

Smärtskattning av patienter som sviktar kognitivt

TEXT // CAROLA LUDVIGSSON

Patienter med kognitiv svikt eller med demenssjukdom är ofta både underdiagnostiserade och underbehandlade när det gäller smärta. Anledningen är okunskap och avsaknad av riktlinjer för systematisk smärtskattning. Även bristen på kunskap om palliativ vård är ett hinder för att förstå varför smärtskattning är viktigt. Så här gjorde och tänkte vi för att systematiskt smärtskatta patienter med kognitiv svikt

I SAMBAND MED ett projekt i Umeå kommun upptäcktes 2012, att endast tolv procent av de som registrerats i Svenska palliativregistret var smärtskattade i livets slut. Ett resultat som vi då delade med resten av Sveriges kommuner. Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd ska systematisk smärtskattning i palliativ vård prioriteras högt och vi beslutade att det var något vi ville förbättra.

Inte i första hand på grund av det låga resultatet utan framförallt för att studier visar att personer som inte kan verbalisera sina symtom oftast får sämre smärtlindring. Vi bildade en projektgrupp, som initialt bestod av mig, två undersköterskor och MASen. Målet var att öka kunskapen och utarbeta rutiner kring systematisk smärtskattning för att vårdtagarna, som inte kunde verbalisera sina symtom, skulle få en bättre bedömning och uppföljning av sina symtom.

Parallellt påbörjade jag en studie för att undersöka vårdbiträdets, undersköterskors och sjuksköterskors upplevelse i samband med smärtskattning hos patienter med kognitiv svikt. Studien gjordes tillsammans med Svenska Palliativregistret och Umeå universitet. Jag Intervjuade personalen både innan smärtskattningsinstrument började användas och efter att smärtskattningsinstrument införts. Resultatet visade att personalen innan smärtskattningsinstrumentet infördes tyckte att det var svårt att upptäcka symtom och att man då oftast utgick från sina erfarenheter och sin kliniska blick. Med smärtskattningsskala gick man från att tro till att veta - om patienten hade ont. Studiens resultat sporrade oss ytterligare för att få till en bra rutin för smärtskattning vid vård i livets slut.

PÅ SÄRSKILDA BOENDEN i Umeå kommun har många vårdtagare någon form av kognitiv svikt och svårt att verbalisera sina symtom, särskilt vid livets slut. Många har dessutom även andra grundsjukdomar som kan ge svår smärta. Det kräver kunskap och verktyg för att upptäcka kombinationer av symtom som kan uppstå för denna patientgrupp.

Abbey Pain Scale - APS valdes ut som en lämplig och inte alltför tidskrävande skattningsskala och skulle användas på alla boenden i Umeå kommun. APS beskriver på ett enkelt sätt

symtom på smärta utifrån kroppsliga förändringar, röst/ansiktsuttryck, förändrat beteende, synliga skador och kroppsspråk. Efter att en vårdgivare har studerat patienten en stund besvaras sex frågor. Svartalternativen adderas och en slutsumma visar om patienten har: ingen smärta/mild smärta/medelsvår smärta/svår smärta.

VID INFÖRANDET AV APS fanns ingen rutin eller manual för att hantera smärtskattningsskalan så en sådan upprättades tillsammans med MASen och Svenska Palliativregistret. Vi beskrev varför, när, hur och av vem skattningen skulle utföras och att detta skulle dokumenteras i verksamhetssystemet. Rutinen skulle underlätta användandet samtidigt som den innehöll information som kunde räta ut eventuella frågetecken. Idag finns liknande rutiner som den vi tog fram – se www.palliativ.se

I samband med införandet av skattningsskala kände många sig osäkra när bedömningen skulle göras. Därför skrevs det i manualen att det kunde vara bra att utföra skattning tillsammans med en kollega eller att var och en gjorde en skattning som sedan jämfördes och diskuterades, så många gånger tills man kände sig säker. Vi poängterade vikten av utvärdering efter utförd symtomlindring, både av farmakologiska och icke farmakologiska åtgärder.

Brist på kunskap om palliativ vård var ett hinder för att alls förstå varför smärtskattning var viktigt och för att komma vidare måste kunskapen om palliativ vård förbättras. I en utbildningssatsning i palliativ vård som riktade sig till all omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen på särskilda boenden i Umeå kommun, synliggjordes problematiken med smärta hos patienter med kognitiv svikt då de har svårt att verbalisera sina symtom. Bland annat poängterades under halvdagsutbildningen att det inte alltid är "skrik" eller "aj" som är symtom på smärta utan smärta kan visa sig på många andra sätt såsom oro, matvägran, rastlöshet, ökad puls, förändrad kroppstemperatur med mera. Det går lättare att upptäcka dessa tecken med smärtskattning.

Sjuksköterskorna fick en halvdagsföreläsning i palliativ vård av läkare som arbetar inom avancerad hemsjukvård och de skulle innan detta tillfälle ha genomgått den webbaserade palliativa utbildningen som Regionalt Cancercentrum - RCC tillhandahåller.

”

Lyckat förbättringsarbete kräver att man inte ger upp

EFTER UTBILDNINGSSATSNINGEN sammanställdes en ”Palliativ pärm” som finns tillgänglig på alla avdelningar och enheter i Umeå kommuns särskilda boenden. Där kan personalen ta del av informationen som innehåller allt från basal omvårdnad till mer avancerad smärtbehandling. Varje vår utbildas nya vikarier och fast personal om hur viktig smärtskattning och uppföljning är.

På våra boenden är det tänkt att sjuksköterskan ska initiera smärtskattningen men idag finns det många undersköterskor och vårdbiträden som själva tar initiativ till att smärtskatta. Sjuksköterskans roll är att visa och entusiasmera vårdbiträden och undersköterskor då det är dessa som i första hand utför själva skattningen.

Nya sjuksköterskor i kommunen ser smärtskattning som en självklarhet.

Uppföljning av smärtskattning liksom av andra viktiga parametrar i palliativ vård sker med hjälp av statistik i Svenska Palliativregistret. Dödsfallsenkäten registreras senast fem dagar efter dödsfall och månatligen skickas statistik och kommentarer till varje enhet och till enhets- och verksamhetschefer. De får kommentarer utifrån sin egen statistik, både positiv feedback och synpunkter på förbättringsområden. På APT eller teamträffar reflekterar man över resultatet och tittar på hur förbättringar ska göras.

I STUDIER BESKRIVS att ett lyckat förbättringsarbete kräver introduktion, re-introduktion, kontinuerlig information och insatser och att inte ge upp. Många gånger har jag upplevt mig själv som tjugig och tänkt att det kanske skulle fungera utan att ständigt påminna.... vi ser dock i andra kvalitetsregister att resultatet dalar där man inte kontinuerligt följer upp.

Jag har haft möjlighet att på ett strukturerat sätt införa och följa upp rutiner kring systematisk smärtskattning samt ökat kunskapen hos personalen om smärtskattning och palliativ vård. Som sjuksköterska och verksamhetsutvecklare i palliativ vård i Umeå kommun har jag erfarit, att för ett lyckat resultat krävs just det som studierna visat. Förändringsarbete kräver avsatt tid, engagemang och envishet. Idag smärtskattas cirka 80 procent av de som bor på Umeå kommuns särskilda boenden.

Refenser:

Abbey J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, et al. *The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. International Journal of Palliative Nursing. 2004; 10: 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14966439>*

Socialstyrelsen. *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - Vetenskapligt underlag, Rekommendationer för god palliativ vård i livets slutskede; Bilaga 2013, <http://www.socialstyrelsen.se>.*

Givard K, Poulsen I. *Implementering af en smerte med nedsat bevidsthed. Sygeplejersken. 2013; 11: 66-72. <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2013-11/implementering-af-en-smerteskala-til-patienter-med-nedsat>*

Brorson H, Plymoth H, Örmon K, Bolmsjö I. *Pain relief at the end of life: Nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. Pain Management Nursing. 2014 3//; 15: 315-23. <http://www.medscape.com/medline/abstract/23453467>*



Carola Ludvigsson

Leg. sjuksköterska och verksamhetsutvecklare i palliativ vård i Umeå kommun.