ny kunskap som inhämtats på olika kurser. Arbetet i grupperna leder fram till ett PM som alla skall arbeta efter. Deltagarna i utvecklingsgrupperna har till uppgift att utbilda alla anställda genom föreläsningar. Arbetstidsfrågor, anhörigkontakter, dokumentation, smärta och sårvård är några av de områden som kompetensutvecklingsgrupperna täcker.

## Omvårdnadsdokumentation på Gråbergets vård- och äldreboende

Gråbergets vård- och äldreboende införde datorstödd omvårdnadsdokumentation för sjuksköterskor (IVP) med början år 1996. År 2001 startade även utbildning i IT-stödd dokumentation för undersköterskor och vårdbiträden i IVP. Detta har lett fram till en utvecklad och strukturerad modell även för undersköterskans dokumentation, med specifika sökord som till exempel smärta, samt med utrymme för fri text. Tanken är att den information som är väsentlig för omvårdnaden skall dokumenteras med hjälp av de sökord som framtagits av den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS) och Gråbergets dokumentationsgrupp. För att undvika en mekanisk användning av modellen bör användaren ha en professionell kunskap och ett vårdande förhållningssätt. Samtliga undersköterskor har utbildats i samband med införandet och utbildning sker fortlöpande för nytillkomna medarbetare, de har läs- och skrivbehörighet i patientjournalen. Undersköterskor och vårdbiträden är dessutom skyldiga att dokumentera de uppgifter de utför som är delegerade av legitimerad personal. Kravet att dokumentera omvårdnaden styrs av patientjournallagen. Vid arbete med den sociala omvårdnaden styrs dokumentationen av Socialtjänstlagen.

Hösten 2004 beslutade Göteborgs Stad Majorna att alla undersköterskor skulle utbildas i målstyrd omvårdnadsdokumentation. När utbildningen var klar våren 2005, och den nya omsorgsplanen börjat gälla togs USK-status i IVP-programmet bort. Alla sökord som gällde den sociala dokumentationen i den elektroniska journalen togs bort och anteckningar skulle därefter skrivas på daganteckningsbladet i den nya omsorgsplanpärmen. De sökord som gällde delegerade arbetsuppgifter enligt HSL fanns kvar i datorn att skriva under. Läsbehörigheten i hela omvårdnadsjournalen fanns kvar. Genom detta beslut uppstod en förlamande skrivkramp. Efter att under flera år på ett strukturerat sätt ha dokumenterat händelser av vikt i omvårdnadsjournalen, blev osäkerheten stor och undersköterskorna visste inte var de skulle skriva sina omvårdnadshandlingar. Viktiga händelser kring patienten/vårdtagaren eller avvikelser från det normala, skulle nedskrivas under ”daganteckning” i IVP-programmet. Den sociala omvårdnaden skulle antecknas under ”daganteckning” i vårdtagarens omsorgspärm. Följden blev att undersköterskorna inte dokumenterade vare sig i omsorgspärmen eller i datorns IVP-program. Efter en tids ”skrivkramp” och stort missnöje bland både sjuksköterskor och undersköterskor, beslutade ansvariga att man åter skulle utöka sökorden för undersköterskor i den dator-

stödda omvårdnadsjournalen. I maj månad 2005 fick undersköterskor åter dokumentera under särskilda sökord i IVP-programmet. Dessa USK-anteckningar printas ut en gång i månaden och placeras i vårdtagarens omsorgsplanpärm.

## Smärtarbetets organisation på Gråbergets vård- och äldreboende

Vid Gråbergets vård- och äldreboende startade våren 2002 en smärtgrupp som består av sjuksköterskor och undersköterskor. Smärtgruppen är en tvärgrupp, detta innebär att två representanter från samtliga avdelningar, samt två nattpersonal deltar i gruppens arbete. Dessa två representanter är även smärtombud på sina respektive avdelningar. Smärtombudets främsta uppgift är att synliggöra vårdtagarens smärta samt att vara en resurs vid smärtbedömning, dokumentation och att ansvara för vidare rapportering till sjuksköterskan. Syftet med gruppen är att öka kunskapen om smärta, förbättra bemötandet och omvårdnaden av vårdtagare och deras anhöriga. Gruppen har utbildats genom litteraturstudier, föreläsningar och studiebesök och är experter på området smärta. Uppdraget för gruppen var också att ta fram ett PM-smärta, som därefter skulle implementeras på samtliga vårdavdelningar. Detta PM framtogs i samarbete med den strategiska processgruppen för smärta på Geriatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset, och reviderades sedan av Gråbergets smärtgrupp för att anpassas för de lokala förhållanden som råder där. Syftet med detta PM är *”Att förbättra rutinerna kring smärtbehandlingen av vårdtagaren och ytterligare förstärka samarbetet mellan undersköterska och sjuksköterska”*. Arbetet fortlöper och gruppen träffas en gång i månaden. Gruppen ansvarar för utbildning av samtlig personal inom området smärta på Gråbergets äldreboende, dessa föreläsningar innebär obligatorisk närvaro.

Smärta är ett mycket vanligt problem bland äldre vårdtagare (Landi et al., 2001, McClean and Higginbotham, 2002, Bergh et al., 2000, Bergh et al., 2001, Blomqvist and Hallberg, 1999, Ferrell et al., 1990, Weiner et al., 1998, Axelsson, 1999, Rat et al., 2000). Smärta kan medföra en försämring av livskvaliteten och ett ökat vårdbehov (Ferrell, 1991). Att bedöma och behandla smärta, blir följaktligen en huvuduppgift för personalen inom äldreboenden. Detta är emellertid en mycket komplicerad uppgift då den äldre patientens smärtupplevelse påverkas av en mängd faktorer (Herr and Mobily, 1991). Barbro Beck-Friis påpekar att *”demensvården måste förbättras avsevärt avseende smärta och smärtbehandling”* (Beck-Friis, 2003).

Yrkeskompetensen inom hälso- och sjukvården beskrivs ibland med metaforen ”den kliniska blicken”. Detta innebär att personal med ”klinisk blick” i mötet med en ny patient mer eller mindre direkt kan bedöma vad som skall göras (1997). ”Klinisk blick” har dock inom postoperativ vård visat sig vara ett hinder för en god smärtbedömning, då den kan medföra att sjuksköterskan tror sig veta hur ont patienten har (Sjöström, 1995). Ett hjälpmedel i bedömning av patientens smärtupplevelse kan vara ett standardiserat instrument för att undvika detta. ■

# Syftet med studien

- Att undersöka hur vårdpersonal tolkar tecken av smärta och obehag hos vårdtagare som inte verbalt kan förmedla sig.
  - utan stöd av ett bedömningsinstrument
  - med stöd av ett bedömningsinstrument
- Att undersöka om användandet av ett bedömningsinstrument bidrar till en förbättrad omvårdnadsdokumentation avseende vårdtagarens tecken på smärta och obehag.

## Etiska överväganden

Forskningsetiska aspekter måste begrundas mycket noggrant då det gäller forskning där människor med en demenssjukdom involveras (Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning, 2003). I observationssituationen är det av största vikt att uppfatta och förstå den demenssjuka patienten som en unik människa och respektera dennes autonomi (Norberg, 1996). Studien följde de etiska riktlinjer som rekommenderas av Helsingforsdeklarationen (Helsinki, October, 1996). Skriftlig och muntlig information gavs som går i linje med de fyra huvudkrav som anges i av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet).

Då patienten inte själv kunde förmedla ett eventuellt samtycke inhämtades detta från de anhöriga å vårdtagarnas vägnar. Tillstånd inhämtades även från medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef.

I studien eftersträvades att efterlikna den normala omvårdnadssituationen så mycket som möjligt. Vi kan också se att det kan vara en fördel för den enskilde patienten, då denne får en god smärtanalys och som vid behov leder till en åtgärd.

Det är viktigt att anhöriga och i möjligaste mån även patienten informeras både muntligen och skriftligen om sina rättigheter. Dessa innebär att han/hon utan

att behöva förklara sig har rätt att avböja att delta i studien. Om han/hon väljer att delta kan han/hon när som helst välja att avbryta sin anhöriges deltagande. De anhöriga och vårdtagarna har även rätt till att bli konfidentiellt behandlade.

## Personal

Personalen kan uppleva som att en extra arbetsuppgift påläggs dem. Denna situation kunde förhoppningsvis undvikas med en grundlig information om undersökningens syfte och om att deltagandet var helt frivilligt samt att vid ett eventuellt deltagande kunde detta avbrytas när som helst utan att någon orsak till detta angavs.

Det fanns även en risk för att personalen som ingick i studien kunde uppfatta proceduren som en test av deras individuella kunskaper om smärtbedömning. Detta hoppades vi kunna undvika med en grundlig information om studien och dess syfte. ■

# Metod

Studien genomfördes vid två avdelningar inriktade mot demens vid Gråbergets vård- och äldreboende mellan september 2004 (mätning 1) och juni 2005 (mätning 2). Deltagare i studien var samtliga vårdpersonal som arbetade dagtid på de båda avdelningarna. Avdelningarna hade vid mätningarna vardera plats för 31 vårdtagare. Vid varje avdelning arbetar 18 biträden/undersköterskor och 3 sjuksköterskor.

Innan studien startade hölls två informationsmöten för att samtliga personal skulle kunna närvara. Sara Lundell, Ingrid Bergh och Betty Spjuth informerade om bakgrunden och syftet med studien. Sara Lundell presenterade foldern Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002) och visade hur man skulle använda den. Personalen fick information (bilaga 2) om hur vi tänkt att studien skulle genomföras och deras roll i sammanhanget. Personalen garanterades konfidentialitet. Vi upplyste samtidigt att medverkan var frivillig och att man när som helst kunde avbryta sitt deltagandet i studien.

## Granskning av omvårdnadsdokumentationen

Studien inleddes med att den datorstödda omvårdnadsdokumentation mellan juni 2004 till september 2004 skrevs ut på papper. Därefter skrevs omvårdnadsdokumentationen ut var tredje månad för att avslutas juni 2005. Detta gjordes vid totalt vid fyra tillfällen före samt tre, sex och nio månader efter införandet av instrumentet Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002).

Den datorstödda omvårdnadsdokumentationen som skrivits ut genomlästes grundligt och samtliga noteringar som berörde vårdtagarens upplevelse av smärta och/eller obehag markerades med överstrykningspenna. Noteringar gjordes om hur många vårdtagare som hade en 1) omvårdnadsanteckning, 2) anteckning om smärta alternativt obehag, 3) anteckning under sökordet smärta, 4) yrkesgupp som gjort smärtanteckningen.

## Vårdtagare/Urval

Deltagarna i studien var vårdtagare med diagnostiserad demenssjukdom och som saknade förmåga att uttrycka sig verbalt samt hade en känd smärtproblematik. I mätning 1 kom totalt sex vårdtagare, tre kvinnor och tre män med en medelålder på 83,5 år (70-93 år) att ingå. Tio vårdtagare, sex kvinnor och fyra män, ingick i mätning 2 och dessa hade en medelålder av 83 år (69-94 år). Anhöriga till de deltagande vårdtagarna kontaktades och fick information om studien och hur vi tänkte genomföra den. Reaktionerna från samtliga anhöriga var mycket positiv och man uttryckte att detta var ett angeläget område att forska inom. Anhöriga var glada över att deras närstående ingick i studien eftersom just smärta och obehag var något som man ville sin närstående skulle slippa lida av. Anhöriga fick ett brev för påskrift efter muntlig information om syftet med studien och hur den skulle genomföras, vilket lades i vårdtagarens journal (bilaga 3).

## Personal

Samtliga sjuksköterskor och biträden/undersköterskor på de två avdelningarna (avd A och avd B) som arbetar dagtid, tillfrågades om de ville delta i studien. I mätning 1 deltog samtliga personal (n=42) i studien. I mätning 2 deltog totalt 38 personer, fyra kunde inte delta på grund av utbildning och semesterledighet (tabell 1). Personalen tyckte projektet var intressant och att det var viktigt att delta. Frivilligheten att delta i studien lockade inte heller någon att hoppa av. Efter de inledande informationsmötena med personalen ökade intresset att komma igång med studien. Smärta och obehag kom i fokus och foldern användes flitigt i det dagliga omvårdnadsarbetet på de två avdelningarna.

## Hur vårdpersonalen tolkade tecken av smärta och obehag

Studien avsåg att så mycket som möjligt efterlikna de förhållanden som råder vid en normal vårdssituation. Därför valdes följande tillvägagångssätt i den 1:a delen av studien (mätning 1) som avsåg att studera hur vårdpersonal tolkar tecken av smärta och obehag hos vårdtagaren; Två personal uppmanades att i samband med en vårdtagares morgonskötsel, observera beteende och eventuella tecken på smärta och obehag hos vårdtagaren. Efter avslutat omvårdnadsarbete ombads personalen att oberoende av varandra nedteckna sina observationer av smärta och obehag som de noterat, samt skatta vårdtagarens smärta på en numerisk smärtskattningsskala (NRS), graderad 0-10 (Bergh et al., 2000). Därefter fick personalen var sitt instrument och utifrån detta gjorde de en ny analys av observationerna av smärta och obehag, instrumentet användes nu som ett hjälpmedel. Även detta skedde oberoende av varandra. Personalen fick även besvara några frågor avseende ålder, utbildning och erfarenhet av vårdarbete (bilaga 4). Vid mätning 2 användes samma metod som vid mätning 1 med den skillnad att personalen då var bekant med instrumentet och hade använt detta i sitt arbete.

Efter mätning 1 påbörjades arbetet med att implementera instrumentet i det dagliga omvårdnadsarbetet på båda avdelningarna.

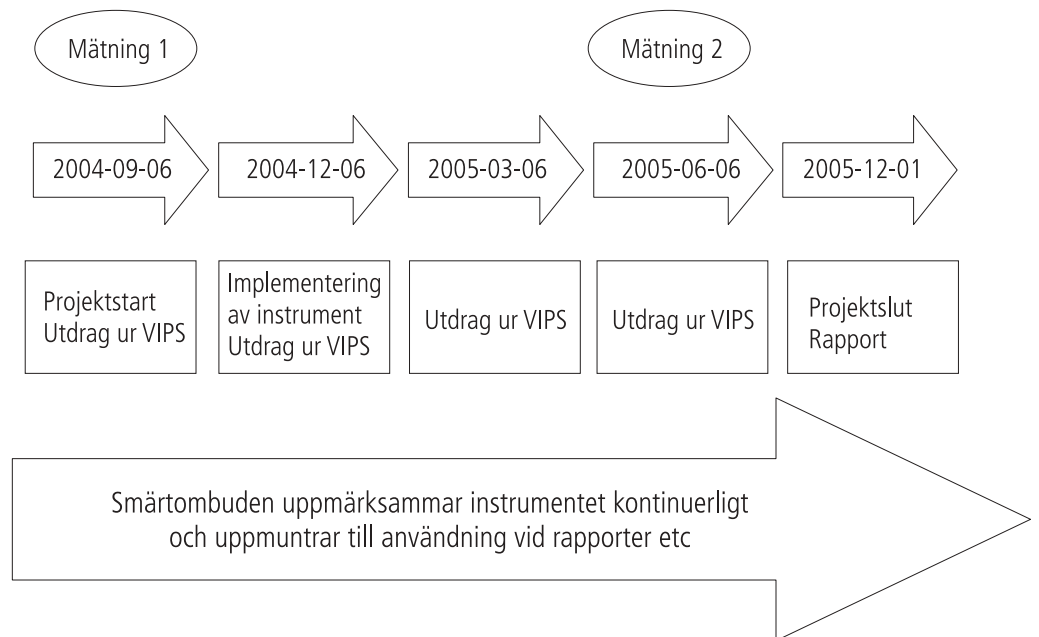
## Instrumentets utformning och användbarhet

Instrumentet ”Smärta & Demens – hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka” (Nilsson et al., 2002) (bilaga 1) som utvecklades som ett projekt under en treårsperiod med finansiellt stöd från det nationella äldreprojektet (Nilsson et al., 2002). Metoden som användes var litteraturstudier samt intervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor och anhöriga. Resultatet kategoriserades i fysiska, sociala, psykiska och existentiell tecken på smärta och obehag. Detta sätt att se på smärta och obehag utvecklades av Dame Cecily Saunders ((Saunders, 2001) under 1960-talet och har sina främsta förespråkare inom hospicerörelsen.

Syftet med instrumentet är att det skall fungera som ett hjälpmedel vid en strukturerad smärtanalys av vårdtagare med demenssjukdom som saknar förmågan att uttrycka sig verbalt.

Instrumentet är utformat som en enkel vikbar folder (30 cm x 12 cm hopvikt). Smärtanalysen indelas i tre fält, ”Tecken – vad ser, hör & känner du”, ”Tänkbara orsaker” och ”Tänkbara enkla åtgärder”. I foldern finns angivet tecken på fysiska, sociala, psykiska och existentiell tecken som kan användas för att analysera smärta och obehag då vårdtagaren med demenssjukdom inte verbalt kan kommunicera sin upplevelse. Vidare finns angivet tänkbara orsaker till smärta och obehag samt enkla åtgärder för att lindra dessa (bilaga 1).

FIGUR 1. PROJEKT-PLANERING





## Enkäten och användandet av instrumentet

Resultatet av enkäten har främst redovisats genom beskrivande statistik samt tabeller och figurer. Analysen av de öppna frågorna i enkäten som berörde vilka tecken på smärta respektive obehag som vårdpersonalen ansåg att vårdtagaren uttryckte, har inspirerats av Burnards (1996) metod för att analysera text. Först så genomlästes texten flera gånger och stödord antecknades. Utifrån dessa stödord grupperades sedan resultatet i sju olika temana.

En grupp forskare som riktat sin forskning mot smärtbedömning har tillsammans i en diskussion kring instrumentet ”Smärta & Demens – hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka” (Nilsson et al., 2002) konstaterat att instrumentet knappast kan användas för att mäta vårdtagarens smärtupplevelse. Instrumentet kan dock ses som ”ett hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt tolka tecken och signaler som kan vara ett uttryck för smärta och obehag hos dessa vårdtagare”. Även en grupp kliniskt verksamma sjuksköterskor och undersköterskor som gjort en liknande granskning av instrumentet har kommit till samma slutsats. ■

# Resultatet

Vårdpersonal som deltog i studien vid mätning 1 (n=42) uppgav till stor del (n=33) att de hade utbildning i smärta och/eller demens, nio angav att de saknade sådan utbildning. Vid mätning 2 angav fem av de totalt 38 deltagarna att de saknade sådan utbildning.

Personalen på de båda avdelningarna som deltog i studien bestod av sjuksköterskor, undersköterskor, skö-

tare och vårdbiträden. Medelåldern var cirka 40 år och de flesta arbetade deltid. Personalen som deltog i studien hade i medeltal 10 års erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom. De flesta i personalen anser att de har tillräckliga kunskaper för att upptäcka smärta och obehag hos vårdtagaren och kan med lätthet formulera det de vill dokumentera om vårdtagarna i omvårdnadsjournalen (tabell 1).

TABELL 1. BESKRIVNING AV PERSONALEN SOM DELTOG I STUDIEN VID MÄTNING 1 RESPEKTIVE MÄTNING 2.

	Mätning 1	Mätning 2
<b>Ålder</b>		
Medelålder= .....	39,5	41
20–39 = .....	21	15
>40 = .....	21	21
<b>Yrkestillhörighet</b>		
Sjuksköterska .....	5	4
Undersköterska .....	28	25
Skötare .....	2	1
Vårdbiträde .....	7	8
<b>Tjänstgöringsgrad</b>		
Medelvärde = .....	83,5%	88%
100% = .....	14	12
76–99% = .....	19	20
50–75% = .....	9	6
<b>Erfarenhet av arbete med människor med en demenssjukdom</b>		
Medelvärde = .....	9,1 år	10,3 år
>10 .....	16	18
5–9 år .....	10	8
< 5 .....	16	12
<b>*Kunskaper i dokumentation</b>		
1 Instämmer inte alls .....	0	1
2 .....	7	3
3 .....	7	2
4 .....	15	14
5 .....	11	7
6 Instämmer helt .....	2	10
<b>**Förmåga att formulera i skrift</b>		
1 Instämmer inte alls .....	1	1
2 .....	5	3
3 .....	11	5
4 .....	10	11
5 .....	12	10
6 Instämmer helt .....	3	6

\* Jag anser att jag har tillräckliga kunskaper för att kunna dokumentera vårdtagarnas tecken på smärta och obehag i omvårdnadsjournalen.

\*\* Jag anser att jag med lätthet kan formulera i skrift det jag vill dokumentera om vårdtagarna i omvårdnadsjournalen?

## Vårdpersonalens uppfattning om vårdtagarnas upplevelse av smärta och obehag

Vid mätning 1 och 2 ställdes två frågor till vårdpersonalen om vårdtagaren uttryckte tecken på smärta respektive obehag. Vårdpersonalen fick ringa in den siffra som de tyckte bäst motsvarade hur mycket smärta de ansåg att vårdtagaren uttryckte på en numerisk smärtskattningsskala (NRS) graderad 0-10. (bilaga 5)

Vid mätning 1 genomfördes totalt 21 par-observationer. Vid nio av dessa observationer angav båda vårdarna att vårdtagaren de skötte upplevde smärta. Vid tre av observationerna angavs att vårdtagaren var smärtfri. Vid resterande nio observationer var vårdarna oense om vårdtagaren upplevde smärta eller ej. När vårdpersonalen fick skatta vårdtagarens smärtupplevelse på en numerisk smärtskattningsskala (NRS) var skillnaderna i skattningarna störst vid de nio observationer

där vårdpersonalen varit oense om vårdtagaren upplevde smärta eller ej. Vid mätning 2 genomfördes totalt 19 observationer. Mönstret var likartat jämfört med mätning 1 när det gällde personalens uppfattningar om vårdtagaren upplevde smärta eller ej (tabell 2).

Vårdpersonalen fick även ange om de uppfattade att vårdtagaren upplevde obehag vid morgonskötseln. Resultatet av dessa iakttagelser visade ett likartat mönster som framkom vid bedömning av vårdtagarens upplevelse av smärta (tabell 3).

Vid resultatanalysen framkom att smärta och obehag kan vara två begrepp som är svåra att särskilja från varandra. Då dessa iakttagelser studerades som *ett* fenomen, framkom att vårdpersonalen oftare var ense i sina uppfattningar om vårdtagaren upplevde smärta/ obehag eller inte (tabell 4).

TABELL 2. REDOVISNING AV HUR VÅRDPERSONALEN UPPFATTADE OM VÅRDTAGAREN UPPLEVDE SMÄRTA VID MORGONSKÖTSEL (MÄTNING 1=TOTALT 21 OBSERVATIONER; MÄTNING 2=TOTALT 19 OBSERVATIONER)

	Mätning 1 Antal	Mätning 2 Antal
Båda pers. uppfattade att pat. upplevde smärta .....	9	9
Båda pers. uppfattade att pat. ej upplevde smärta .....	3	4

TABELL 3. REDOVISNING AV HUR VÅRDPERSONALEN UPPFATTADE OM VÅRDTAGAREN UPPLEVDE OBEHAG VID MORGONSKÖTSEL (MÄTNING 1=TOTALT 21 OBSERVATIONER; MÄTNING 2=TOTALT 19 OBSERVATIONER)

	Mätning 1 Antal	Mätning 2 Antal
Båda pers. uppfattade att pat. upplevde obehag .....	12	11
Båda pers. uppfattade att pat. ej upplevde obehag .....	3	4
Pers. var oense om pat. upplevde obehag .....	4	2

TABELL 4. REDOVISNING AV HUR VÅRDPERSONALEN UPPFATTADE OM VÅRDTAGAREN UPPLEVDE SMÄRTA OCH/ELLER OBEHAG VID MORGONSKÖTSEL (MÄTNING 1=TOTALT 21 OBSERVATIONER; MÄTNING 2=TOTALT 19 OBSERVATIONER)

	Mätning 1	Mätning 2
Båda pers. uppfattade att pat. upplevde smärta/obehag .....	17	12
Båda pers. uppfattade att pat. ej upplevde smärta/obehag .....	0	3
Pers. var oense om pat. upplevde smärta/obehag .....	4	4

## Vårdpersonalens egna beskrivningar av tecken på smärta och obehag

I vårdpersonalens beskrivningar av de tecken på smärta (Figur 2) respektive obehag (Figur 3) som de såg hos vårdtagaren under morgonskötseln framkom följande kategorier; *verbala uttryck*, *ansiktsuttryck*, *ögonuttryck*, *kroppsuttryck*, *psykiska uttryck*, *utlösande faktorer och orsaker*.

### Tecken på smärta

På den öppna frågan som ställdes till vårdpersonalen angående vilka tecken på smärta vårdtagaren uttryckte, valde ett antal (mätning 1, n = 15 samt mätning 2, n = 13) att ej besvara denna fråga. Dessa var i huvudsak de som ansåg att vårdtagaren ej upplevde smärta (Figur 2).

*Verbala uttryck* kunde beskrivas som ”Vårdtagaren andades in högljutt och stönade” eller ”sade aj och gnydde lite.”

Exempel på *ansiktsuttryck* var ”Rynkade på ögonbrynen och grimaserade.” eller ”Ser också smärtpåverkad ut i sitt ansiktsuttryck genom att rynka ihop ögonbrynen”.

*Ögonuttryck* beskrevs som ”med hjälp av ögonen, som jag tycker att man kan tolka väldigt bra hur personen mår.” eller ”Ögonen var lite mer uppspärade.”

*Kroppsuttryck* kunde vara ”Hopkrupen i fosterställning” alternativt ”Det märktes framförallt på hennes händer och armar när vi tvättade henne. Hon vill också gärna gripa tag.”

*Psykiska uttryck* beskrevs som ”Det är så diffust, man vet inte riktigt vad det är för slags smärta eller oro, för det kan utlösa smärta.”

Ett exempel på *Utlösande faktorer* var ”Ojar sig vid förflyttning i sängen och vid kroppsrorelse när man hjälper henne med övre och nedre toalett.”

*Orsaker* kunde vara ”Med en så skör kropp och kontrakturer, blir man också mycket känslig.”

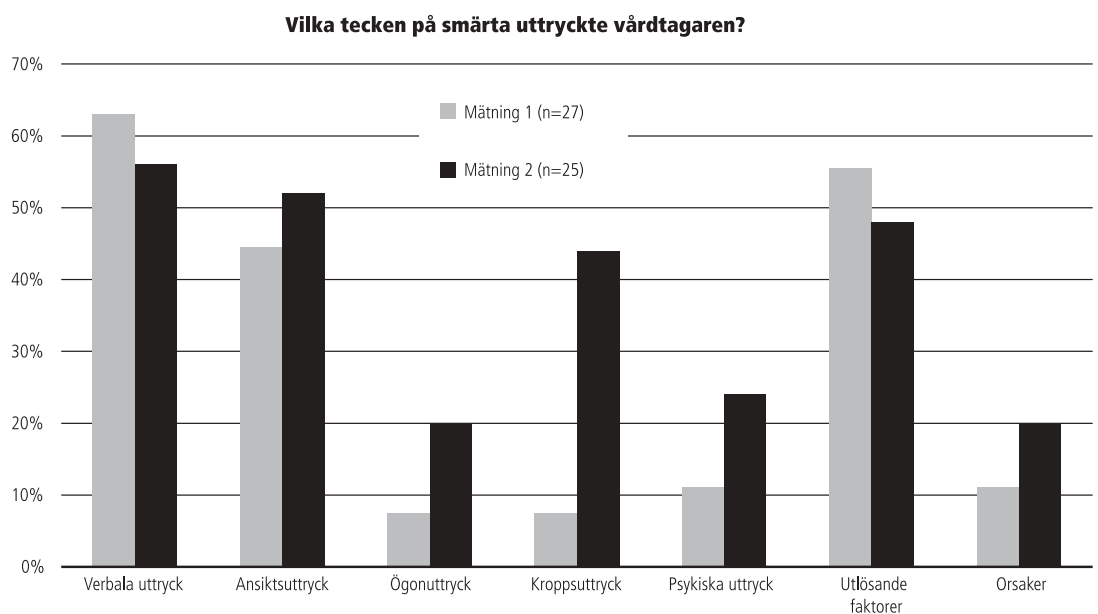
Personalen fick också med egna ord beskriva sina observationer av vårdtagarens uttryck av smärta:

”Det märktes på ansiktsuttrycket. Ögonen lite mer uppspärade och ropar lite. NN är ju också ganska stel. Det märktes framförallt på hennes händer och armar. När vi tvättade henne. Hon vill också gärna gripa tag. Likaså så var det en tröja som var lite svår med ena armen. Då märktes det också att hon ojade sig. Men ändå när vi nästan var klara så log hon lite. Men jag tror ändå att NN har ganska ont. Med en så skör kropp och kontrakturer. Blir man också mycket känslig. Samtidigt som hon sköter magen med Dulcolax”.

”Han jämrade sig och drog ihop ansiktet och uttryckte tydligt smärta genom att säga aj. Speciellt vid påklädning då vi måste räta lite på kontrakterade armar och ben”.

”Vårdtagaren uttryckte sig fysiskt, spände sig, rynkade pannan och bet i ihop tänderna. Vårdtagaren grimaserade så fort vi tog i honom. Kroppen var stel och han var spänd i muskulaturen. Uttryckte sig verbalt några gånger, skrek och svor”.

FIGUR 2. REDOVISNING AV DE TEMAN SOM FRAMKOM VID ANALYSEN AV VÅRDPERSONALENS BESKRIVNING (ÖPPEN FRÅGA I ENKÄTEN) AV VILKA TECKEN PÅ SMÄRTA SOM VÅRDTAGAREN UTTRYCKTE.



## Tecken på obehag

Den öppna frågan som ställdes angående vilka tecken på obehag vårdtagaren uttryckte, besvarades i huvudsak av den vårdpersonal som ansåg att vårdtagaren upplevde obehag (Figur 3). De flesta som avstod från att besvara frågan (mätning 1, n = 15 samt mätning 2, n = 12) ansåg att vårdtagaren i inte upplevde obehag.

Exempel på *verbala uttryck* var ”Skrek när vi tog i honom och svor.”

*Ansiktsuttryck* beskrevs som ”Rynkar pannan, grimaserar.”

*Ögonuttryck* kunde vara ”Inget samarbete. Hennes ögon ser ledsna ut med ett ”ta mig härifrån.”

*Kroppsuttryck* kunde beskrivas som ”Har ont och darrar när hon måste stå upp, svettas.” men även som ”Hon spänner hela kroppen då hon ej vill vara delaktig.”

Exempel på *psykiska uttryck* var ”Jag upplevde det som att den boende hade en viss form av rädsla och oro.” eller som ”Orolig, förstår inte riktigt vad vi gör med henne.”

*Utlösande faktorer* beskrevs som ”Till exempel när man skall ta på lindorna på benet och sockorna. Då märks det att hon har ont. Likaså vid påklädning...”

*Orsaker* till smärtuttrycken kunde vara ”Tycker inte om när man är där nere, finner obehag när man tar av NN kläder, vill inte visa sig naken.”

Personalen fick också med egna ord beskriva sina observationer av vårdtagarens uttryck av obehag:

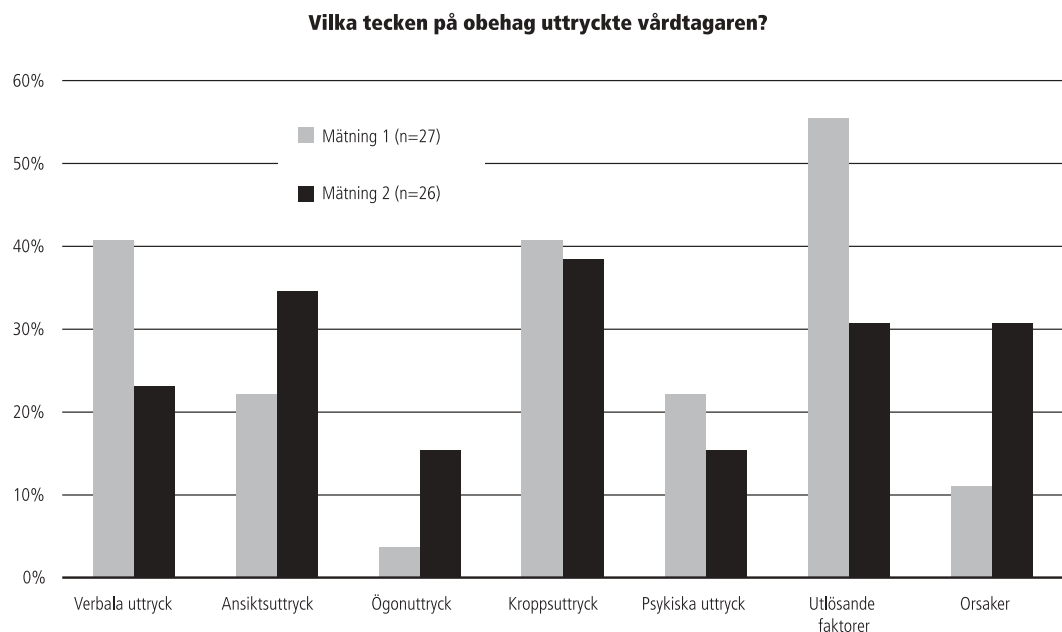
”Reagerade med oro, ville slå bort våra händer när vi rörde vid henne och gnyr och gnäller.”

”Hon verkar inte trivas. Hon ”gnäller” med läten hon får ur sig, River och slåss. Hon spänner hela kroppen då hon ej vill vara delaktig. Inget samarbete. Hennes ögon ser ledsna ut med ett ”ta mig härifrån” i.”

”Ojade sig, rynkade pannan, andades lite fortare. Såg allmänt besvärad ut.”

”NN verkar frustrerad då man hjälper henne med morgonarbetet. Hon river och vill gärna uttrycka sin missnöjdsamhet genom att visa med kroppsspråket. Hon försöker att tala men det kommer inte riktigt som det ska. Hon visar genom att rivas då vi tvättar både övre och nedre toalett. Hennes ben verkar sköra då hon spänner ögonen i en och försöker slå så gott hon orkar.”

FIGUR 3. REDOVISNING AV DE TEMAN SOM FRAMKOM VID ANALYSEN AV VÅRDPERSONALENS BESKRIVNING (ÖPPEN FRÅGA I ENKÄTEN) AV VILKA TECKEN PÅ OBEHAG SOM VÅRDTAGAREN UTTRYCKTE



## Instrumentet

När vårdpersonalen utifrån instrumentet Smärta & Demens fick välja vilka tecken på smärta och obehag de hade observerat hos vårdtagaren under morgonarbetet visade det sig att uttrycket ”Stel” men även uttryck av att vara ”Spänd” valdes i hög utsträckning vid båda mätningarna. Vid mätning 1 noterades ”Matt blick” och ”Stirrande blick” i 38 procent respektive 36 procent av noteringarna, i mätning 2 förekom dessa två uttryck inte bland de elva mest noterade uttrycken för smärta och obehag (tabell 5).

TABELL 5. TECKEN PÅ SMÄRTA OCH OBEHAG SOM VALDES MEST FREKVENT UTIFRÅN INSTRUMENTET

Mätning 1 (n=42)		Mätning 2 (n=38)	
Tecken	%	Tecken	%
Stel .....	64	Stel .....	58
Spänd (kroppen) .....	48	Nedsatt rörlighet .....	47
Spänd (mimik) .....	45	Spänd (kroppen) .....	42
Nedsatt rörlighet .....	40	Spänd (mimik) .....	42
Matt blick .....	38	Rynkade pannan .....	37
Stirrande blick .....	36	Grinar illa .....	29
Klagar/ojar sig .....	33	Klagar/ojar sig .....	26
Verbala ljud* .....	33	Biter ihop .....	26
Håller i sig krampaktigt .....	29	Känslig för beröring .....	24
Orörlig .....	29	Slåss .....	24

\*Verbala ljud ökar i frekvens och styrka

## Vårdtagarnas tecken på smärta och obehag i omvårdnadsdokumentationen

Utvärdering av omvårdnadsdokumentation avseende vårdtagarens tecken på smärta och obehag genomfördes vid fyra tillfällen, före samt tre, sex och nio månader efter införandet av instrumentet Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002).

Under den tremånadersperiod som gjordes vid mätning 1 återfanns anteckningar som berörde smärta hos 18 av de 30 vårdtagarna (Avd A). Hos sju av dess 18 hade sökordet smärta använts. Ett likartat mönster kunde även ses i de följande mätningarna under det året utdrag gjordes ur omvårdnadsdokumentationen. Sjuksköterskorna stod för de allra flesta anteckningarna som berörde vårdtagarnas smärtupplevelser (tabell 6).

TABELL 6. BESKRIVNING AV ANTALET ANTECKNINGAR AV OMVÅRDNAD SAMT SMÄRTA I OMVÅRDNADS-DOKUMENTATIONEN FÖR DE FYRA OLIKA TILLFÄLLEN SOM UTDRAG GJORDES AV OMVÅRDNADS-DOKUMENTATION (AVD A)

	Mättillfälle			
	1	2	3	4
Antal vårdtagare med omv.anteckningar .....	30	30	38	40
Antal anteckningar om smärta .....	70	47	62	44
Antal vårdtagare där smärta noterats .....	18	16	15	15
Antal vårdtagare där sökordet smärta använts .....	7	5	10	9
Antal SG*-anteckningar om smärta .....	3	0	0	0
Antal AT**-anteckningar om smärta .....	0	1	0	1
Antal SSK anteckningar om smärta .....	63	43	62	40
Antal SSK anteckningar under sökordet smärta .....	16	10	20	17
Antal USK anteckningar om smärta .....	4	3	4	3
Antal USK anteckningar under sökordet smärta .....	2	1	0	2

\*SG = sjukgymnast

\*\*AT = arbetsterapeut

På avdelning B hade under den tremånadersperiod som ingick i första mätningen (mätning 1) 20 av de 30 vårdtagarna anteckningar som berörde smärta. Nio av dessa vårdtagare hade anteckningar under sökordet smärta. Endast små förändringar kunde ses över det året som mätningarna genomfördes. Dock kunde en viss ökning ses vid sista mättillfället (mätning 4) av antalet SSK- och USK-smärtanteckningar. Även på denna avdelning stod sjuksköterskorna för majoriteten av omvårdnads-

dokumentation i fråga om smärta.

Resultatet visar att under det året utdrag gjordes ur omvårdnadsdokumentationen skedde ytterst små förändringar i omvårdnadsdokumentationen avseende antalet vårdtagare som hade anteckningar som berörde smärta. Detta gällde både för SSK- och USK-anteckningar. Dock kan en ökning skönjas under den sista mätperioden (mätning 4) avseende antalet SSK- och USK-smärtanteckningar för avdelning B (tabell 6 och 7).

TABELL 7. BESKRIVNING AV ANTALET ANTECKNINGAR AV OMVÅRDNAD SAMT SMÄRTA I OMVÅRDNADSDOKUMENTATIONEN FÖR DE FYRA OLIKA TILLFÄLLEN SOM UTDRAG GJORDES AV OMVÅRDNADSDOKUMENTATION (AVD B)

	Mättillfälle			
	1	2	3	4
Antal vårdtagare med omvårdnadsanteckningar	30	31	40	44
Antal anteckningar om smärta	80	43	82	120
Antal vårdtagare där smärta noterats	20	16	19	28
Antal vårdtagare där sökordet smärta använts	9	6	11	22
Antal SG-anteckningar om smärta*	5	0	0	0
Antal AT-anteckningar om smärta**	0	2	3	3
Antal SSK anteckningar om smärta	61	36	64	103
Antal SSK anteckningar under sökordet smärta	8	12	22	36
Antal USK anteckningar om smärta	14	5	15	14
Antal USK anteckningar under sökordet smärta	1	0	7	11

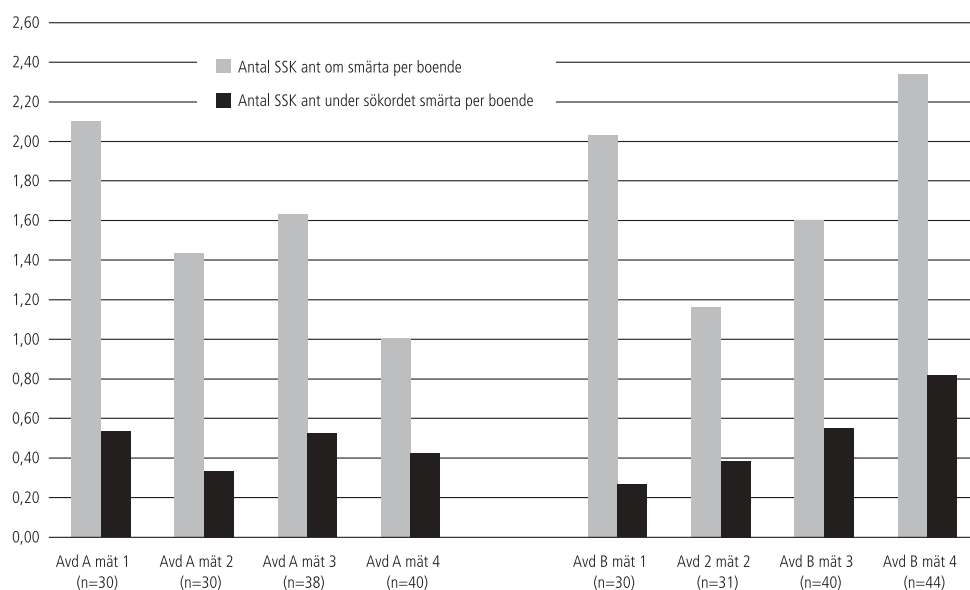
\*SG = sjukgymnast

\*\* AT= arbetsterapeut

Figur 4 visar att på avdelning A sker mycket små förändringar mellan mätperioderna 1-4 avseende antalet sjuksköterskeanteckningar om smärta per boende samt under sökordet "smärta". Dock kan en viss minskning ses vid mätning 4. På avdelning B är förändringarna större. Här ses också en ökning dels av antalet smär-

tanteckningar men även av användandet av sökordet smärta i omvårdnadsdokumentationen. Resultatet visar att vårdtagarnas smärtproblem dokumenterades under andra sökord än "smärta" exempelvis "aktivitet", "hud" och "elimination".

FIGUR 4. REDOVISNING AV ANTALET SJUKSKÖTERSKEANTECKNINGAR OM SMÄRTA PER BOENDE SAMT UNDER SÖKORDET "SMÄRTA" PÅ AVDELNING A RESPEKTIVE B UNDER HELA MÄTPERIODEN.

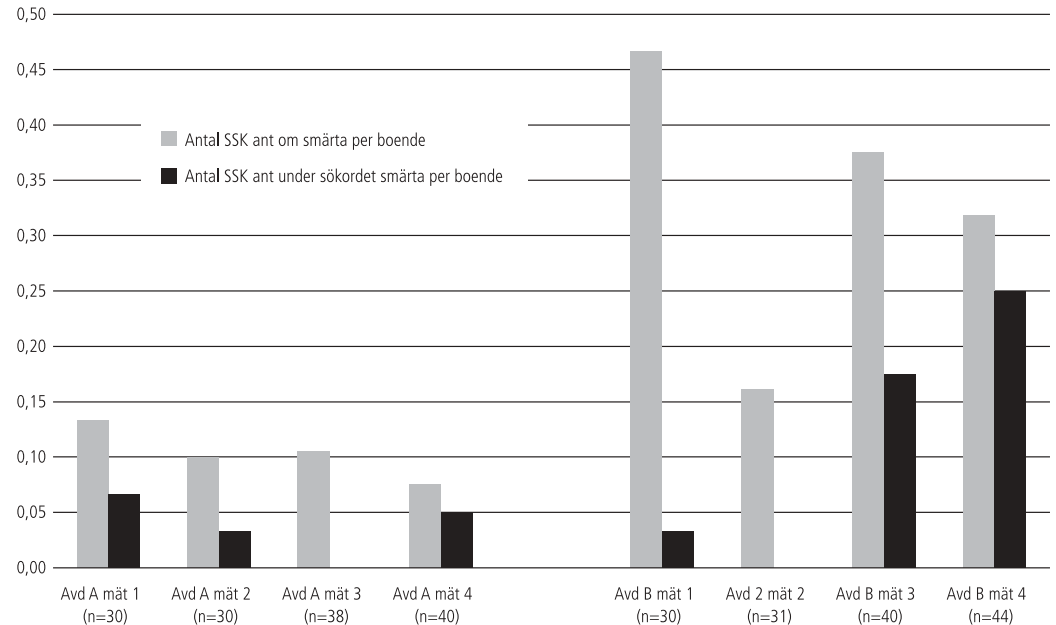


Figur 5 visar att på avdelning A sker mycket små förändringar under mätperioderna 1-4 avseende antalet undersköterskeanteckningar om smärta per boende samt under sökordet "smärta". På avdelning B är förändringarna större framförallt användes sökordet smärta i högre grad vid mätning 3 och 4.

Resultatet visar att benämningar som smärta, ont, värk och ömhet var det vanligaste sättet att beskriva och benämna en smärt och/eller obehagsupplevelse. Vidare visar resultatet små förändringar mellan de oli-

ka mätningstillfällena på avdelning A avseende uttryck och beskrivningar av smärta och obehag i omvårdnadsanteckningarna. Avdelning B har vid mätning 1 ett något högre antal noteringar avseende uttryck och beskrivningar av smärta och/eller obehag i omvårdnadsanteckningar än vid mätning 2 och 3. Vid mätning 4 sker dock en markant ökning av antalet förekommande uttryck och beskrivningar av smärta och obehag i omvårdnadsanteckningarna (tabell 8). ■

FIGUR 5. REDOVISNING AV ANTALET UNDERSKÖTERSKEANTECKNINGAR OM SMÄRTA PER BOENDE SAMT UNDER SÖKORDET "SMÄRTA" PÅ AVDELNING A RESPEKTIVE B UNDER HELA MÄTPERIODEN.



TABELL 8. ÖVERSIKT

ÖVER DE MEST FREKVENT FÖREKOMMANDE UTTRYCKEN OCH BESKRIVNINGARNA AV SMÄRTA OCH OBEHAG I OMVÅRDNADS-ANTECKNINGARNA	Avdelning A				Avdelning B			
	Mät1	Mät2	Mät3	Mät4	Mät1	Mät2	Mät3	Mät4
Aggressivitet	4	1	1	2	3	2	6	6
Ansiktsuttryck			5	5	2	2	9	5
Aptit/aptitlöshet			2	1	1	1		
Avföring och urin	1	7	1		2	5	3	8
Förvirring			1		5		1	
Hudens uttryck	1	3	6	4	16	2	9	9
Kräkning alt illamående	1	5	1		3	7		1
Matt/medtagen	2	2	3		1	3	6	1
Medvetandepåverkad		3	2		1		2	2
Obehag, Besvärlig/besvär			1		1	2	3	
Plockig, skakig, skyddande	2	1		1	3			3
Pulsförändring		2		2		1		
Rörelser, rörlighet	1			3	1	2		5
Smärta, ont, värk, ömhet	85	62	86	55	82	66	109	149
Spänd, stel		1	2	1	1		2	10
Stämningsläge	4	4	6	5	9	2	2	10
Svullnad	6	1	3	2	9		5	8
Sömnmönster	8	5	5	9	4	6	5	15
Verbala uttryck	4	7	10	6	18	12	10	26
Ängest/oro	3	4	2	8	5	4	7	14
Ögonuttryck			1	3			1	3



# Diskussion

Resultatet visar att smärta och obehag är två ”överlappande” begrepp. Detta framgår med all tydlighet då vårdpersonalen fick besvara en ”rak” fråga ”Uttryckte vårdtagaren tecken på smärta alternativt obehag? Här blev överensstämmelsen mellan personalens bedömningar betydligt högre om smärta och obehag sågs som *ett* fenomen än om de studerades som separata begrepp. I litteraturen ses sällan smärta och obehag som två skilda begrepp utan som överlappande fenomen (Closs and Briggs, 2002). De menar att symptom som klåda, exempelvis den brännande känslan som en inflammation ger upphov till, ofta anges som obehag. Obehag kan även beskrivas som något som är ”otrevligt” (Closs and Briggs, 2002).

Tidigare studier visar att människor med ett självbehärskande förhållningssätt ibland uttrycker sig i termer av obehag då de upplever smärta (Closs and Briggs, 2002). Detta sätt att uttrycka sig har påvisats bland såväl yngre (Donovan et al., 1987, Jacox, 1979) som äldre patienter (Bergh et al., 2000). Det förekommer till och med att patienten verbalt förnekar smärta men ändå skattar en smärtupplevelse som ”mild”, ”måttlig” eller ”obehaglig” på en visuell analog skala (VAS). Huvudsaken är att vårdpersonalen uppmärksammar att vårdtagaren ”mår dåligt” och det framgår tydligt av vårt resultat att så sker.

I dagspressen diskuteras livligt om behovet av att höja kompetensen bland vårdpersonal. Vårt resultat visar emellertid att kompetensen att upptäcka tecken på smärta och/eller obehag hos vårdtagarna finns. Resultatet från analysen av de öppna frågorna där vårdpersonalen fick redogöra för sina observationer av vårdtagarens uttryck av smärta alternativt obehag, visade att kompetensen i att skriftligt uttrycka denna bedömning finns. Personalens självuppfattning är även den att de har kunskap i dokumentation och även har en bra förmåga att uttrycka sig i skrift (tabell 1). Men, tyvärr får denna kompetens oftast inte genomslag i

omvårdnadsdokumentationen. Framförallt är det undersköterskorna som dokumenterar vårdtagarnas smärta och obehag sparsamt. En förklaring till detta kan vara att under studiens första del (mätning 1-3) fanns endast en dator per avdelning. Denna dator användes förutom att dokumentera omvårdnad bland annat även till att beställa hem förbrukningsmaterial, tvätt och lägga personalschema. Här kan man använda metaforen att en dator motsvarar en penna per avdelning. Andra förklaringar till den sparsamma undersköterskedokumentationen kan vara tidsbrist eller att man är rädd för att uppfattas som en som smiter från arbetet. I sjukvården värderas oftast det som skall ”göras”, inte samtalet eller dokumentationen. Detta kan exemplifieras genom följande citat hämtat från Vårdfacket (Carlsson, 2005);

*”En dag tog en sjuksköterska sig tid och frågade: Hur är det? Han blev så glad över hennes fråga. De satte sig i en vrå i dagrummet, som var den enda plats som fanns. Det kom allt ur honom. Han var 22 år, nygift och under den lugna ytan var allt kaos. Gick tumören att operera? Kunde han hoppas att få leva? Vågande han skaffa barn? Skulle han dö? Vad skulle han säga till sin fru? Då skramlade matvagnen in på avdelningen och en kollega påpekade att det fanns matbrickor att dela ut. – Hon gjorde det inte av illvilja, men av okunskap. På de flest avdelningar värderas det som skall göras, inte samtalet, säger Susan Strang.”*

Det är nödvändigt att lyfta fram undersköterskans kompetens då det är undersköterskan som har kännedom om den enskilde vårdtagarens särskilda behov. Det är även undersköterskan som ser förändringar från dag till dag i vårdtagarens beteende. Därför menar vi att det är ett stort kompetenslöseri om inte denna yrkesgrupps kunnande synliggörs i omvårdnadsarbetet. Vi tror även att det måste ske en attitydförändring från vad som är en ”duktig” medarbetare – att ”snärja runt”

och ”göra” till att samtala och dokumentera det vi gjort. Vi kan ju även ställa oss frågan hur vi skulle reagera om vi kom på återbesök till husläkaren och han bad oss redogöra för föregående besök. Därför att han/hon inte hunnit dokumentera detta i journalen då det satt så många patienter i väntrummet och väntade.

Vi såg även tendenser att antalet omvårdnadsanteckningar ökade under mätperioden på den avdelningen där denna studies projektledare arbetar som arbetsledare. Detta har med all sannolikhet påverkat resultatet för som i alla projekt behövs en ”eldsjäl” som genom att driva på leder projektet framåt. Arbetsledaren är också en förebild i vilket som är viktigt och bör prioriteras. Är arbetsledaren engagerad och närvarande leder det till att personalen tar efter. Det är naturligtvis viktigt att arbetsledaren får gehör för sina idéer och möts av ett engagemang från medarbetare (Nilsson, 2003).

De tecken på smärta och obehag som vårdpersonalen observerade då de hjälpte vårdtagaren med morgonbestyren var främst relaterade till nedsatt rörlighet samt olika ansiktsuttryck. Detta sätt att observera olika kropps- och ansiktsuttryck är det absolut vanligaste sättet att upptäcka och värdera en smärt- och obehagsupplevelse hos människor som inte verbalt kan uttrycka sig (Closs et al., 2005).

Då vi studerade omvårdnadsanteckningarna fann vi att en stor del av de anteckningar som berörde smärta hade noterats under andra sökord än just ”smärta”. En förklaring till detta tror vi är att smärta är ett symptom och därför kan uppträda i samband med olika händelser och omvårdnadsaktiviteter. Exempelvis kan vårdtagaren uppleva smärta i samband med toalettbesök eller vid ett fall, då kan smärtupplevelsen dokumenteras under sökorden ”elimination” respektive ”incident/fall”. Detta är ett problem som man måste vara medveten om då omvårdnadsdokumentationen används.

## Vad har studien haft för betydelse rent praktiskt?

Att få delta i en studie som berör något så viktigt som att förbättra omvårdnaden vid olika smärttillstånd hos demenssjuka vårdtagare var för de flesta av omvårdnadspersonalen en positiv upplevelse. Ingen av de anställda motsatte sig att medverka i studien, utan de flesta såg det som en del i sin egen kompetensutveckling. Att genomföra observationerna innebar att sjuksköterskor och undersköterskor pratade mycket om smärta och demenssjukdom. Personalen fick många tillfällen att beskriva hur de uppfattar symptom på smärta och obehag hos personer med demenssjukdom och också jäm-

föra med en kollegas iakttagelser. Man diskuterade förändringar i vårdtagarnas beteende dag för dag och upptäckte tidigare än förut skillnader som kunde tyda på smärta eller obehag. Vi blev duktigare på att göra enkla små förändringar som ofta endast bestod i att ändra en hopplös sittställning, ge vårdtagaren något att dricka, gå med på toaletten, sitta och hålla i handen eller ge en kram. Vårdpersonalen upptäckte att det gick att hindra oro och besvär med många fler metoder än att endast be sjuksköterskan överlämna ett smärtstillande eller lugnande piller. Medvetenheten förstärktes och personalen använde sig av sin kompetens och fantasi för att finna att det fanns många fler åtgärder för att lindra smärta, obehag och lidande än vad man förut reflekterat över.

För att vårdpersonalen regelbundet skall använda foldern Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002) måste den vara väl känd och lättillgänglig. Man skall inte behöva leta efter den när man vill använda den som stöd för sin smärtbedömning eller för sin omvårdnadsdokumentation. På varje arbetsplats behövs eldsjälar som kan uppmuntra och entusiasmera sina kollegor på ett positivt sätt. Det är även nödvändigt att diskutera, levandegöra och hålla intresse och kunskaper vid liv. När det gäller smärtbedömning behövs det också någon eller några som aktivt driver på, uppmuntrar och deltar i smärtarbetet. Vad är tillåtande på en arbetsplats? Smyger den personal undan vardagssysslor som brukar sitta och läsa för eller prata med de boende? Är den personal lat som sätter sig framför datorn för att dokumentera viktiga iakttagelser av vårdtagaren som man måste dela med sig av? Varför hinner någon alltid dokumentera och varför hinner någon aldrig? Hur prioriterar man inom sitt ansvarsområde? Närmssta chef på arbetsplatsen måste ständigt arbeta med attityder om vad som bör och inte bör göras. Chefen skall naturligtvis själv vara ett gott exempel på hur omvårdnaden av de boende skall utföras.

Att använda foldern Smärta & Demens (Nilsson et al., 2002) i sitt dagliga arbete har gjort att demensavdelningarnas personal dokumenterar vårdtagarens smärta och obehag i omvårdnadsjournalen så att den synliggörs. De beskriver på ett mycket yttrycksfullare sätt hur vårdtagaren känner sig i den aktuella situationen. Som läsare kan Du läsa en del av citaten i resultatdelen och jag tror att Du som arbetar med patienter/vårdtagare bildligt kan se framför dig hur den enskilde vårdtagaren känner sig just i den specifika omvårdnads-situationen. Och det är poängen med väl beskrivna iakttagelser av smärta och eller obehag. När omvårdnadspersonal som utför omvårdnaden av vårdtagaren tar

del av anteckningarna i omvårdnadsjournalen och kan följa mål, delmål, insatta åtgärder och måluppföljning leder det till ett bättre omhändertagande av vårdtagare med smärta och obehag.

Arbetet fortsätter nu med att implementera foldern Smärta & Demens i det dagliga arbetet på Gråbergets vård- och äldreboende. Att använda foldern som stöd vid bedömning, kommunikation och dokumentation av

tillstånd av smärta och obehag av våra boende, blir ett prioriterat område under detta och de kommande åren. Inte bara på demensheterna utan på samtliga avdelningar på Gråbergets vård- och äldreboende där det bor personer med olika svårigheter relaterade till nedsatt kommunikationsförmåga som kan vara orsakade av andra funktionsnedsättningar än demenssjukdom.

## Är detta arbete...?



# Referenser

- AHLES, T. A., BLANCHARD, E. B. & RUCKDESCHEL, J. C. (1983) The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain*, 17, 277-288.
- AXELSSON, K. (1999) Fånge i sin smärta. *Vårdfackets stämmodning*.
- BECK-FRIIS, B. (2003) Komplicerade fall. IN WERNER, M. & STRANG, P. (Eds.) *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm, Liber.
- BERGH, I., SJOSTROM, B., ODEN, A. & STEEN, B. (2001) Assessing pain and pain relief in geriatric patients with non-pathological fractures with different rating scales. *Aging Clin Exp Res*, 13, 355-61.
- BERGH, I., SJÖSTRÖM, B., ODÉN, A. & STEEN, B. (2000) An application of pain rating scales in geriatric patients. *Aging Clin Exp Res*, 12, 380-387.
- BERTELSEN, K. (1993) Senil demens og smertevurdering. *Klinisk Sygepleje*, 3, 46-50.
- BLOMQVIST, K. & HALLBERG, I. R. (1999) Pain in older adults living in sheltered accommodation—agreement between assessments by older adults and staff. *J Clin Nurs*, 8, 159-69.
- BRAGEÉ, B. (1999) *Kroppens vrede. En bok om smärta*, Stockholm, Bonniers förlag AB.
- BRATTBERG, G. (Ed.) (2003) *Psykologisk smärtbehandling och patientutbildning*, Stockholm, Liber.
- CARLSSON, P. (2005) Varför har just jag drabbats. *Vårdfacket*.
- CLOSS, S. J. & BRIGGS, M. (2002) Patients' verbal descriptions of pain and discomfort following orthopaedic surgery. *Int J Nurs Stud*, 39, 563-72.
- DONOVAN, M., DILLON, P. & MCGUIRE, L. (1987) Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain*, 30, 69-78.
- FERRELL, B. A. (1991) Pain management in elderly people. *J. Am. Geriatr. Soc*, 39, 64-73.
- FERRELL, B. A., FERRELL, B. R. & OSTERWEIL, D. (1990) Pain in the nursing home. *J. Am. Geriatr. Soc*, 38, 409-414.
- FERRELL, B. A., FERRELL, B. R. & RIVERA, L. (1995) Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage*, 10, 591-8.
- GASTON-JOHANSSON, F. (1985) Pain Assessment: With particular reference to pain terms, instrument development and pain description. Göteborg University.
- GROSSMAN, S. A., SHEIDLER, V. R., MCGUIRE, D. B., GEER, C., SANTOR, D. & PIANTADOSI, S. (1992) A comparison of the Hopkins Pain Rating Instrument with standard visual analogue and verbal descriptor scales in patients with cancer pain. *J. Pain Symptom Manage*, 7, 196-203.
- HAEGERSTAM, G. (1996) *Smärta multidimensionell syn*, Södertälje, Astra Läkemedel AB.
- HELSINKI, D. O. (October, 1996.) *Declaration of Helsinki. Revised version. Adopted by the 48th General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa*.
- HERR, K. A. & MOBILY, P. R. (1991) Complexities of pain assessment in the elderly. Clinical considerations. *J. Gerontol. Nurs*, 17, 12-19.
- HÖGSKOLEUTBILDNINGAR INOM VÅRD OCH OMSORG (1997) Högskoleutbildningar inom vård och omsorg: En utredning. *Högskoleverkets rapportserie.*, Högskoleverket.
- IASP (1979) Pain terms. A list with definitions and notes on usage. *Pain*, 6, 249-252.
- ISAKSSON, I. (2000) *Demenshandboken*, Växjö:, Jansson-cilag AB.
- JACOX, A. K. (1979) Assessing pain. *Am J Nurs*, 79, 895-900.
- KILLANDER, E., MODIG, G. & NILSSON, G. (1999) *Tro på patienten - behandling av tumörrelaterad smärta*, Lund, Studentlitteratur.

- KOMPETENSBSKRIVNING. (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, Socialstyrelsen.
- KOMPETENSOMRÅDEN., U. (2006) Undersköterskans kompetensområden, Gråbergets Vård & Äldreboende Göteborgs stad Majorna.
- LANDI, F., ONDER, G., CESARI, M., GAMBASSI, G., STEEL, K., RUSSO, A., LATTANZIO, F. & BERNABELI, R. (2001) Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med*, 161, 2721-4.
- MARCUSSON, J., BLENNOW, K., SKOOG, I. & WALLIN, A. (1995) *Demenssjukdomar*, Falköping, Liber utbildning.
- MCCLEAN, W. J. & HIGGINBOTHAM, N. H. (2002) Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *Med J Aust*, 177, 17-20.
- MELZACK, R. (1999) From the gate to the neuromatrix. *Pain*, Suppl 6, S121-6.
- MELZACK, R. & WALL, P. D. (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-9.
- NILSSON, K. (2003) Mandat - Makt - Management. En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras. *Institutionen för Vårdpedagogik, Sahlgrenska akademien*. Göteborg, Göteborgs University.
- NILSSON, L. V. & PERSSON, G. (1984) Prevalence of mental disorder in an urban sample examined at 70, 75 and 79 years of age. *Acta Psychiatr Scand*, 69, 519-527.
- NILSSON, M., FRANCH, G., STRÖMBERG, M., HAFSTRÖM, A.-C. & LUNDELL, S. (2002) Smärta & Demens Hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka: Slutrapport. Uddevalla kommun.
- NISELL, R. & EINHORN, S. (2000) *Ont I kroppen*, Stockholm, Bokförlaget Forum.
- NORBERG, A. (1996) Caring for demented patients. *Acta Neurol Scand*, 165, 105-108.
- NORTVEDT, F. (2000) Smertelindring - Ny kunnskap gir nye muligheter. *Vård i nordn*, 32-35.
- RAT, P., BONIN-GUILLAUME, S. & NORD, C. H. U. (2000) Experimentation of setting up a programme about the quality of the pain management in a gerontological medical care service: Problems-Impacts. *Pain in Europe III Advances in pain research and therapy*. Nice, France.
- RIKTLINJER FÖR ETISK VÄRDERING AV MEDICINSK HUMANFORSKNING (2003) *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*, Almqvist & Wiksell Tryckeri.
- SAUNDERS, C. (2001) The evolution of palliative care. *Journal of the royal society of medicine*, 94.
- SENGSTAKEN, E. A. & KING, S. A. (1993) The problems of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 41, 541-544.
- SIM, J. & WATERFIELD, J. (1997) Validity, reliability and responsiveness in the assessment of pain. *Physiother theory pract*, 13, 23-37.
- SINK, K., M., COVINSKY, K. E., NEWCOMER, R. & YAFFE, K. (2004) Ethnic Differences in the Prevalence and Pattern of Dementia-Related Behaviors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52.
- SJÖLENIUS, B. (1989) *Hälso- och sjukvårdsrätt, Del II*, Studentlitteratur.
- SJÖSTRÖM, B. (1995) Assessing acute postoperative pain. Assessment strategies and quality in relation to clinical experience and professional role. Göteborg.
- SOSFS (1993) *The Swedish national Board of Health*.
- SPRI. (1981) Individuell vårdplanering: försök på en långvårdsklinik. Stockholm Spri.
- WEINER, D. K., PETERSON, B. L., LOGUE, P. & KEEFE, F. J. (1998) Predictors of pain self-report in nursing home residents. *Aging Clin. Exp. Res*, 10, 411-420.
- WESTLUND, P., MÅRTENSSON, L. & ANDERSSON, I. (1991) *Att arbeta med dementa - en erfarenhetsinventering*, Lund, Studentlitteratur.
- WÄHRBORG, P. (1995) *Varför gör det ont? Om smärta och dess orsaker*, Lund, H. Lundbeck. AB.

# Bilaga I

*Dementa personer kan sakna språk för att uttrycka att de har ont. Denna folder är avsedd att vara ett hjälpmedel för att på ett systematiskt sätt tolka tecken och signaler som kan vara uttryck för smärta och obehag hos dessa personer.*

## LÄS IGENOM HELA FOLDERN INNAN DU ANVÄNDER DEN FÖRSTA GÅNGEN

### VAD ÄR SMÄRTA?

#### FYSISK SMÄRTA

- Neurogen smärta Orsakas av sjukdomar och skador i perifera nervet, ryggraden eller hjärnan. Smärtan är ofta långvarig och irriterande till sitt karaktär.
- Noceceptiv smärta. Genom vävnadsskada eller huzande vävnadsödem (t.ex. blödning) aktiveras nociceptorer (smärtskropp för registrering av vävnadsskada). Smärtan kan kvarstå efter att vävnadsskadan är läkt.

#### PSYKISK SMÄRTA

"Och i själen" orsakas oftast av smärta, oro eller stress. Att förtäta hjärnan. Det tar längre tid att återhämta sig från en stressig situation. Det största hotet är ett förtäta liv. Psykisk smärta ger ofta fysiska symptom.

#### SOCIAL SMÄRTA

Social smärta uppstår när den sjuka förlorar sin följare genom att bli ensam, utslutet och isolerat. Praktiska åtgärder kan också omfatta social smärta.

#### EXISTENTIELL SMÄRTA

Ändlig eller existentiell smärta innebär ofta rädsla för död, loss på sig och förtäta. Ändlig smärta handlar också ofta om skuld och rädsla för avdö.

U D D E V A L L A K O M M U N

# SMÄRTA & DEMENS

HJÄLPMEDEL FÖR ANALYS AV SMÄRTA OCH OBEHAG HOS DEMENSSJUKA



### PROJEKT SMÄRTA & DEMENS

Projektet Smärta & Demens har tillkommit på initiativ av sjukvårdsläkare och undersköterskor vid Rönneåvårdshuset i Uddevalla med en önskan om att få bättre på att tolka och åtgärda smärta hos demenssjuka vårdtagare.

Projektet har finansierats genom statliga stödmedel inom ramen för den nationella familjengruppen för Alzheimer.

Vi som arbetat med projektet är Malinere Nilsson, Cecil Franch och Malin Stenbäck, undersköterskor vid demensvårdsenheten samt Ann-Catharina Hallström, undersköterska. Projektledare har varit Susa Lundell, verksamhetschef för enheten.

Vår förhoppning och önskan är att vårt projekt ska bidra till en utvärdering av demensvården, vilket innebär utvärdering av smärta hos demenssjuka och åtgärder för att förbättra vården hos denna utsatta grupp.

#### Välkommen att kontakta oss

genom Uddevalla kommun vid 0522-09 66 00 eller på följande adresser:

Malinere Nilsson, sjukvårdsläkare  
Rönneåvårdshuset, Örnsted 2, 451 81 Uddevalla  
malinere.nilsson@uddevalla.se

Cecil Franch, verksamhetschef för Uddevalla kommun  
Torggatan 1, 451 81 Uddevalla  
cecil.franch@uddevalla.se

Projektledare Susa Lundell  
susa.lundell@uddevalla.se



451 81 Uddevalla • Telefon (v): 0522-09 66 00  
www.uddevalla.se



### VAD ÄR TRÖST?

- Att lyssna och ge av sin tid
- Att låta någon gråta fritt
- Att lindra lidande
- Att vara närvarande och förstå delat sorg.



# Ditt hjälpmedel för analys av smärta och obehag hos demenssjuka



## VID FÖRSTA KONTAKTEN

Observera Din vårdtagares undertryck, Beteenden och dokumentera Din vårdtagares beteendena, ansträngningar, kroppshållning och eventuella egenskaper i olika situationer och använd detta som ett utgångspunkt för övrigt arbete i omvårdningsplanen i vårdplanen, som skall finnas tillgängligt för vårdpersonalen.

## VID FÖRÄNDRAT BETEENDE

Dokumentera vad Du ser, hör och känner. Prova enkla åtgärder. Du finner exempel här i foldern. Dokumentera åtgärder och resultat. Löpgefterna uppdateras i omvårdningsplanen i vårdplanen.

## NÄR ENKLA ÅTGÄRDER INTE RÄCKER

- Observera Din vårdtagare under en bestämd tid.
- Använd checklisten i foldern som stöd.
- Beskriv och dokumentera Dessa ikttagelser.
- Planera åtgärder tillsammans med sjukvårdssjuksköterskan.
- Bestäm tid för utvärdering.
- Kontaktkommanen ansvarar för att det sker planerat.

## TECKEN – VAD SER, HÖR & KÄNNER DU?

### FYSISKA TECKEN

#### ANSIKTET

- Ögonen: Tårar, stirrande/mutt blick, löslöslade pupiller och hopklippta ögon.
- Hudens: Svettig, varm.
- Färg: Blek, röd.
- Munn: Spänd, rynkad parano/munrad, bitar ihop, girnar illa.

#### KROPPEN

- Hållning: Stel, onödig, spänd, slapp, hopklippt.
- Riksbaser/aktivering: Nedslut rötter. Användande, skyddande, masserande, gnuggande rörelser. Andra ställning ofta, onaturligt sätt att gå, skakig, motorisk oro.
- Rättningsrätt: Apetitlöshet eller illamående. Vill inte öppna munnen.
- Rättningsrätt i urin- och avföringsrörelser: Försvinnning, diarré, inkontinens, urinlägnings, små utrimängder.

### VERBALA UTTRYCK

- Uttrycker ibland härt och tydligt att de har ont.
- Verbala ljud ökar i frekvens och styrka.
- Upprepar samma ord med klagande ton, klagar/öjar sig, gnar, fläsar, skriker, ropar, stönar, säger fula ord.

### PSYKISKA TECKEN

- Själlig öze: Gungar, bankas, klipper, håller i sig kroppsligt, öze sig undan, är på sin vakt, är hjulplåkande och rastlös.
- Sällningsrätt: Vilsen, okonst, gråmoln, irriterad, eller visar ökad förvirring.
- Aggressivitet: Säll, kastar saker, sparkar, rns, spottar.
- Sällningsrätt: Svårt att komma, väkner ofta, sover oroligt eller lider av sömnlöshet.
- Sällningsrätt: Ljud- och ljuskänslig. Känslig för beröring.

### SOCIALA TECKEN

- Visar avundsjuka.
- Frågar efter arbete, visar irritation.
- Visar otillförlitlighet, pockar på uppmärksamhet.

### EXISTENTIELLA TECKEN

- Frågar: Vad gör jag här?  
Varför blev det så här?  
Var är mina barn?  
Var är mamma?

## TÄNKBARA ORSAKER

### FYSISKA ORSAKER

- Riksbaser/beröringsområde: Korrosion, flötningar i leder, muskelspänning, blåmärken, svulnad, neurogen smärta, frakturer, etc.
- Fördäglig kroppsställning: Sittit länge i samma ställning, figurer/ötar i avslutnings/obekvämlig ställning, kläder/inkontinensskydd stötar snett och skaver.
- Mag, tung, blåsa: Försvinnning, muglatur, diarré, magbesvär, urinretention eller infektion.
- Munn: Svamp, öst, blåsor, löslöslade protes, tandvärk.
- Ögon: Irritation, borrhut. Glasögon saknas, är felaktiga eller smutsiga.
- Öret: Felställd eller ej fungerande hörselapparat, svamp, eksem eller infektion.



### PSYKISKA ORSAKER

- Riksbaser: Fördäglig inte vad som händer här och nu.
- Öst: Har inte kontroll över sin livssituation.
- Ångest: Smärtsamma minneslagring kan utlösa ångest. Ångest här ihop med sömnlöshet och oro.
- Identitetsförvirring: Vet inte vem man är.
- Depression.

### SOCIALA ORSAKER

- Tills inte, långtar hem.
- Brist på intresset, självbestämmande och respekt.
- Saknar vännar och anhöriga.
- Känner sig ensam, vill bli sedd och bekräftad.
- För rns rns behov tillgodosedda.
- Rollförändring – vill hem och ta hand om barn/vårdsöstar.

### ORSAKER I MILJÖN

- Ljud: Störande radio och TV, medboendes betenden.
- Ljus: För starkt, för svagt eller bländande.
- Personaler: Barmående, stress, sällningsrätt.

### EXISTENTIELLA ORSAKER

- Grubblor: Talar om öden och framtiden, andra varför man är här.
- Religiösa frågor: Skuld och straff.

## TÄNKBARA ENKLA ÅTGÄRDER

- Avsluta tryck, ändra sitt- och liggställning.
- Fördäglighet vid på- och avslutning.
- Kontroll av kläder, skor, inkontinensskydd.
- Kontroll av hörselapparat och glasögon.
- Toalettbekvärlig.
- Lugna och vända.
- Mjuka händer, lugna rörelser.
- Vår, lugn och ro.
- Ge kroppskontakt.
- Bekvämlig vårdtagarens kläder.
- Skapa "goda stunder".
- Ta sig tid att prata.
- Ge lagom stimulans.
- Minska stress hos personalen.
- Erbjuda sällningsrätt.
- Munsår.
- Kontrollera urin och avföring.
- Ge mat och dryck.
- Anpassa ljud och ljus.
- Kontroll av puls, blodtryck, temperatur, urinläkta.
- Rapportera till övrig personal.

## KONTAKTA SJUKVÅRDESKA OMBEDDART VID FÖLJANDE IKTTEGELSER

- Svårt att gå, snabb avföring
- Kallsvettning
- Andning/andningsändring
- Blek, grå/blåklig ansiktsfärg







**SMÄRTA & DEMENS - OBSERVATIONSSCHEMA VID FÖRÄNDRAT BETEENDE**

Namn		Födelsedatum		Observation utförd av	
<b>Datum &amp; Möckslag</b>	<b>TECKEN</b> Vad ser, hör och känner Du?	<b>TÄNKBARA ORSAKER</b> Vad kan det bero på?	<b>TÄNKBARA ÅTGÄRDER</b> Vad gör Du åt det?	<b>RESULTAT</b> Vad ser Du för effekt?	<b>Hur länge kvarstår effekten?</b>

## Bilaga 2

### Till dig som personal

Under hösten 2004 kommer vi att genomföra en undersökning på vårdavdelningarna inom Gråbergets vård och äldreboende. Vi vänder oss till samtliga undersköterskor och sjuksköterskor som arbetar dagtid vid avdelning 3 och 4.

Syftet med studien är att undersöka hur vårdpersonal tolkar tecken av smärta och obehag hos patienter som inte verbalt kan förmedla sig, med och utan stöd av ett bedömningsinstrument.

Ditt deltagande innebär att du och en medarbetare i samband med en vårdtagares morgonskötsel, observerar beteende och eventuella tecken på smärta och obehag hos denne. Efter avslutat omvårdnadsarbete ombeds ni att oberoende av varandra nedteckna era observationer av smärta och obehag som ni noterat. Därefter erhåller ni var sitt instrument och utifrån detta gör ni en ny analys av era observationer av smärta och obehag.

Du får även besvara några frågor avseende ålder, utbildning och erfarenhet av vårdarbete.

Om du väljer att delta kan du naturligtvis när som helst avböja eller avsluta ditt deltagande, utan att ange skäl för detta.

Resultatet kommer att presenteras på ett sådant sätt att ingen enskild person kan identifieras. Materialet kommer alltså att behandlas konfidentiellt och ingen obehörig kommer att ta del av resultatet.

Samtliga avdelningar som deltar i undersökningen kommer att få ta del av resultatet.

Om det är något Ni undrar eller vill fråga om, träffas Betty Spjuth alla vardagar mellan 7.00 – 16.00 på Gråbergets vård och äldreboende.

Ingrid Bergh träffas varje tisdag mellan 9.00 – 12.00 på Gråbergets vård och äldreboende samt dagligen på telefon 0702 - 844746.

Med vänlig hälsning

Betty Spjuth  
Projektledare  
Leg sjuksköterska

Ingrid Bergh  
Leg sjuksköterska  
Medicine doktor

Sara Lundell  
Leg sjuksköterska  
Vårdlärare

## Bilaga 3

### Till Dig som är anhörig eller närstående till en boende på avdelning 3 och 4 på Gråbergets vård och äldreboende

Under hösten 2004 kommer vi att genomföra en undersökning på vårdavdelningarna inom Gråbergets vård och äldreboende.

Syftet med studien är att undersöka hur vårdpersonal tolkar tecken av smärta och obehag hos boende som inte verbalt kan förmedla sig, med och utan stöd av ett bedömningsinstrument.

Ditt medgivande å din anhörig eller närstående deltagande i denna studie, innebär att vårdpersonal i samband med morgonskötsel, observerar beteende och eventuella tecken på smärta och obehag hos din anhörig eller närstående. Efter avslutat omvårdnadsarbete ombeds vårdpersonalen att oberoende av varandra nedteckna sina observationer av smärta och obehag hos vårdtagaren. Därefter erhåller de var sin förteckning över vilka tecken på smärta och obehag som kan förekomma, och utifrån denna gör de en ny bedömning.

Om du väljer att låta din anhörig eller närstående delta i studien kan du naturligtvis när som helst avböja eller avsluta din anhöriges eller närståendes deltagande, utan att ange skäl för detta.

Resultatet kommer att presenteras på ett sådant sätt att ingen enskild person kan identifieras. Materialet kommer alltså att behandlas konfidentiellt och ingen obehörig kommer att ta del av resultatet.

Vill Du ta del av resultatet kontakta då avdelningen eller någon av undertecknade.

Om det är något Ni undrar eller vill fråga om under perioden då studien pågår, träffas Betty Spjuth alla vardagar mellan 7.00 – 16.00 på Gråbergets vård och äldreboende samt på telefon 0705 -345726.

Ingrid Bergh träffas varje tisdag mellan 9.00 – 12.00 på Gråbergets vård och äldreboende samt dagligen på telefon 0702 - 844746.

Med vänlig hälsning

Betty Spjuth  
Projektledare  
Leg sjuksköterska

Ingrid Bergh  
Leg sjuksköterska  
Medicine doktor

Sara Lundell  
Leg sjuksköterska  
Vårdlärare

Om du har läst formuläret för informerat samtycke (eller om du har fått det förklarat för dig) och förstår informationen och du av fri vilja samtycker till att låta din anhörig eller närstående delta i denna undersökning, v. g. skriv din namnteckning nedan.

---

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

## Bilaga 4

### Allmänna frågor

1. Ålder? .....år
  
2. Är du  Sjuksköterska  
 Undersköterska  
 Skötare  
 Vårdbiträde
  
3. Hur många procent av heltid arbetar du?.....%
  
4. Hur många års erfarenhet har du av arbete med människor med en demenssjukdom? .....år
  
- 5a. Har du deltagit i någon kurs/utbildning i smärta eller demens?  
 Ja  
 Nej
  
- 5b. Om ja, vilka kurser/utbildningar (ange även omfattningen av dessa)?

---

---

---

6. Jag anser att jag har tillräckliga kunskaper för att kunna dokumentera vårdtagarnas tecken på smärta och obehag i omvårdnadsjournalen. (I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om du använder en skala från 1 - 6, där 1 betyder ”instämmer inte alls” och 6 betyder ”instämmer helt”?)

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Jag anser att jag med lätthet kan formulera i skrift det jag vill dokumentera om vårdtagarna i omvårdnadsjournalen? (I vilken utsträckning instämmer du i följande påståenden om du använder en skala från 1 - 6, där 1 betyder ”instämmer inte alls” och 6 betyder ”instämmer helt”?)

Instämmer inte alls

Instämmer helt

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Bilaga 5

## Frågor till personalen

1a. Uttryckte vårdtagaren tecken på smärta?

Ja

Nej

1b. Om du svarat ja på ovanstående fråga (1a), vilka tecken på smärta uttryckte vårdtagaren?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1c. Ringa in den siffra som du tycker bäst motsvarar hur mycket smärta du anser att vårdtagaren uttryckte.

Ingen smärta

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Värsta tänkbara smärta

2a. Uttryckte vårdtagaren tecken på obehag?

Ja

Nej

2b. Om du svarat ja på ovanstående fråga (2a), vilka tecken på obehag uttryckte vårdtagaren?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2c. Ringa in den siffra som du tycker bäst motsvarar hur mycket obehag du anser att vårdtagaren uttryckte.

Inget obehag	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara obehag
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------



**FoU***väst* **GR**

**FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET**

**Besök** Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 35

**Fax** 031-335 51 17 • **e-post** fou@gr.to • **www.fouivast.com**