



# Vem har nytta av en siffra?

- en fallstudie av ett förbättringsarbete med syfte att förbättra och kvalitetssäkra smärtbehandling för palliativa patienter i regionsansluten specialiserad hemsjukvård.

## Sammanfattning

**Vem har nytta av en siffra?** – En fallstudie av ett förbättringsarbete med syfte att förbättra och kvalitetssäkra smärtbehandling för palliativa patienter i regionsansluten specialiserad hemsjukvård.

**Bakgrund:** Palliativ vård, vård i livets slut, ändrar fokus från bot till lindring. Det viktigaste målet för palliativ vård är symtomlindring och smärta är det symptom som har störst betydelse för livskvalitet. Numeric Rating Symptom Scale, NRS, har visat sig underlätta utvärdering och kvalitetssäkring av smärtbehandling.

**Syfte:** Förbättringsarbetets mål var att förbättra smärtbehandlingen för inskrivna patienter. Studiens syfte har varit att hitta motiverande faktorer samt undersöka medarbetarnas upplevelse av förbättringsarbetet.

**Metod:** Nolans modell för förbättring och PDSA-hjul enligt Deming, fiskbensdiagram och 5p-kartläggning av mikrosystemet har använts i förbättringsprojektet. Både kvalitativa och kvantitativa data har inhämtats till studien av förbättringsarbetet. Intervjuer har utförts och analyserats med innehållsanalys.

**Resultat:** NRS fanns dokumenterat för utvärdering av smärtbehandling i 15 % av patientbesöken och enhetens medelvärde för NRS per vecka var 4 eller lägre. Studien visar att medarbetarna har kunskap om hur NRS ska användas och mäta men att förståelse för varför och för vem skall detta är viktigt saknas.

**Slutsats:** Deltagande i detta förbättringsarbete har ökat kunskapen bland medarbetarna. Diskussioner visar på ett skifte från individ till system och en förflyttning av fokus mot patientens behov och involvering samt förståelse för målet med vård utförd av arbetsplatsen.

**Nyckelord:** Förbättringskunskap, informationsöverföring, smärtskattning, symtomlindring, samsyn.

## Summary

**Does the number count?** – A case study of an improvement project focusing pain management routine in specialized palliative care.

**Background:** Palliative care, end-of-life care, change focus from cure to comfort, ease and relieve symptoms. Management of symptoms are important palliative care and pain have a big effect on patient's quality of life. Numeric Rate Symptom Scale, NRS, have proved to help medical units to evaluate pain management.

**Purpose:** The aim of the improvement work was to improve pain management routine for patients. The purpose of the study was to find motivating factors and to find how employees 'experiences the improvement initiative.

**Method:** Nolan's model of improvement with PDSA cycles from Deming, Ishikawa diagram and description of micro system 5p were used for the improvement project. The study was based on a qualitative and quantitative data collections. The interviews were analysed by content analysis.

**Results:** NRS are used in 15 % of evaluation of pain management and the average NRS where 4 or less. Data from the study shows knowledge among employees' about how to use NRS and what NRS is made to display but lack knowlegde of why and for whom.

**Conclusions:** This project created common learning through participation in the improvement project. Focus are starting to change and more discussions shifting from individual to system level about patient involvement and consensus on aim of care.

**Key words:** Improvement knowledge, information transfer, pain rating, mitigate symptoms, consensus.

**Ordlista:**

**Brytpunktssamtal** – samtal mellan läkare och patient om att vården ändrar inriktning från botande till lindrade och ytterligare behandlingar bedöms skapa mer lindade än vinst för patienten.

**MSE** – Mälarsjukhuset, Eskilstuna, Region Sörmland.

**NRS** – Numeric Rating Symptom Scale, smärtskattningsskala från noll (ingen smärta) till tio (värsta tänkbara smärta).

**Kapsel Oxynorm** – snabbverkande läkemedel mot värk, i kapselform för att ta via munnen.

**Subcutan injektion Oxynorm** – snabbverkande läkemedel mot värk, ges som injektion i huden av sjuksköterska.

**SSIH** – specialiserad sjukvård i hemmet. Region Sörmlands hemsjukvårdsenhet för palliativa patienter.

# Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b>	<b>6</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>6</b>
<i>PALLIATIV VÅRD</i>	6
<i>SKATTNING AV SYMTOM</i>	7
<i>INSTRUMENT FÖR SKATTNING</i>	7
<i>SYSTEMATISKT ARBETE MED KVALITETFÖRBÄTTRING</i>	8
<i>TÄNKT FÖRBÄTTRING – RATIONALE</i>	8
<i>LOKALT PROBLEM</i>	8
<b>SYFTE</b>	<b>9</b>
<b>METOD</b>	<b>9</b>
<i>KONTEXT</i>	9
<i>KARTLÄGGNING AV GAP FÖR TÄNKT FÖRBÄTTRING</i>	11
<b>FISKBEN</b>	11
<i>METOD FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	11
<i>DATAINSAMLING OCH AVGRÄNSNINGAR FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	15
<i>URVAL FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	15
<i>METOD FÖR STUDIEN AV FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	15
<i>URVAL OCH AVGRÄNSNINGAR STUDIE AV FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	15
<i>DATAINSAMLING STUDIE AV FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	16
<i>BALANSERADE MÅTT</i>	16
<i>MÄTNINGAR FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	17
<b>Antalet registrerade NRS-värden</b>	17
<b>Medelvärde NRS per vecka</b>	17
<b>Högsta dokumenterade NRS per vecka</b>	17
<b>Förbrukning av snabbverkande smärtstillande läkemedel</b>	17
<i>MÄTNINGAR STUDIEN</i>	17
<b>Enkät till medarbetare</b>	17
<b>Intervju av medarbetare</b>	17
<i>ETISKA ÖVERVÄGANDE</i>	17
<i>FÖRFATTARENS ROLL</i>	17
<b>RESULTAT</b>	<b>18</b>
<i>RESULTAT FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	18
<b>Andel registrerade NRS-värden</b>	18
<b>Medelvärde för NRS per vecka</b>	19
<b>Högsta dokumenterade NRS per vecka</b>	20
<b>Förbrukning av snabbverkande smärtlindrande läkemedel</b>	21
<i>RESULTAT STUDIEN AV FÖRBÄTTRINGSARBETET</i>	23
<b>Resultat enkät 1 och 2</b>	23
<b>Resultat intervjuer</b>	24
<b>DISKUSSION</b>	<b>27</b>
<i>METODDISKUSSION</i>	27
<b>METODDISKUSSION FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETET</b>	27
<b>METODDISKUSSION FÖR STUDIEN</b>	28
<i>RESULTATDISKUSSION</i>	29
<b>RESULTATDISKUSSION FÖRBÄTTRINGSARBETET</b>	29
<b>Antalet registrerade NRS-värden</b>	30
<b>Medelvärde NRS per vecka</b>	30
<b>Högsta dokumenterade NRS per vecka</b>	30

<b>Förbrukning av snabbverkande smärtstillande läkemedel</b>	<b>30</b>
<b><i>RESULTATDISKUSSION STUDIEN</i></b>	<b>31</b>
<b>Motiverande faktorer</b>	<b>31</b>
<b>Upplevelse av interventionen och förståelse för evidensbaserade riktlinjer</b>	<b>32</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>33</b>
<b>EPILOG</b>	<b>33</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>35</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>37</b>
<b>Bilaga 1 - Enkätformulär till personal</b>	<b>37</b>
<b>Bilaga 2, Intervjuguide</b>	<b>38</b>
<b>Bilaga 3, PDSA, redovisning av samtliga PDSA-hjul</b>	<b>39</b>

## INTRODUKTION

Göran hade varit skeptisk. Och orolig, mycket orolig. Hur skulle det bli? Hur skulle det kännas när krafterna sinar och sjukdomen tar över mer och mer?

”Vårt mål är att utforma din medicinering så din smärta inte hindrar dig. Vad tycker du om att göra?” frågade läkaren. ”Jag vill orka umgås med barn och barnbarn, få ta del av deras äventyr och utmaningar, så länge det går” svarade Göran läkaren. Sjuksköterskan och läkaren från den regionsanslutna hemsjukvården för specialiserad vård i hemmet hade berättat att deras mål var att Göran skulle använda sina sinande krafter till sådant som var viktigt för honom, som skapade glädje och minnen att tänka på när slutet närmade sig, inte i väntan på att tabletterna mot värk skulle ha effekt. Livet kretsade ju bara kring när mediciner skulle tas och när mediciner skulle ha effekt. Menade sjuksköterskan och läkaren att de skulle hjälpa honom hinna leva livet medan livet fanns kvar? Gick det verkligen, värken som brann och molade vid minsta rörelse gick kanske att mildra?

Göran såg ut på barnbarnen som lekte på gräsmattan framför huset. Hans underbara, vilda barnbarn tumlade runt med taxarna. Ben, armar och svansar som jagade bollar i rasande tempo. Skrattande ropade Göran på sina söner. Görans skratt övergick i hosta. Hosta som fick Göran att kippa efter luft. Efter ett par tre andetag kändes det bättre. Den underbara känslan att ta ett djupt andetag. Att fylla lungorna utan att hindras av en huggande smärta i magen. Sönerna såg ut på gräsmattan. Tillsammans log de åt minnena från tiden när det var sönerna och andra hundar som tumlade runt på samma gräsmatta i liknande ystra lekar. Görans smärtan i magen fanns där men påverkade inte känslan av glädje och gemenskap i vardagsrummet.

## BAKGRUND

### PALLIATIV VÅRD

Palliativ vård rör patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada enligt Socialstyrelsens definition (Socialstyrelsen, 2013). Palliativ vård innebär omvårdnad där en helhetssyn på personen är i fokus. Den palliativa vården ändrar hela fokusbilden, från att fokusera på sjukdom och bot till att lindra, avlasta och trösta. Målet för palliativ vård är att skapa förutsättningar för patienten att möta döden på ett tryggt och värdigt sätt (Andershed & Ternestedt, 2013).

WHOs definition av palliativ vård har som mål att öka livskvaliteten för patienter diagnostiserade med dödlig, obotlig sjukdom och deras familjer. Fysiska, psykiska, emotionella och existentiella symtom ska lindras tidigt i förloppet. God smärtlindring nämns som första punkt och det symtom som oftast förhindrar en aktiv och meningsfull sista tid i livet. Palliativ vård ska erbjudas alla patienter med kronisk dödlig sjukdom och bör startas tidigt efter diagnos. Detta är viktigt eftersom symtom och problem som försvårar den palliativa tiden ofta har sin början och ursprung tidigt i sjukdomsförloppet. Genom tidig symtomlindring minskar risken för svårbehandlade smärttillstånd och smärtsamma nervskador (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002).

Marit Karlsson är medicine doktor och överläkare med mångårig erfarenhet inom palliativ vård och beskriver att palliativ vård innebär vård i livets slutskede (Karlsson, 2013). Fokus flyttas från botande vård till symtomlindring, vilket ligger i själva ordet palliativ=lindra. Man talar inom palliativ vård om hantering av svåra symtom vid svår sjukdom. Dessa symtom brukar sammanfattas i fem grupper; trötthet, smärta, andnöd, aptitlöshet/avmagring och oro/ångest. I detta arbete fokuseras på smärta men alla dessa symtom är ihopkopplade och kan potentiellt varandra, liksom lindra varandra. God smärtlindring ger många gånger även lindring av oro/ångest. Biverkningar från smärtlindring kan vara trötthet, förstoppning och illamående. Symtom aptitlöshet/avmagring och trötthet kan öka med fel dosering av smärtlindring och läkemedel mot förstoppning och illamående ska justeras så smärtlindringens goda effekter överväger.

Att leva med smärta begränsar möjligheterna till ett aktivt liv och sänker livskvaliteten enligt studier (Strang, 2012). Smärta har olika ursprung och kräver olika behandlingsstrategier utifrån typ. Det är viktigt att utifrån patienten hitta den mix av behandlingsmetoder som fungerar bäst.

Smärtbehandling av alla typer har visat sig inte förkorta livet. Flera studier visar i stället att väl behandlad smärta är en faktor som förlänger liv(Karlsson, 2013).

Socialstyrelsen skriver i sin skrift ”Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede” att regelbunden skattning och analys av smärta är en central rekommendation eftersom obehandlad smärta minskar livskvaliteten och ökar risken för medicinska komplikationer (Socialstyrelsen, 2013). Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer är evidensbaserade och framarbetade genom en strukturerat consensusprocess (Socialstyrelsen, 2017). Man listar fyra hörnstenar som ska ligga till grund för palliativ vård – symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation/relation samt stöd till närstående(Socialstyrelsen, 2013).

I Patientsäkerhetslagen (Socialdepartementet, 2010) fastställs att all vård ska genomföras i samråd med patienten och med en lyhördhet för patientens behov. Socialstyrelsen följer detta i sin definition av palliativ vård som ska lindra lidande och främja livskvalitet, verka för helhetssyn och stödja individen att leva med värdighet till livets slut(Socialstyrelsen, 2013).

## SKATTNING AV SYMPTOM

För kvalitetskontroll av verksamhet, uppföljning av behandlingsstrategier och för att förebygga och lindra symptom genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av problem ska vårdgivare av palliativ vård använda sig av skattningsinstrument enligt Socialstyrelsen(Socialstyrelsen, 2013). Smärta definieras som symptom som systematiskt ska bedömas för att öka möjligheten för optimal symptomlindring och utvärdering av behandling. Regelbunden uppföljning genom skattning av smärtintensitet med hjälp av skattningsinstrumentet NRS (Numeric Rating Symptom Scale) är ett sätt (Socialstyrelsen, 2013).

I en äldre studie från 1998 av Evans och Palmer belyses att ordinationen av smärtlindringsläkemedel ska utgå från patientens upplevelse av smärta. Omvårdnadspersonal har alla ett gemensamt ansvar för detta och patienten ska ges tillgång till akutläkemedel att ta vid behov så lidande i väntan på personalens insatser försvinner (Evans & Palmer, 1998).

Sambandet mellan smärta och risken för förekomst av andra inom palliativ vård vanliga symptom som illamående, ångest och dyspné, visar en studie av Bischoff et al (2018) öka vid medelsvår till svår smärta. Studien finner också att behovet av sjukhusvård ökar om patienten skattar sin smärta till medelsvår-svår liksom att god smärtbehandling under en sjukhusvistelse förkortar tiden på sjukhus och minskar risken för återinläggning (Bischoff et al., 2018).

Införandet av skattningsinstrument bör ske i tillsammans med patienter. NRS-skalan har i några studier ökat risken för överbehandling av smärta när bara NRS-värdet styr. Hur skattningen av värdet ska tolkas måste bygga på dialog och kommunikation med patienten så värdet för hanterbar och acceptabel smärta tolkas lika av patient och vårdgivande personal. Studien belyser också vikten av utbildning av och dialog med patienter och anhöriga så rädsla för biverkningar från smärtlindringsläkemedel inte överväger behovet av god smärtlindring (van Dijk et al., 2011).

Regelbunden uppföljning av smärtupplevelse ska ske och tiden påverkar resultatet enligt Yennurajalingam et al (2012). I studien följdes värdet upp var 15:e dag, vilket man kunde visa var för sällan för en god smärtlindring i hemmamiljö. Tät kontakt genom besök, möten eller telefon, som efterfrågar upplevelsen av smärta samt utvärderar given behandling är av stor vikt för god smärtlindring (Yennurajalingam et al., 2012).

## INSTRUMENT FÖR SKATTNING

Redan 1994 skriver International Association for the Study of Pain, IASP, att smärta är en subjektiv upplevelse hos individen(Merskey & Bogduk). Detta gör det extra viktigt att personalen inte själva försöker beskriva, värdera eller skatta patientens smärta utan låta patienten själv göra denna värdering och skattning(Strang, 2012; Werner & Leden, 2010).

Numeric Rate Symptom Scale, NRS, och Visuell Analog Skala, VAS, är exempel på två skattningsskalor där skattning sker från noll (0) till tio (10) (Melzack, 2003).



NRS-skalan har visat sig bra och håller god kvalitet vid skattning av patienters upplevelse av smärta dock är det viktigt att utbilda personalen. Ett gemensamt användningssätt hos både patient och personal, god kunskap om instrumentet samt generella kunskaper om smärtlindring hos personalen har stor betydelse för hur väl NRS-skalan speglar patientens verklighet (Hjermstad et al., 2011)

## SYSTEMATISKT ARBETE MED KVALITETSFÖRBÄTTRING

W. Edwards Deming var först med att ta fram det som kallas ”profound knowledge” vilket översatts till svenska termen förbättringskunskap. Deming menar att systemförståelse, förståelse för variation, psykologi och kunskapssteori samverkar vilket är förutsättningen för förbättringskunskapen (Bergman & Klefsjö, 2012). Senge (2006) och Bate, Mendel & Robert (2008) har vidareutvecklat ämnet och lyfter fram vikten av en lärande organisation som arbetar med ständiga förbättringar.

Förbättringskunskap och professionell kunskap måste samverka för att skapa en hållbar utveckling inom hälso- och sjukvård. Vårdens största ansvar är att skapa värde för dem vården är till för och all sjukvårdspersonal har ett ansvar att utveckla det arbete och system man verkar i skriver Batalden & Stoltz (1995).

Batalden et al (2015) argumenterar i sin artikel ”Coproduct of healthcare service” att hälso- och sjukvården står inför ett paradigmskifte där man måste förstå att det inte längre är hållbart att se vården som en produkt som ska levereras. Utformningen av vård måste ske tillsammans med de man är till för, alltså patienter och anhöriga (M. Batalden et al., 2015). Detta kan öka personalens motivation att arbeta med kvalitetsutveckling när behovet av förändring kommer från patienterna och verkligen kan göra skillnad för dem (Vennik, van de Bovenkamp, Putters, & Grit, 2016).

Marshall, Pronovost & Dixon-Wood (2013) pekar på behovet av ökad kunskap inom förbättringskunskap hos vårdens ledning och beslutsfattare. Detta lärande bör starta redan under utbildningen genom ökad kunskap om ämnet på lärosäten och akademi. Marshall et al (2013) menar att förbättringskunskap står för ett genuint etiskt åtagande för organisatoriskt lärande vilket skapar värde för patienten. Förbättringskunskapens samarbete mellan olika vetenskapliga discipliner och yrkesprofessioner ses som mycket värdefullt och effektivt (Marshall et al., 2013).

Genom nationella kvalitetsregister, som tydligt visar den enskilda klinikens position i förhållande till andra likvärdiga enheter, kan ledning och chefers intresse öka. Målet med nationella kvalitetsregister är att bidra till uppföljning och utveckling av vårdens kvalitet (Ekman, Lindahl, & Nordin, 2015). För palliativ vård finns det nationella registret Svenska Palliativregistret (Registret, 2019). En kvalitetsindikator som används i registret är att patientens smärta utvärderats med validerat skattningsverktyg under sista veckan i livet.

## TÄNKT FÖRBÄTTRING – RATIONALE

Inom palliativ vård syftar insatser från Hälso- och Sjukvården inte till kurerande vård utan till ökad livskvalitet genom symtomlindring. Det symptom som har störst påverkan på livskvalitet i livets slut är smärta. Hypotesen för detta arbete är om patienterna själva får skatta sin smärtupplevelse med hjälp av ett standardiserat skattningsinstrument leder detta fram till mer likvärdig vård oberoende av vilken omvårdnadspersonal patienten möter.

Detta förbättringsarbete ska aktualisera och återuppta rutinen att smärtskatta med validerat skattningsverktyg. En vision för framtiden är att öka patientens delaktighet i sin vård, skapa trygghet i hur utvärdering av smärtbehandling sker för att kunna individanpassa smärtbehandling.

## LOKALT PROBLEM

Detta förbättringsarbete vill uppnå bästa möjliga smärtlindringsbehandling för varje patient inskriven i specialiserad sjukvård i hemmet, SSIH, vid Mälarsjukhuset, MSE, i Eskilstuna, Region Sörmland. Före detta arbete används ingen standardiserad smärtskattning, utvärdering eller regelbunden dokumentation av skattningsvärdet på SSIH sedan en längre tid. Detta försvårar arbetet med personcentrerad, jämställd och jämlik vård för inskrivna patienter. Processen börjar vid inskrivning och avslutas vid utskrivning. Skattningen ska ligga till grund för justeringar av läkemedel och

omvårdnadsinsatser för att kunna utforma god individanpassad smärtlindringsbehandling under patientens sista tid i livet. Patientens smärtlindring ska följa nationella riktlinjer, vara av god kvalitet och skapa förutsättningar för patienten att leva den sista tiden i livet med minimala symtom. Omvårdnadsinsatser och behandlingar bygger på evidens, erfarenhet och goda kunskaper om smärtbehandling vid palliativ vård. Patienten ska ges möjlighet att själv välja hur den sista tiden i livet ska levas och smärtsymtom ska inte förhindra detta. Genom systematisk utvärdering av smärtbehandling minimeras risken för smärtgenombrott samt behov av akut läkemedelstillförsel.

## **SYFTE**

Övergripande syftet med detta arbete är att hjälpa patienter inskrivna i SSIH, MSE, att leva den sista tid i livet med minsta möjliga smärtsymtom och bästa möjliga livskvalitet.

Syftet med förbättringsarbetet är att förbättra och optimera smärtbehandlingen för patienter inskrivna i SSIH. Kontinuerlig utvärdering och uppföljning ger bättre kontroll av kvaliteten på given smärtbehandling. Detta arbetets SMART:a mål var

- dokumenterad smärtskattning från minst 80 % av patientbesöken varje vecka inskrivet på korrekt plats i patientjournal under vecka 13 2019.
- att medelvärdet för NRS ska vara under 4 för enheten på veckobasis.
- att en minskning av antalet smärtskattningar på NRS 7 och uppåt kan mätas, på veckobasis.

Studien syfte är att försöka identifiera motiverande faktorer för införandet av validerat skattningsinstrument. Studien har som forskningsfrågor:

- Hur upplevde sjuksköterskor på SSIH det att använda sig av validerade skattningsverktyg?
- Om förståelse för evidensbaserade riktlinjer förändrar arbetssättet med smärtbehandling och kan förenkla optimeringen av smärtbehandlingen för patienter i palliativ vård.

## **METOD**

Denna uppsats använder metoder och verktyg från förbättringskunskap och studerar hur dessa påverkar och motiverar vid införandet av förändringsarbete.

## **KONTEXT**

Förbättringskunskap lägger stort värde vid mikrosystemets kontext. För kartläggning av det lokala mikrosystemet används metoden 5 p enligt Nelson, Batalden och Godfrey (2007). Ett mikrosystem består av personalen, patienten med anhöriga, processer och informationsflöden mellan personal och patient vilket även styrs av den kultur som råder utifrån verksamhetens mål och gemensamt syfte (Nelson et al., 2007). Verksamhetsbeskrivning av SSIH, MSE, presenteras nedan i tabell 1.

Tabell 1, 5P SSIH, MSE.

<b>VERKSAMHETSBEKRIVNING SSIH, MSE</b>	
<b>PURPOSE – SYFTE</b>	Enheten är en del av Medicinkliniken på Mälarsjukhuset, Eskilstuna och har som uppdrag att bedriva specialiserad sjukvård i hemmet för palliativa patienter. Syftet med specialiserad vård i hemmet är att skapa bästa möjliga förutsättningar för patienten att själv välja hur och på vilken plats den sista tiden i livet ska levas. Genom god symtomlindring, god omvårdnad och medicinskt stöd utifrån den enskildes behov och förutsättningar, skapas trygghet vilket skapar möjlighet till livskvalitet och värde i livets slut.
<b>PATIENTS – PATIENTER</b>	För att skrivas in på SSIH ska patienten lida av en obotlig sjukdom där förväntad överlevnad är begränsad. Brytpunktssamtal ska vara genomfört och patienten ska vara insatt i sin diagnos och prognos. I Eskilstuna kommun bor ca 100000 personer inom både stadsområden och landsbygd. Antalet inskrivna patienter kunde under tiden för denna uppsats vara maximalt 40, med 10 vårdplatser på den tillhörande Palliativa vårdavdelningen, PVA. Enheten är en prioriterad verksamhet inom Region Sörmland och huvudmannen vill utöka verksamheten under de närmaste åren.
<b>PROFESSIONALS – PROFESSIONER</b>	Bemanningsituationen för sjuksköterskor har ändrats mycket under tiden för denna uppsats. Vid förbättringsarbetets start bestod arbetsgruppen av 8 sjuksköterskor, varav 2 var inhyrda bemanningssjuksköterskor. Andelen fast anställda har under detta arbete ökat till att vid arbetets slut bestå av 12 sjuksköterskor och ingen inhyrd personal. Sjuksköterskor bemannar dygnet runt, året runt enheten och sköter all medicinsk vård med stort eget ansvar och förtroende från ansvarig läkare. Enheten bemannas av läkare vardagar dagtid och under jourtid medicinbakjouren, MSE, för akut konsultation. Under hela detta arbete har det saknats fast anställd läkare för enheten och den ansvariga läkaren har varierat mellan olika inhyrda bemanningsläkare. Undersköterskor arbetar nattetid tillsammans med ensam sjuksköterska. MSE genomgår under detta arbetet stora ombyggnationer och förändringar vilket även påverkar SSIH, som flyttade in i nya lokaler i början av mars 2019. SSIH samarbetar med paramedicinska resurser i multidisciplinärt team. Paramedicinska professioner som kurator, arbetsterapeut och fysioterapeut finns knutna till avdelning och bemannas vardagar dagtid. I Region Sörmland sköts omvårdnadsbehov i hemmet av kommunen och samarbetet är tätt med biståndsbedömare, hemtjänst och trygghetsgrupp.
<b>PROCESSES – PROCESSER</b>	Inskrivning kräver remiss som bedöms genom journalgranskning. Ett möte med patient och anhöriga samt sjuksköterska och läkare från SSIH sker vid inskrivning. Här diskuteras vilka behov som finns och vilka resurser SSIH kan bidra med. Kontakt med kuratorer upprättas först via telefon och styrs efter detta utifrån behov. Arbetsterapeut och fysioterapeut deltar utifrån behov identifierade av sjuksköterska, läkare eller kurator, i samråd med patienten och anhöriga. Processen slutar för läkaren när patienten avlider eller skrivs ut. Utskrivning till annan typ av vård och/eller vårdgivare förkommer, vilket också avslutar processen. För sjuksköterskorna och undersköterskorna slutar processen efter kontakt med efterlevande/anhöriga ett par veckor efter det att patienten avlidit.
<b>PATTERNS – MÖNSTER</b>	Kommunikationsvägarna inom arbetsgruppen är olika beroende på profession. Alla professioner deltar i veckomötet där alla patienter som är inskrivna på SSIH diskuteras och vårdbehov lyfts. Sjuksköterskor ansvarar gemensamt för samtliga patienter och kunskapsutbyte sker fortlöpande vid rapportering och diskussioner. Samarbetet mellan sjuksköterska och läkare är nära och förutom tidsbestämda ronder, sker mycket informationsöverföring och diskussioner utifrån behov. Sjukvården sker i hemmet och personalen försöker i möjligaste mån påverka utformningen av hemmet så lite som möjligt. Bara i undantagsfall förvaras material och läkemedel i hemmet och alla modifieringar sker i samförstånd med patient och anhöriga. Svårt sjuka patienter med stora omvårdnadsbehov vårdas i hemmet. Stor hänsyn för och samarbete med anhöriga är avgörande för vårdens resultat. Resurser från kommunen, för omvårdnadsinsatser från hemtjänst och trygghetslarm, är också en viktig del.

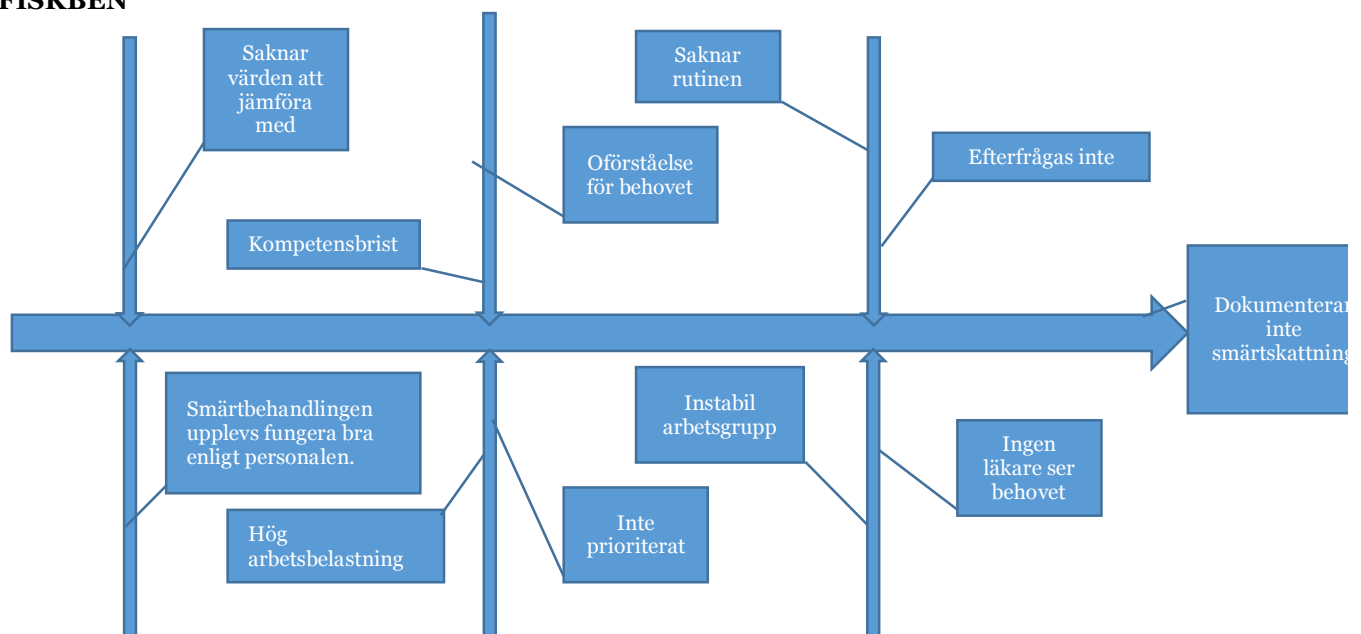
## KARTLÄGGNING AV GAP FÖR TÄNKT FÖRBÄTTRING

För detta förbättringsarbete bildades en projektgrupp under vecka 36 2018 utifrån en gemensam önskan att öka kvaliteten på den smärtbehandling SSIH erbjuder inskrivna patienter. Författaren till denna uppsats har varit projektledare för projektgruppen. Projektgruppen består av fem personer, fyra sjuksköterskor och en undersköterska, med gruppmedlemmar från både natt- och dagarbetsgruppen. Denna mix av kompetens där alla olika grupper finns representerade är viktig för att få kunskap om de processer och arbete som ska förändras och studeras (Provost & Murray, 2011). Gruppen har tillsammans många års yrkeserfarenhet från många delar av hälso- och sjukvården, specialistutbildning inom intensivvård, anestesi och barnmorska samt erfarenhet av onkologi och palliativ vård. Förbättringskunskap och arbete med att gemensamt i grupp förbättra vården för patienter ger ett lärande och ökad förståelse för hur verksamheten kan förbättras hos alla teammedlemmar enligt en studie av Thor (2002).

För att identifiera bakomliggande orsaker till problemet användes ett fiskbensdiagram (Bergman & Klefsjö, 2012). Detta verktyg hjälpte projektgruppen att kartlägga problemet för att fortsätta arbeta mot att välja angreppssätt för att nå målet och syftet med förbättringsarbetet. Gemensamt framtagna lösningar är en viktig del av arbetet med förbättringar (Tonnquist, 2016).

Arbetsgruppen har tillsammans diskuterat varför ingen smärtskattning av patienter sker regelbundet. Under mötet vecka 36 gjordes en fiskbensanalys. Arbetsgruppen har tillsammans analyserat och diskuterat varför smärtskattning saknas på SSIH, vilket presenteras i ett fiskbensanalys, figur 1.


### FISKBEN



Figur 1, fiskbensanalys.

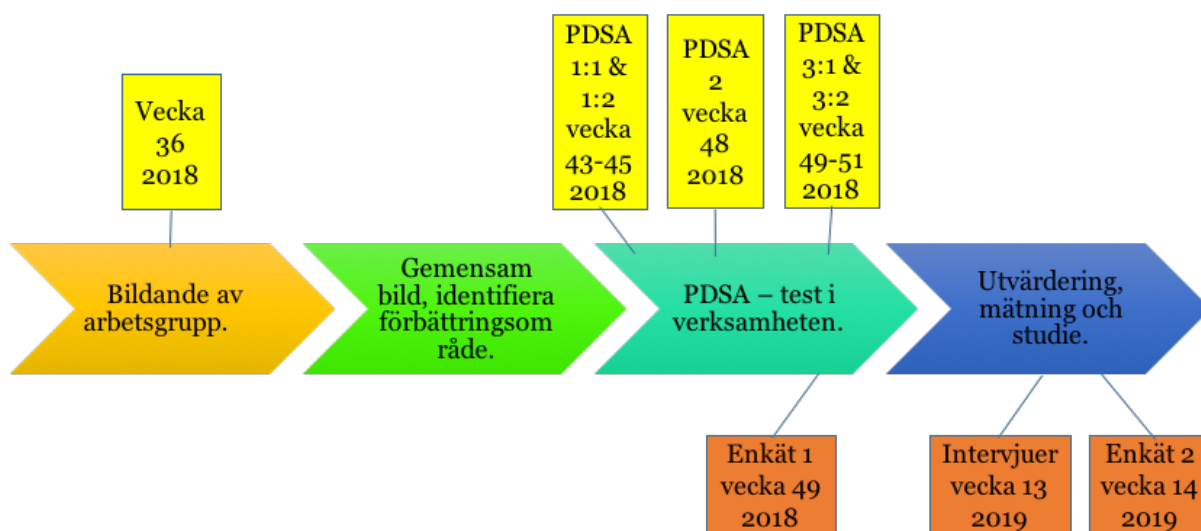
## METOD FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETET

Som hjälp att säkerställa att den planerade förändringen blir en förbättring för verksamheten och patienter har Nolans förbättringsmodell använts (Nelson et al., 2007). Detta verktyg är ett sätt att vägleda planeringen av förändringsarbetet genom tre frågor som leder vidare till att strukturerat testa i PDSA-verktyget (Plan-Do-Study-Act) (Nelson et al., 2007; Provost & Murray, 2011). Förbättringsmodellen presenteras nedan, i figur 2.

Nolans förbättringsmodell – tre inledande frågor	
<b>MÅL</b> – Vad vill vi åstadkomma?	Inskrivna patienter ska kunna leva sin sista tid i livet med minsta möjliga smärta.
<b>MÅTT</b> – Hur vet vi att en förändring är en förbättring?	Andelen inskrivna patienter som varje vecka har ett dokumenterat NRS. Medelvärde NRS på enheten under 4 samt färre dokumenterade NRS över 7 per vecka. Minskat behov av akuta smärtlindrande kapslar och injektioner.
<b>FÖRÄNDRINGSIDÉ</b> – Vilka förändringar kan vi göra/pröva som leder till en förbättring?	Gemensamt efterfråga och dokumentera NRS för att skapa överblick och ger möjlighet till individanpassad insatser så patienter upplever minsta möjliga smärta.
<b>TESTA -</b>	

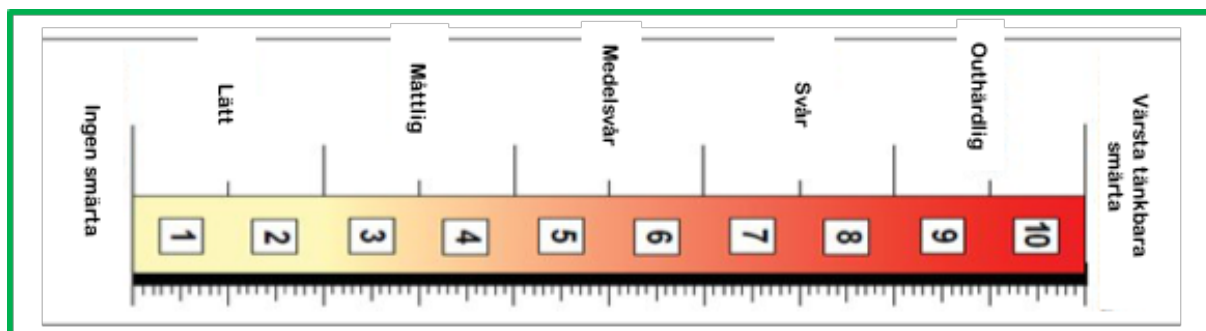
FIGUR 2, ritad av författaren med inspiration från E Deming, T Nolan, med flera (Langley, 2009).

Detta förbättringsarbete har arbetat enligt förbättringsmodellen med fokus att öka antalet dokumenterade och strukturerat utvärderade smärtbehandlingar på enheten. Tidsramen för förbättringsarbetet och studien visas nedan, i figur 3.



Figur 3, tidsram för förbättringsarbete och studie.

Projektgruppen beslutade i samband med sitt första möte v 36 att en numerisk skala, NRS, från 0-10, ska användas. Smärtskattningen ska ske verbalt där patienten får skatta sin smärtupplevelse med en siffra 0-10, där noll är helt smärtfri och 10 är värsta tänkbara smärta. Som verktyg för personalen i det dagliga arbetet valdes SÖS-stickan, figur 4.



Figur 4, SÖS-stickans två sidor, avbildade av författaren efter SÖS-stickan.

SÖS-stickan har två sidor. Ena sida visar en graderad linje från ett till tio med stödord för beskrivning av smärtupplevelsen. Den andra sidan av SÖS-stickan ger en gradering utifrån symtom karakteristiska för intervaller av skattningsskalan. Båda sidorna används av patient, anhöriga och personal. Sidornas olika utformning är tänkt att fånga flera perspektiv och underlätta samtal och skattning av smärta. Patienter med medvetande sänkning kan ha svårt att medverka vid skattning då sidan med beteenderelaterad skattning kan användas av anhöriga och sjuksköterska.

På grund av leveransbekymmer dröjer leverans av SÖS-stickan till vecka 48. Projektgruppen bedömer att ett dokumenterat smärtskattningsvärde per patient och vecka är värdefullt varför man väljer att köra igång projektet utan SÖS-stickan, som bara är tänkt som en påminnelse och hjälpmedel. En stor fördel med NRS är att hela processen kan skötas verbalt i konversation med patienten.

Målet är att denna symtombeskrivning ska hjälpa personalen vid smärtskattningen. Sjuksköterska i tjänst avgör hur ofta och när utvärdering ska ske, baserat på patientens behov och smärtproblematik. Region Sörmlands IT-avdelning hjälper till att lägga in rubriken NRS i patientjournalen från v 43 2018.

#### **PDSA 1:1.**

Vid ett arbetsmöte, APT, under vecka 43 introducerades det nya arbetssättet att strukturerat och kontinuerligt smärtskatta patienter. Dokumentation av den patientupplevda smärtan ska ske i patientjournalen, under rubrik NRS. Utbildningen om smärtskattning sker på mötet och fokuserar på den palliativa patientens behov, den palliativa kvalitetsnormen och sjuksköterskans ansvar att föra journal. Skriftlig information finns tillgänglig och författaren finns närvarande dagtid för att kunna stötta vid behov de närmaste dagarna efter införandet.

#### **PDSA 1:2.**

Följsamheten till detta arbetssätt var låg och vid ett möte under vecka 45 gavs ytterligare information och utbildning av författaren. Enhetschefen gav även sitt stöd till detta arbete under mötet och efterfrågade bättre utvärdering av smärtbehandling med hjälp av NRS. Detta ger PDSA 1:2 som åter lyfter sjuksköterskans ansvar att dokumentera och följa upp omvårdnadsinsatser.

## **PDSA 2.**

Som nästa PDSA-hjul, PDSA 2, introducerades SÖS-stickan till personalen vecka 48, något försenat på grund av leveransproblem. Muntlig utbildning och introduktion av författaren till hur man arbetar med SÖS-stickan kliniskt under patientbesöket ges på mötet. Under mötet följs även tidigare utbildning upp, för att fånga upp frågor och förtydliga information från PDSA 1:1 och 1:2.

## **PDSA 3:1.**

Vid uppföljning visar mätningar att antalet dokumenterade NRS-värden är fortsatt lågt. Projektgruppen beslutar efter diskussion att återkoppla SSIH´s totala antal dokumenterade NRS-värden i förhållande till totala antalet patientbesök. PDSA 3:1 prövas från och med vecka 49. Statistik och diagram för värdet veckovis hängs upp väl synligt i personalrum och på expedition. Informationen sprids även muntligt vid ett flertal tillfällen.

## **PDSA 3:2.**

Uppföljning visar att antalet dokumenterade NRS-värden ökar ytterst blygsamt. Projektgruppen beslutar att återkoppla SSIH´s totala medelvärde för NRS, för att koppla dokumentationen tydligare till patient. PDSA 3:2 prövas från och med vecka 51. Statistik och diagram för värdet veckovis hängs upp väl synligt i personalrum och på expedition. Informationen sprids även muntligt vid ett flertal tillfällen. Målvärdet för detta förbättringsarbete, med ett medelvärde för enheten under 4 veckovis, kommuniceras också åter till medarbetarna.

PDSA-hjulen finns bifogade som bilaga 3. Sammanställning av förbättringsarbetets framväxt presenteras enligt följande i tabell 2:

Tabell 2, presentation över framväxt förbättringsarbetet.

<b>Tidsintervall</b>	<b>Aktivitet</b>
Vecka 34-35 2018	Information och diskussion med enhetschef och biträdande chef, samt godkännande av verksamhetschef att denna Masteruppsats, med förbättringsprojekt, kommer att genomföras på SSIH.
Vecka 36 2018	Bildandet av projektgrupp och information till samtliga tillsvidareanställda.
Vecka 43 2018 – PDSA 1:1	Projektgruppen informerar samtliga anställda att alla inskrivna patienter ska smärtskattas med NRS samt att dokumentation ska ske på specifikt plats i patientjournalen.
Vecka 45 2018 – PDSA 1:2	Enhetsmöte där enhetschefen efterfrågar bättre följsamhet, från och med nu ska alla patienter skattas och värdet dokumenteras.
Vecka 47 - 48	Uppföljning visar på ytterst bristfällig skattning, endast ett fåtal patienter har ett dokumenterat NRS. Diskussioner i projektgruppen om hur arbetet ska drivas framåt.
Vecka 48 – PDSA 2	SÖS-stickorna levereras, utbildning av medarbetare och utdelning av stickan.
Vecka 49 – PDSA 3:1	Återkoppling till medarbetare av SSIH´s totala antal dokumenterad NRS, muntligt samt via statistik/diagram på synliga plats i personalrummet..
Vecka 51 – PDSA 3:2	SSIH´s totala medelvärde på patientupplevd NRS återkopplas till medarbetare, muntligt samt via statistik/diagram på synliga plats i personalrummet.

## DATAINSAMLING OCH AVGRÄNSNINGAR FÖRBÄTTRINGSARBETET

Journalgranskning har använts för sammanställning av antalet NRS som dokumenterats i patientjournalen på avsedd plats för NRS. Ingen journalgranskning av löpande journaltext eller värdering av övrig dokumentation av smärtupplevelse har gjorts i detta arbete. Förbättringsarbetets mål att varje inskriven patient ska smärtskattas minst en gång per vecka har inte granskats på enskild individnivå. Någon kategorisering eller summering på individnivå har inte gjorts i denna studie. Det totala antalet dokumenterade patientbesök har manuellt räknats utifrån arbetsdagbokens planering av patientbesök men utan att notering av patientidentitet har skett.

För att undersöka om utvärdering skett med hjälp av skattningsskalan har förhållandet mellan behovet av akutläkemedel och dokumentation av smärtskattning studerats. Given dos tyder på uppmärksammat behov där ett skattningvärde ger möjlighet att utvärdera effekten och följa trender med mål att kunna följsamt förändra grundmedicinering, vilket bör minska behovet av akuta insatser.

## URVAL FÖRBÄTTRINGSARBETET

Alla patienter inskrivna i SSIH har ingått i projektet. Svårigheter med kommunikation har i några fall hittats och diskuterats i projektgruppen som beslutat att inte utesluta någon. Patienter i sent palliativt skede och/eller medvetande sänkning har vårdats under studietiden och finns representerade i mätningarna. Hänsyn har inte tagits till typen av besök eller vårdtyngden på SSIH. Varje patientskattning har inhämtats efter etiska och moraliska övervägande som tjänstgörande sjuksköterska ansvarat för i enlighet med sin professionsbeskrivning (Sjuksköterskeförening, 2016).

## METOD FÖR STUDIEN AV FÖRBÄTTRINGSARBETET

Studien av förbättringsarbetet har skett som en deskriptiv fallstudie med deduktiv ansats för att fånga ett fenomen eller process i det aktuella kontexten (Yin & Retzlaff, 2013). Fallstudier fokuserar på vad som gjorts, arbetsgruppens upplevelse av hur syfte, mål och metod påverkar. Flera datainsamlingsmetoder används för fallstudier, både kvantitativa och kvalitativa, för att bättre fånga fenomenet. I denna studie har enkäter, intervjuer och dokumentation används (Alvehus, 2013; J. Backman, 2016; Henricson, 2017; Olsson & Sörensen, 2018; Yin & Nilsson, 2007). Genom analys med inspiration från triangulering av material försöker författaren skapa en bild som blir mer komplex och mindre entydig samtidigt som den blir mer komplett för att öka studiens trovärdighet (Alvehus, 2013; J. Backman, 2016; Yin & Nilsson, 2007; Yin & Retzlaff, 2013).

För att fånga vad som fungerat under arbetet med denna förändring har studien även inspirerats av aktionsforskning. Aktionsforskningen är inte en metod där individer forskas på utan ett förhållningssätt där man försöker undersöka tillsammans med, och för, individer vilket varit en viktig del av detta arbete (Fulop, 2001).

Enkät, bilaga 1, har delats ut vid två tillfällen, i början av projektet och vid avslut. Enkäten innehåller påståenden där sjuksköterskan värderar dessa på en skala hur väl detta stämmer. Fritextfält för kommentarer finns. Samma enkät har delats ut båda gångerna, för att försöka hitta förändringar och om förbättringsarbetet har påverkat sjuksköterskans inställning till förbättringsarbetet.

Som kvalitativ metod har sjuksköterskor på enheten intervjuats. Intervjuerna har varit semistrukturerade och skett på arbetsplatsen men i avskild rum. Information om studiens syfte, frivilligheten att delta och att när som helst avbryta samt hur materialet ska användas, har lämnats muntligt vid inbjudan till intervju samt vid intervjutillfället. Stödorden som används under intervjun var utskrivna och har kunnat läsas av både informant och författaren under hela intervjun (Henricson, 2017). Intervjuguiden finns i denna uppsats som bilaga 2. Ljudinspelning av intervjuerna har skett som efter genomlysning transkriberats av författaren. Materialet har sedan kategoriserats och analyserats enligt innehållsanalys med metod från både Erlingsson & Brysiewicz (2017) och Graneheim & Lundman (2004). Under analys av det kategoriserade materialet har författaren utgått från denna uppsats syfte och mål (Dahlin-Ivanoff, Wilhelmson, & Edberg, 2012).

## URVAL OCH AVGRÄNSNINGAR STUDIE AV FÖRBÄTTRINGSARBETET

De medarbetare som deltagit i studien av förbättringsarbetet har frivilligt valt att delta. För studien av förbättringsarbetet har endast fast anställda sjuksköterskor tillfrågats eftersom arbetets mål är att långsiktigt förändra arbetssätt i en stabil arbetsgrupp. Skriftlig information om studien, syftet med



uppsatsen för Mastersprogrammet på Jönköping Academy, har funnits lättillgänglig på enheten och muntlig information har givits fortlöpande av författaren. Enkät 1 och 2 har delats ut till de sjuksköterskor som varit i tjänst under de veckor datainsamlingen skett. När minst 75 % av sjuksköterskorna besvarat enkäten avslutades datainsamlingen. Författaren informerade på enheten om att under vecka 13 2019 planerades intervjuer och de sjuksköterskor som var i tjänst under denna vecka blev tillfrågade tills fem intervjuer var utförda.

## DATAINSAMLING STUDIE AV FÖRBÄTTRINGSARBETET

En enkät, bilaga 1, har delats ut två gånger under projektet, i början samt i slutet. Målet har varit att fånga sjuksköterskans inställning till smärtskattning. Enkäten har en sifferskala från "instämmer helt" (1) till "instämmer inte alls" (7). Svaren på enkäterna har analyserats för att försöka hitta förändringar i inställningen till arbetet med validerat smärtskattningsinstrument. Enkäten innehåller även fritextfält med möjlighet att skriva kommentarer. Kommentarer har sedan analyserats i en modifierad och förenklad innehållsanalys för att försöka hitta gemensamma teman. Författaren har själv sammanställt kvantitativt material och sammanställt den kvalitativa innehållsanalysen av kommentarer.

Fem sjuksköterskor har intervjuats i slutet av projektet för att fånga vad som har motiverat och underlättat införandet av förändringen. Ljudinspelningar har gjorts av intervjuerna, vilka transkriberades efter genomlysning. Kvalitativ innehållsanalys har använts för analys av det transkriberade materialet. Efter genomläsning identifierades ett antal teman och kategorier. Författaren har själv intervjuat, transkriberat och analyserat ljudmaterialet samt fört anteckningar om iakttagelser under intervjuerna.

## BALANSERADE MÅTT

Värdekompassen är ett verktyg att mäta värdet av en vårdprocess som väger in resultatmätt i flera dimensioner utifrån patienten. Verktøget försöker ta hänsyn till vårdens kostnader och begränsade resurser i förhållande till patientens kliniska och funktionella behov (Nelson, Mohr, Batalden, & Plume, 1996). I detta arbete har värdekompassen använts både för det aktuella förbättringsarbetet och för att hitta framtida förbättringsområden och visioner för planerade förändringar.

### **NORR – FUNKTIONELLT HÄLSOSTATUS** (fysiskt, mentalt och socialt)

- I vilken utsträckning patienten själv kan välja hur den sista tiden i livet ska levas.
- God uppföljning och utvärdering av omvårdnadsinsatser förebygger smärtgenombrott för att ge patienten valmöjlighet och skapa trygghet.

### **VÄSTER – KLINISKT** (resultat och komplikationer)

- Väl symtomlindrad under vårdtiden med medelvärde för dokumenterat NRS på SSIH under 4 samt färre patientuppskattade NRS-värden 7 och högre per vecka.
- God uppföljning och utvärdering av givna omvårdnadsinsatser.
- NRS-värde per vecka eller tätare finns dokumenterat hos minst 80 % av patienterna.

### **SÖDER – KOSTNADER** (direkta och indirekta)

- Systematiskt utvärdera patientens symtom och given symtombehandling för att planera dosändringar med minskat behov av akuta dosändringar under jourtid och helger.
- Minskat behov av akuta, oplanerade insatser som rör smärtbehandling och kräver hembesök av sjuksköterska.
- Minimera läkemedelskassering när läkemedelsändringar kan ske planerat och systematiskt.

### **ÖSTER – TILLFREDSTÄLLELSE** (upplevd hälsovinst och hur vården ges)

- Godtagbara värden för symtomskattning under vårdtiden.
- Gemensamt arbetssätt hos sjuksköterskorna ökar graden av trygghet för patienten, som känner igen skattningsinstrumentet och förstår målet med dokumentationen.
- Acceptabla antal tillfällen av symtomskattningsvärden som kräver akuta åtgärder.

## MÄTNINGAR FÖRBÄTTRINGSARBETET

### **Antalet registrerade NRS-värden**

Genom journalgranskning har författaren kunnat föra statistik från och med vecka 40 2018 över dokumenterade NRS-värden i patientjournaler. Via manuell räkning av registrerade patientbesök har ett förhållande mellan totala antalet patientbesök och antalet smärtskattningar kunnat beräknas. Målvärdet för arbetet är att 80% av patientbesöken ska ge ett dokumenterat smärtskattningsvärde.

### **Medelvärde NRS per vecka**

Det dokumenterade NRS-värdet har noterats från och med vecka 50 2018 genom journalgranskning. Det medelvärdet har sedan beräknats per vecka för att kunna följa SSIH's arbete med NRS och förbättringsarbetets mål på medelvärde under 4 för enheten.

### **Högsta dokumenterade NRS per vecka**

Förbättringsarbetets mål för färre dokumenterade NRS-värden 7 och högre har följts via journalgranskning från och med vecka 50 2018. Det högsta dokumenterade NRS-värdet per vecka har noterats.

### **Förbrukning av snabbverkande smärtstillande läkemedel**

Narkotikajournaler har manuellt granskats för att följa enhetens förbrukning av snabbverkande, akuta, smärtstillande läkemedel. Både beredningar i kapselform, som patienten själv kan administrera, och i injektionsform, som kräver hembesök av sjuksköterska, har följts över tid.

## MÄTNINGAR STUDIEN

### **Enkät till medarbetare**

Vid två tillfällen har sjuksköterskor på SSIH fått svara på frågor i samma enkät, bilaga 1. Enkätsvaren har sedan sammanställts med både kvantitativ och kvalitativ data. En jämförelse i insamlat data mellan de olika enkäterna har gjorts av författaren genom tematisk analys och förändring i media och range, för att se en förändring som inte påverkas av extremvärden (Polit & Beck, 2016). Detta för att fånga förändringar i inställningen till och synen på förbättringsarbetet med målet att hitta motiverande faktorer.

### **Intervju av medarbetare**

För att djupare fånga vad under förbättringsarbetet som har motiverat och underlättat införandet av det nya arbetssättet har semistrukturerade intervjuer av fem medarbetare utförts av författaren.

## ETISKA ÖVERVÄGANDE

Studien har skett på en arbetsgrupp sjuksköterskor på SSIH, MSE, Region Sörmland. Författaren har under hela datainsamlingstiden själv arbetat som sjuksköterska på arbetsplatsen och hela tiden varit transparent med vad insamlat material ska användas till. Information om Mastersprogrammet vid Jönköping Academy och denna masteruppsats har upprepats vid alla tillfällen detta har efterfrågats. Den etiska egengranskningen som finns på Jönköping University har fyllts i av författaren, vilket inte gav skäl till ytterligare granskning (Jönköping University, 2018).

Patienter har inte deltagit aktivt i denna uppsats, varken förbättringsarbetet eller studien. Författaren har valt att inte involvera patienter eftersom alla patienter får palliativ vård och en patientinvolvering hade krävt en etisk granskning av etikprövningsnämnden, EPN (Etiksprövningsmyndigheten, 2019).

Stor hänsyn har tagits till svårigheter att i en liten arbetsgrupp verka för konfidentialitet samtidigt som studien bygger på ärliga iakttagelser och upplevelser.

## FÖRFATTARENS ROLL

Författaren har deltagit i förbättringsarbetet i sin roll som sjuksköterska och vårdutvecklare på SSIH och genomfört studien av förbättringsarbetet i rollen som mastersstudent. Kännedom och kunskap av

den aktuella vårdmiljön har varit god. Arbetet med förbättring och studie har varit godkänt och uppmontrat av vårdenhetschef och klinikledning.

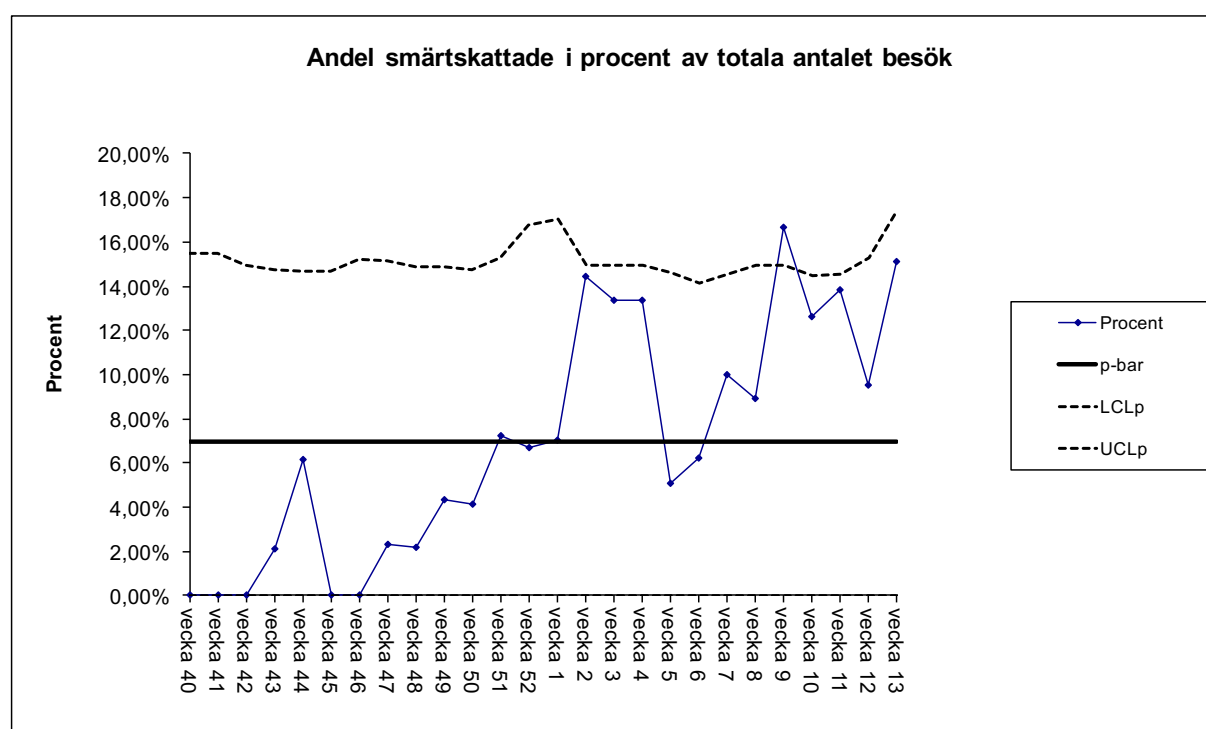
## RESULTAT

### RESULTAT FÖRBÄTTRINGSARBETET

Detta förbättringsarbete gäller införandet och värdet av ett symtomskattningsinstrument, NRS. Under mätperioden, v 43 2018 till och med v 13 2019, fanns mellan 20 och 29 patienter inskrivna på SSIH, med medelvärde per vecka på 25 patienter. När projektet startade användes ingen typ av skattingskala alls, varför baslinjen är noll och redovisas i diagram som vecka 40 till vecka 42 2018.

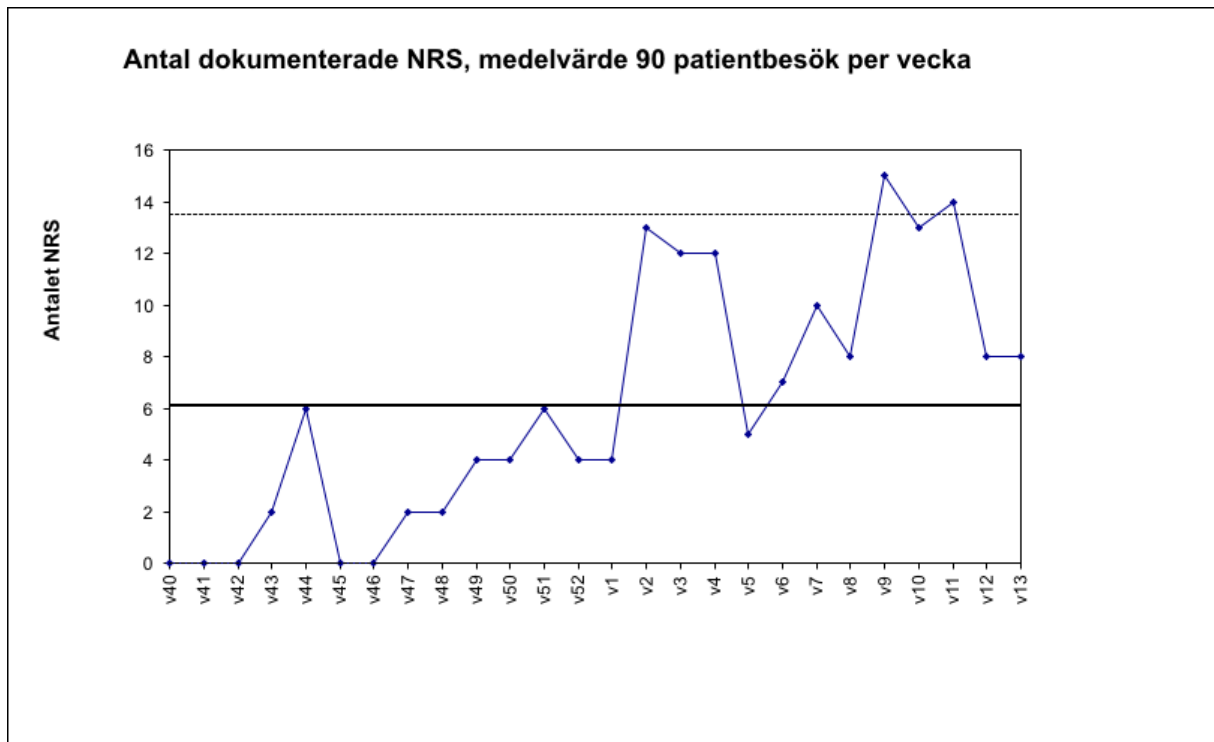
#### Andel registrerade NRS-värden

Förbättringsarbetets mål har varit att smärtskattning ska ske vid minst 80 % av alla patientbesök vilket även svarar mot Värdekompassens del för kliniskt resultat och komplikationer. Under perioden har andelen dokumenterade smärtskattningar ökat till 15 %, med toppmätning under vecka 9 med 17% av patientbesöken med dokumenterat skattningsvärde.



**Styrdiagram 1, andel smärtskattade av totala antalet patientbesök per vecka.**

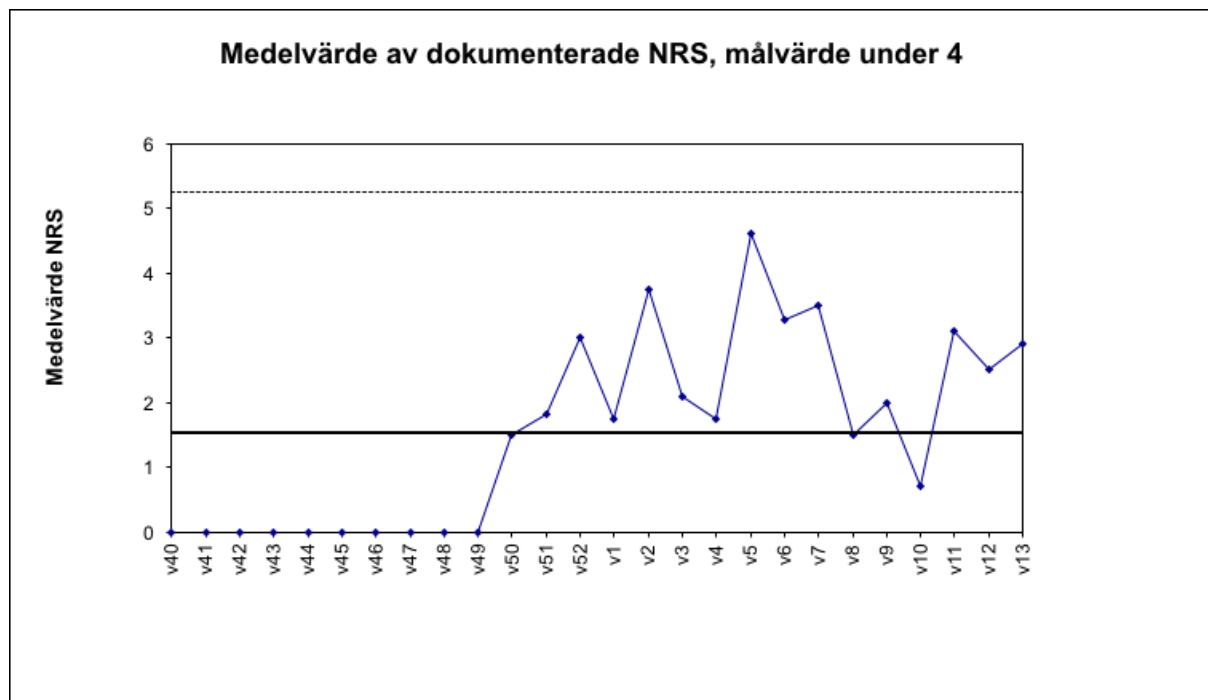
Under den studerade tidsperioden har SSIH gjort i medeltal 90 patientbesök per vecka. Följande diagram redovisar det totala antalet dokumenterade smärtskattningar per vecka, vilket visar en stadig ökning där en statistiskt säkerställd förändring kan ses med totalt åtta mätpunkter över medellinjen från och med vecka 6 2019 till och med vecka 13 2019.



**Styrdiagram 2, antal dokumenterade NRS per vecka.**

**Medelvärde för NRS per vecka**

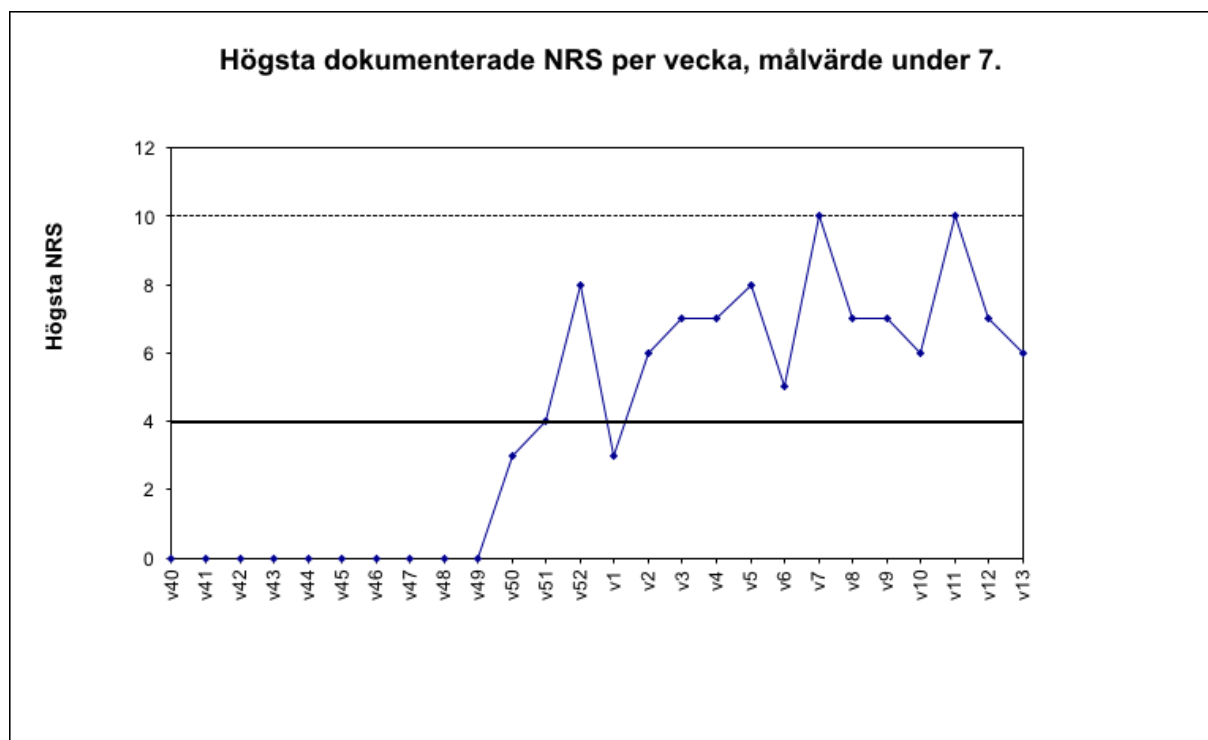
Målet specificeras som att medelvärdet för NRS på SSIH ska ligga under det patientupplevda värdet 4. Detta mätvärde finns som ett balanserat mått i Värdekompassens del för funktionellt hälsostatus. Under perioden som medelvärdet för dokumenterat NRS följts, mellan vecka 50 2018 och vecka 13 2019, har det högsta upptäckta värdet hittats vecka 5 2019 med medelvärdet 4,6. Övriga undersökta veckor har medelvärdet varit under 4, vilket är målet för förbättringsarbetet.



**Styrdiagram 3, dokumenterat NRS-värde, medelvärde per vecka.**

### Högsta dokumenterade NRS per vecka

NRS-värdet 7 och högre beskrivs som svår, outhärdlig och värsta tänkbara smärta enligt skattningsverktyget SÖS-stickan (Figur 4). Förbättringsarbetets mål att minska antal patientupplevda smärtskattningar till 7 och högre har följts från vecka 50 2018 till och med vecka 13 2019. Detta finns också som ett balanserat mått i Värdekompassens del för funktionellt hälsostatus. Under mätperioden har ingen minskning kunnat hittas. Variationerna över tid har varit stora vilket kan bero på att det under perioden inte varit samma patienter som studerats. Ingen studie på individnivå har gjorts utan bara SSIH´s samlade dokumenterade värde. Palliativ vård handlar om svårt sjuka patienter med livshotande tillstånd där förändringar kan sker snabbt och oväntat. Projektgruppen för förbättringsarbetet har valt behålla mätvärdet då man anser att NRS-värden 7 och högre ska uppmärksammas och hanteras skyndsamt.



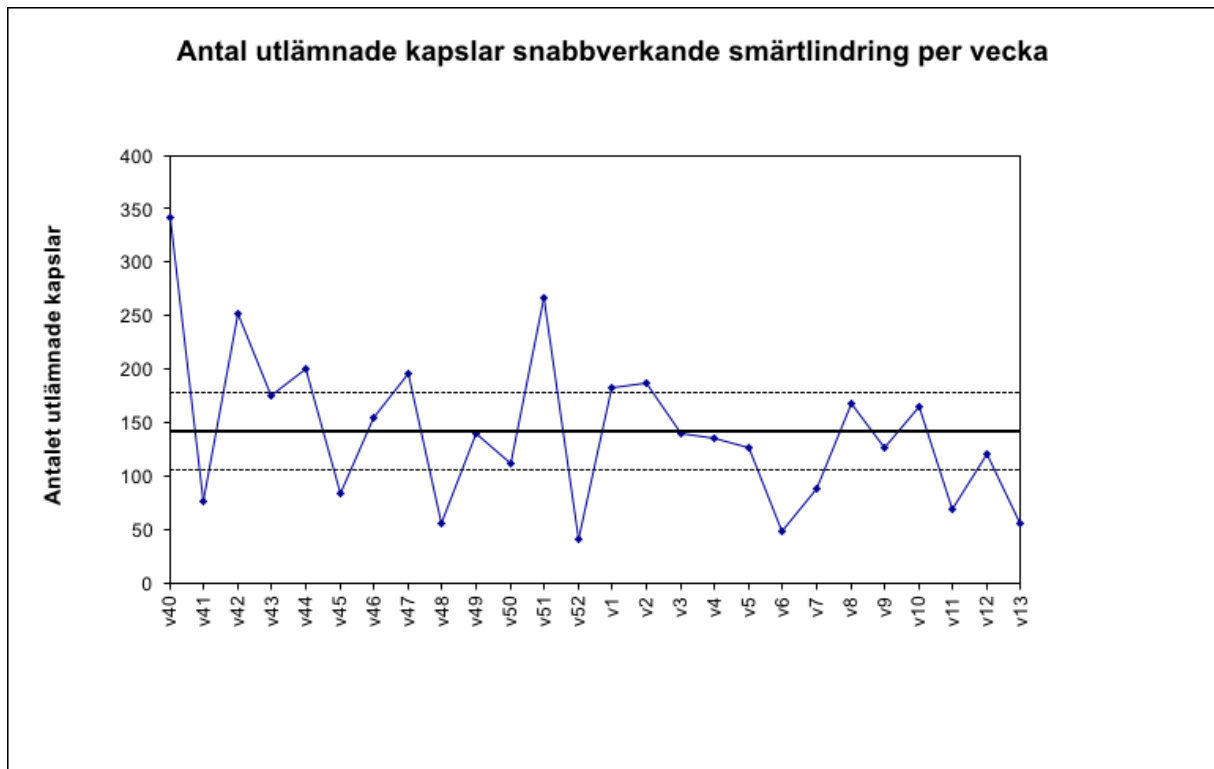
**Styrdiagram 4, högsta dokumenterade NRS per vecka, målvärde under 7.**

### Förbrukning av snabbverkande smärtlindrande läkemedel

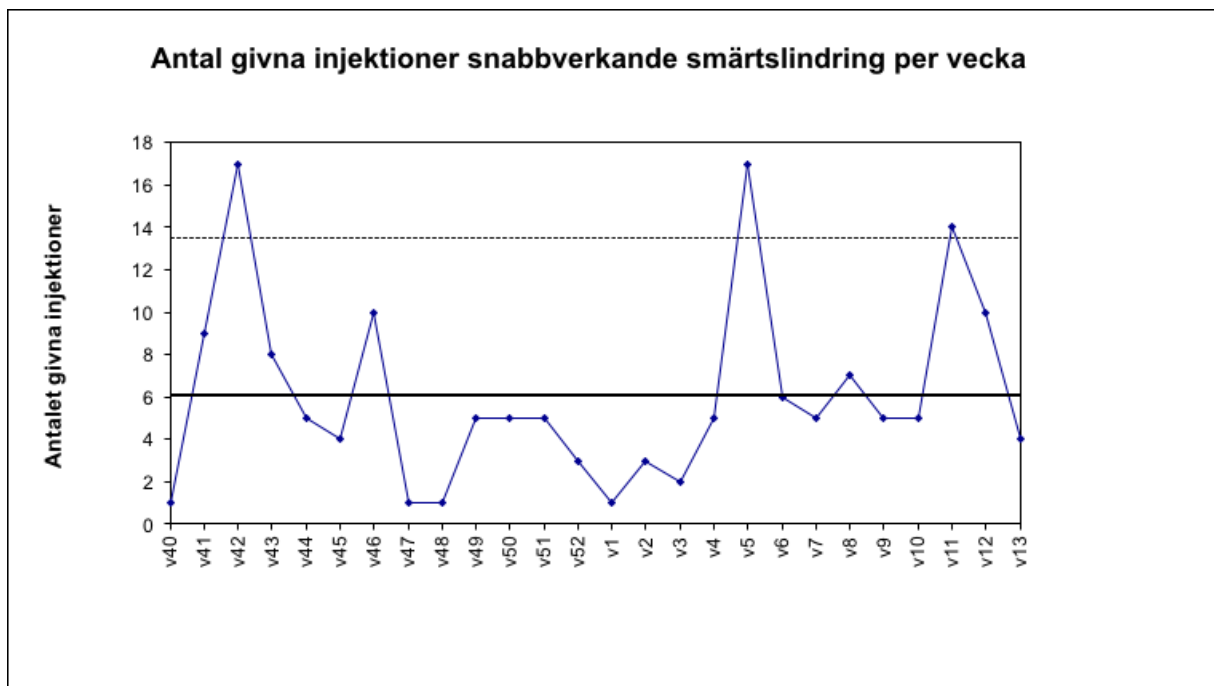
Behovet av snabbverkande läkemedel kommer i palliativ vård alltid finnas men dess förbrukning bör följas. Ökat behov över tid visar på ett behov för översyn av grundmedicinering för smärtlindring. Långtidsverkande beredningar ger jämnt tillförsel och koncentration av analgetikum och minskar risken för smärtgenombrott, vilket för patienten ger ökad livskvalitet och skapar trygghet. Detta svarar mot förbättringsarbetets övergripande mål att hjälpa inskrivna patienter till en smärtfri sista tid i livet. Som balanserade mått från Värdekompassen svara detta mot samtliga områden; funktionellt hälsostatus, kliniskt resultat, kostnader och tillfredsställelse.

På SSIH har förbrukningen av snabbverkande smärtlindrande läkemedel följts under perioden vecka 43 2018 till och med vecka 13 2019, med baslinje vecka 40 till vecka 42 2018. Administrering av snabbverkande smärtkapslar har patienten själv svarat för med läkemedlet i hemmet. För injektion av snabbverkande läkemedel har personal från SSIH gjort akuta, oplanerade, hembesök.

Under detta arbete har ingen statistisk förändring kunnat mätas vad gäller antalet utdelade injektioner. Det finns flera mätpunkter utanför styrgränsen, vilket visar på en instabil process, som kan bero på förändringar i arbetssätt eller i arbetsgruppen. Det samma gäller för antalet utlämnade kapslar men här kan en förflyttning ses mot minskat behov över tid, med start under vecka 3 2019.



Styrdiagram 5, utlämnade kapslar snabbverkande smärtlindring per vecka.



Styrdiagram 6, givna injektioner snabbverkande smärtlindring per vecka.

## RESULTAT STUDIEN AV FÖRBÄTTRINGSARBETET

Detta arbete försöker finna motiverande samt försvårande faktorer vid förändringsarbete på en arbetsplats. Forskningsfrågorna har varit att undersöka sjuksköterskors upplevelse av införandet och användandet av validerat smärtskattningsinstrument samt sjuksköterskors förståelse för värdet av att arbeta evidensbaserat. Studien har inspirerats av fallstudieforskningen och aktionsforskning och datainsamlingen har skett genom enkäter och intervjuer för att fördjupa materialet och fånga flera vinklingar.

### Resultat enkät 1 och 2

En enkät, bilaga 1, har delats ut två gånger, i början av förbättringsarbetet under vecka 49 2018, samt efter avslutat förbättringsarbete, under vecka 14 2019. Svaren, både numeriska och kvalitativa, har granskats och text skriven i fritextfälten har analyserats tematiskt.

Enkät 1 besvarades av 6 personer under vecka 49 2018. Vid denna tidpunkt fanns 8 fast anställda sjuksköterskor på SSIH, övriga tjänster bemannades av hyrpersonal vilka inte deltagit i denna studie. Andelen svarande blir för enkät 1 75% av aktuell grupp. Enkät 2 besvarades av 10 personer under vecka 14 2019. Vid denna tidpunkt fanns 12 fast anställda sjuksköterskor på SSIH, vilket var full bemanning för enheten för tiden. Andelen svarande blir för enkät 2 83 % av aktuell grupp. I tabell 3 presenteras en sammanställning av enkät 1 och enkät 2.

Tabell 3, Sammanställning av enkät 1, vecka 49 2018, totalt 6 svarande, och enkät 2, vecka 14 2019, totalt 10 svarande.

Fråga, text	Värde enkät 1	Värde enkät 2
<i>"Jag har tittat på registrerade smärtskattningsvärden."</i>	Median: 6,5 Range: 2-7	Median: 2 Range: 1-5
<i>"Jag har använt smärtskattningsvärdet för beslut om omvårdnadsåtgärder."</i>	Median: 2 Range: 1-4	Median: 3 Range: 1-5
<i>"Smärtskattningsvärdet har påverkat den farmakologiska smärtbehandlingen."</i>	Median: 2,5 Range: 1-6	Median: 2,5 Range: 1-6
<i>"Smärtskattningsinstrumentet har underlättat bedömningen av patienter smärtupplevelse."</i>	Median: 2 Range: 1-4	Median: 2,5 Range: 1-4
<i>"Smärtskattningsvärdet används aktivt vid rapportering och diskussioner om behov och planering."</i>	Median: 7 Range: 4-7	Median: 3,5 Range: 2-6

Andelen som anser att påståendet "Jag har tittat på registrerade smärtskattningsvärden" stämmer har ökat "Instämmer helt", vilket både median och range visar. Förändringen i median är 4,5 enheter, från 6,5 till 2. Variationen av svar minskar även, vilket range visar där enkät 1 mer spridning än range för enkät 2. Detta visar på ökad kännedom om att skattningsvärden finns dokumenterade och var dessa finns att hitta.

En liknande positiv förändring finns i svaren från påståendet "Smärtskattningsvärdet används aktivt vid rapportering och diskussioner om behov och planering.". Totalt har medianen för de insamlade svaren flyttats 3,5 enheter på skalan mot "Instämmer helt" vilket kan tolkas som ökad medvetenhet på SSIH för värdet av gemensamt språk och vikten av att dokumentera NRS. Vid första enkäten var medianen 7 och förändrades till 3,5 vid andra enkäten. Range för svaren på påståendet har ökat men högsta uppmätta värde är en minskning, liksom lägsta uppmätta värde.

På frågan "Jag har använt smärtskattningsvärdet för beslut om omvårdnadsåtgärder" ses en försämring, då medianen sjunker från 2 till 3 riktning mot "Instämmer inte alls". Detta visar sig även i ökning i range, med en större spridning av svaren.

Två påståenden visar ingen eller liten förändring mellan första och andra enkäten. Detta gäller påstående "Smärtskattningsvärdet har påverkat den farmakologiska smärtbehandlingen." och



”Smärtskattningsinstrumentet har underlättat bedömningen av patienters smärtupplevelse.” där range för svaren är oförändrade vid alla fyra mättillfällen. Båda dessa har fått bedömningar som ligger övervägande mot ”Instämmer helt” och startade alltså på en högre positiv nivå.

I fritextfält gavs möjlighet att skriva kommentarer. Denna text har studeras tematiskt som gav tema enligt tabell 4.

Tabell 4, redovisning av tematisk analys av kommentarer enkät 1 och enkät 2.

Tema funna i enkät 1	Tema funna i enkät 2
Organisation	Organisation
Samsyn	Utvärdering
Utvärdering	

Tematisk analys av kommentarer skrivna i fritextfält har funnit två kategorier som finns vid båda enkäterna, organisation och utvärdering. En tolkning av detta kan vara att sjuksköterskegruppen själva känner att det är inom dessa områden som en förändring behövs.

Vid enkät 1 hittades också temat samsyn, vilket saknas i enkät 2.

### Resultat intervjuer

Under vecka 13 2019, under sista veckan av detta förbättringsarbete, har fem medarbetare på SSIH intervjuats. Vid detta tillfälle var det totalt 12 fast anställda sjuksköterskor i tjänst på SSIH vilket ger intervju material från 42 % av sjuksköterskorna.

Intervjuerna har skett med hjälp av en intervjuguide, bilaga 2. Tidslängden för intervjun har varierat mellan 13 minuter och 17 minuter. Alla intervjuer har skett i SSIH´s konferensrum och under betald arbetstid. Tiden har bokats i samråd mellan informanten och intervjuaren med hänsyn till arbetsbelastningen för verksamheten.

Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen kommer presenteras både i tabellform och i text. Efter flera genomläsningar av det transkriberade ljudfilerna bearbetades materialet med innehållsanalys som inspirerats av Graneheim och Lundman (2004) och Erlingsson och Brysiewicz. Meningsbärande enheter har tagits fram, kondenserats och kodats. Underliggande teman och latent innehåll i koderna har eftersökts. Latent innehåll och underliggande teman kommer beskrivas i text där citat används för att belysa manifest innehåll.

Totalt identifierades och kondenserades 78 meningsbärande enheter fram. Dessa kodades vilket sedan gav tio kategorier som ligger till grund för de tre tema som hittats. De kategorier och teman som hittats, presenteras i tabell 5.

Tabell 5, redovisning av kategorier och underkategorier från kvalitativa intervjuer.

Kategori	Tema
Patientfokus	Patientbehov i fokus
Ansvar	
Samarbete	
Gemensam syn	Samsyn patient och personal
Kontinuitet	
Tilltro	
Utvärdera	Utveckling, lärande och förändring tillsammans
Förändrat arbetssätt	
Lära tillsammans	
Dokumentation	

Information och utbildning till personalen har skett som del av möten, under planerad mötestid. Spridning och utbildning inom gruppen där man utbildat varandra har använts som metod. Sjuksköterskans kunskap från genomförd grundutbildning har legat till grund och ingen uppdatering av baskunskap har erbjudits. Alla fem informanter uppger sig ha fått information, både muntligt och skriftligt samt säger sig känna till arbetet och införandet. Man kan redogöra för vad NRS mäter och varför.

### **Patientbehov i fokus**

Informanterna uttrycker samtliga patientens del i utformningen av smärtbehandling. Det finns en stor förståelse för att patienten är en individ, med sina personliga förutsättningar och förmågor. Förståelse finns hos sjuksköterskor om patients och anhörigas behov av information och kunskap för arbetet med smärtskattning ska bli optimal. Behov av individanpassade lösningar med patientens bästa som mål genomsyrar intervjuerna samtidigt som en informant uttrycker oro för att lämna ut skattningsverktyget till patient av omsorg för att inte lägga över mer ansvar på individen.

”... och sen just det här att då har ju patienterna, dom har kontroll, det här är min kropp, jag har ont, här är mitt papper, stickan, så här har jag haft ont kanske det senaste dygnet eller sista veckan.” (informant 1)

Kunskapen i hur SÖS-stickan används bör även finnas hos patienten. Detta bygger på en tilltro till varandra och respekt för det som uttrycks. En majoritet av informanterna anser sig kunna se en vinst med att patienten också fick utbildning om verktyget. Man uttrycker dock att det är viktigt med individanpassad information och till och med behovet av olika utformningar av verktyget, för att kunna möta olika behov.

”Ja, och att man inte får glömma tycker jag att det är ju patientens upplevelse av smärta, man kan inte säga att du kan inte ha så jädrans ont, eller han kan ju inte haft sådär ont, han kan ju, han upplever ju att det är så, det kan ju inte jag säga att det inte...” (informant 2)

Samarbete och ansvar är ytterligare underliggande kategorier som hittats. När utvärderingen kräver samarbete blir förtroende mellan vårdgivare och patient viktigt eftersom detta är en förutsättning för samarbete. Smärtbehandling ska ske med hänsyn till patientens självbestämmande med delat ansvar på gemensam grund men vårdgivaren kommer alltid ha det yttersta ansvaret för hur vården sker.

”Men sen är det ju frågan om de faktiskt blir hjälpta eller om dom bara låter bli och ringa. Jag förutsätter ju att dom som har förmågan kommer att kunna ringa ändå ringer om dom har fortsatt ont.” (informant 5)

”Nej, vi förväntar ju oss att de ska höra av sig till oss och i stället för att vi bryr oss om dom... mmm...” (Informant 3)

### **Samsyn patient och personal**

Ingen informant ger uttryck för att avsaknaden av systematisk dokumentation kan påverka patientsäkerheten. Ingen beskriver heller hur detta förbättringsarbete kan påverka patientsäkerheten. Gemensam syn på hur vården ska utformas saknas vilket flera informanter uttrycker.

”... använda mera sån här, då... våra möten till att diskutera... och kanske också få mer kanske utbildning i smärta.” (informant 3)

”Men om vi gjorde det oftare tror jag att patienten skulle bli mera... förstå vad vi pratar om... så tänker jag liksom...” (informant 1)

Flera informanter ser ett behov av att sjuksköterskegruppen blir mer samspelt och delar med sig till varandra vilket beskrivs i de funna kategorierna kontinuitet och tilltro. Ingen formulerar att smärtskattningen kan underlätta för kollegor. Endast en informant kan beskriva värdet av att se tidigare smärtskattningar och hur detta har påverkat hans uppfattning av situationen under patientbesöket. Gemensamt för alla informanter är att man anser att detta är ett område man redan arbetar aktivt med och har stor kunskap om. Ingen av de intervjuade kan förklara varför det är viktigt med en specifikt plats i patientjournalen för dokumentation av smärtskattning. Man uttrycker en tillfredsställelse med att skriva utvärderingen i löpande text, precis som man anser sig har gjort under längre tid.

” Och det blir mera en röd tråd, för oss alla!” (informant 3)

”Egentligen är ju det här mer bara ett redskap, det är ju inte några svårigheter. Det finns inga svårigheter med det här.” (informant 4)

### **Utveckling, lärande och förändring tillsammans**

Kunskapen och information om det nya arbetssättet direkt riktade till patient och anhöriga har inte erbjudits. Sjuksköterska i tjänst har ansvarat för information till patient. Nyinskrivna patienter har systematiskt fått information enligt uppdatering av rutin för inskrivning. En majoritet uttrycker en vilja att lära tillsammans med patient och anhöriga. Rädsla för att NRS blir ett sätt att ifrågasätta patientens upplevelse av smärta, inte utvärdering av smärtbehandling. Samtidigt finns förståelse för att man som vårdgivare behöver denna typ av information från patient, det är ju deras symtom och upplevelse som ska hanteras. Samarbete kräver att båda parter ser en vinst och förstår varför.

”... då kanske dom, dom nöjer, dom får ligga på sex och så får det vara så, för dom tänker inte ringa och tjata. Och så, sen tror jag också att det är otroligt viktigt att förklara för patienterna.” (Informant 3)

Nytt arbetsmoment vid patientbesök har införts. Behov av påminnelse för att det nya arbetssättet har uttryckts. Detta beskrivs som att man ännu är i en inkörsperiod där arbetssättet inte är etablerat. Informanterna vill bli påmind, man uttrycker en önskan om att någon påminner om smärtskattningen. Man anser att detta ska komma från en utomstående person och att detta ansvar inte kan ligga på sjuksköterskan i tjänst. Flera informanter ger uttryck för att detta inte är något som kommer naturligt eller som en viktig del av patientmötet. Ingen av de fem kan ge exempel på vad som har försvårat eller förhindrar dem att utföra smärtskattningen.

Ingen av de fem informanterna säger sig ha blivit tillfrågade av kollegor om NRS vilket visar på en organisation som inte förändrat sitt arbetssätt. Vid rond eller samtal med ansvarig läkare har detta inte efterfrågats regelbundet och en majoritet av informanterna har inte blivit tillfrågade om detta alls av läkare. Det framkommer en stor yrkes stolthet och att man är stolt över den vård som erbjuds inskrivna patienter.

”Nej.. ja... det är väl helt enkelt att man måste ha en inkörsperiod där man helt enkelt har bestämt att det här ska vi utveckla och det här måste vi använda.” (informant 2)

”Faktiskt. Jag ser ingen (försvårande faktor). Det är bara... för mig är det bara att vi ska bli bättre på att använda den, komma ihåg det.” (informant 5)

Avsaknad av uppföljning och utvärdering framkommer. Ansvar för utvärdering, när det ska ske och hur det sker är inget informanterna har kännedom om. Förväntningar på vården och dess utformning finns från både patient/anhöriga och sjukvårdspersonal. Man uttrycker förståelse för behovet av kvalitetssäkring för att kunna ge bästa möjliga vård till inskrivna patienter. Samtliga informanter beskriver att man ser behovet och önskar en förbättring av kvalitetssäkringen men kan samtidigt uttrycka att det händer för mycket på samma gång samt att detta är en utveckling som ska tas i små steg och långsamt. Vidare möts ytterligare administrativ dokumentation med ifrågasättande när en tydlig koppling till patientnyttan saknas.

Gemensamt arbetssätt ger ett gemensamt språk. Men både den som sprider information och den som tar emot information har ansvar att skattningsvärdet används. Symtomlindring har ett stort fokus på SSIH och mycket av det dagliga arbetet fokuserar på smärta. Vidare kommer det inte fram i någon av intervjuerna att sjuksköterskan ingår i en kedja av omvårdnadsåtgärder. Ingen ger uttryck för att man är en del i ett sammanhang och har ett ansvar att dokumentera smärtskattning för att hjälpa någon annan, varken kollega eller andra yrkesgrupper. Snarare ser man sig själv som den som är ytterst, längst ut, närmast patienten och därför besitter helt egen kunskap som ingen annan har nytta av eller efterfrågar.

”Ja, någonting för just det där med att koppla det till utvärdering för vi är usla på att utvärdera...” (informant 2)

Efterfrågan från andra kollegor, yrkesgrupper och enheter saknas. När effekterna av skattningsinstrumentet inte är uppenbara och organisationen känner en trygghet och förvisning om att dagens system är fullgott, försvåras förändringsarbetet. Flera informanter beskriver att utvärdering behövs inom flera områden på enheten, inte bara smärtbehandlingen. Uppföljning och utvärdering

beskrivs som viktigt men först när man ställs inför problem, inget som man önskar ska ske fortlöpande. Alla informanter säger att detta är patientens uppskattning av smärta. Men en informant ser ändå ett behov av att kontrollera om smärtan är rimlig i förhållande till hur patienten beter sig, enligt sjuksköterskan på plats. En annan informant ser detta helt som patientens skattning och att ingen annan än patienten kan säga vad som är rätt värde.

” Nej, vi bedömer alltid smärta och dom får till 98 % faktiskt det dom behöver men vi gör det inte så, på det, det sättet med skattningsverktyg.” (informant 2)

”Man kanske blir uppmärksam på hennes smärtproblem fast vi är ju samtidigt väldigt bra på smärta. Så just hos oss så kanske inte det är så... (paus)... vi missar ju inte smärta.” (informant 4)

## DISKUSSION

Ett smärtskattningsvärde kan i sig själv inte bidra till förbättrad vård och kvalitetssäkring. Det är först när någon använder värdet och tolkar det i förhållande till andra, äldre, värden som effekten och styrkan i systematisk utvärdering kan visa sig. I detta arbete var utvärderingen obefintlig innan införandet och under förbättringsarbetet ökat till maximalt 17 % smärtskattade patienter. Detta ger ett fåtal patienter med flera registrerade smärtskattningsvärden. Vid justering av medicinering har därför förändringar i den patientupplevda smärtskattningen antagligen haft liten betydelse.

Personalgruppen har under studieperioden gått från hög andel bemanningspersonal till enbart fast anställda medarbetare. SSIH saknar kontinuitet för medicinska beslut eftersom tillfälliga läkare från bemanningsföretag bemannar läkartjänsterna. Det medicinska ansvaret har skiftat många gånger inom denna uppsats tidsram när läkare i tjänst varierat. Instabiliteten och förlusten av enhetsspecifik erfarenhet och kunskap kan ha påverkat resultatet av detta förbättringsarbete men hur och i vilken omfattning har inte studerats i denna uppsats.

MSE genomgår just nu stora förändringar och ombyggnation av sjukhusområdet. Detta har även påverkat SSIH som under början av mars 2019 flyttade till helt nya lokaler. Flytt av en hel enhet kräver planering och arbete men på vilket sätt detta påverkat utfallet för studerat förbättringsarbete är inte undersökt.

## METODDISKUSSION

I denna uppsats har reliabilitet, validitet och trovärdighet varit viktigt. Henricson (2017) beskriver att dessa tre termer belyser en studies kvalitet. Detta gäller även för att värdera om vald metod har besvarat det som varit studiens syfte att mäta och studera. För att säkra detta har författaren varit öppen och transparent med syfte, metod för datainsamling samt hur insamlat material ska hanteras. Förbättringsarbetet har följts upp och utvärderas med kvantitativ data och studien har en mix av kvantitativ och kvalitativ metod (J. Backman, 2016).

### METODDISKUSSION FÖR FÖRBÄTTRINGSARBETET

Författaren har inhämtat kvantitativ data till förbättringsarbetet genom manuella mätningar. Förbrukningsjournal för narkotikaklassade preparat har används för mätning av förbrukning av läkemedel. Granskning av patientjournal har författaren själv utfört manuellt. Manuell sammanställning av utförda patientbesök har gjorts utifrån den arbetsdagbok som används på SSIH. De metoder och verktyg som används under förbättringsarbetet anser författaren har varit adekvata. Författaren har aldrig tidigare varit ledare för denna typ av arbeten men kunskap och erfarenheter från Mastersprogrammet, JA, har kommit till användning i verkliga situationer.

Endast dokumentation på för NRS avsedd plats i journalen har tagits med i förbättringsarbetet. Författaren har valt att inte göra genomläsning av hela journaltexten och dokumentation som funnits på andra platser i patientjournalen har ej tagits med. Det har därför varit svårt att säkerställa att dokumentation av smärtskattning inte kan ha missats. På vilket sätt detta har påverkat utfallet för förbättringsarbetet har inte studerats, vilket inte heller har varit denna studies syfte. Det har tvärt om varit ett av förbättringsarbetets syften att dokumentation ska ske på gemensamt sätt, NRS, på korrekt plats i patientjournal, för ökad tillgänglighet och underlätta utvärdering.

En projektgrupp bildades med medlemmar som alla hade uppmärksammat SSIH´s behov av att kvalitetssäkra sin smärtbehandling. Projektgruppen har varit engagerad i varierade grad men vinner med att tillsammans i grupp arbeta mot ett mål har blivit tydligt (Thor, 2002). Arbetet startade med en kartläggning av det identifierade problemet med hjälp av ett fiskbensdiagram (Bergman & Klefsjö, 2012). Metodverktyget underlättade arbetet och hjälpte arbetsgruppen att fokusera på huvudproblemet som var avsaknad av systematisk skattning och utvärdering av smärta.

Nolans förbättringsmodell har används för att koppla samman detta förbättringsarbete med SSIH´s verksamhetsmål (Nelson et al., 2007; Provost & Murray, 2011). Modellens mål och specifika frågor har underlättat för författaren att konkretisera och förfina detta arbetes syfte och frågeställningar. Ett viktigt steg i Nolans förbättringsmodell är att följa förändring över tid genom mätning av faktorer som påverkas av förändringen. Författaren har uppskattat denna konkreta återkoppling, och snabbare, av hur förbättringsinterventionen växer fram och påverkat i vardagen. Förbättringskunskapens fokus på mätningar har varit mycket positivt och verktyget Värdekompassen har hjälpt till att se och mäta förbättringsarbetet utifrån flera perspektiv (Nelson et al., 1996).

Det agila arbetssättet liksom återkoppling och visualisering av förbättringsarbets framsteg har varit positivt vilket beskrivs av både Langley et al (2009) och Tonnquist (2016). Förbättringsarbetet har byggts på utvärdering av åtgärder för att förfina och slipa insatserna. Detta har varit en stor källa till utveckling för författaren, som uppskattar planering och kända händelsekedjor. För arbetet med förbättringsarbetet syns detta främst i det fåtal tester och förändringar som prövats över längre tidsperioder. Detta har valts utifrån de lokala förutsättningar med bland annat samtidiga förändringar av arbetsgruppen, ändrade förutsättningar för sjuksköterskearbetet och byte av lokaler. Precis som flera referenser beskrev har detta förhållningssätt pekat på behov författaren själv inte hade uppmärksammat eller hittat utan medarbetarna och förändrat förbättringsarbetet till det bättre. Framväxten av PDSA-hjul och hur dessa förhåller sig till varandra har skett med hjälp av personal på SSIH (Langley, 2009; Nelson et al., 2007; Provost & Murray, 2011).

De mätningar som finns presenterade i förbättringsarbetet visas i den form som efterfrågas i kursen på Mastersprogrammet, Jönköping Academy. Provost & Murray (2011) har använts som stöd. Visualiseringen av styrdiagram och mätningar hade blivit bättre med ett brutet styrdiagram, med brytpunkt vecka 51 2018. Förbättringsarbets förändring hade kommit mer till sin rätt men på grund av författarens bristande kunskap inom statistisk presentation saknas detta i denna uppsats.

Författarens bakgrund som anestesijuksköterska kan ha bidragit till minskad förståelse för behovet av utbildning. Inom anesthesin är utvärdering av smärta en vedertagen och inarbetad arbetssätt som ständigt efterfrågas och används. Så är inte fallet på många andra arbetsplatser inom svensk Hälso- och sjukvård som palliativ hemsjukvård som undersökts i denna uppsats. En basalare och djupare information och diskussion om varför utvärdering av omvårdnadsinsatser kan bidra till kvalitet och personcentrerad vård kunde eventuellt ökat andelen smärtskattningar och bidragit till bättre följsamhet till det nya arbetssättet.

## **METODDISKUSSION FÖR STUDIEN**

Metodvalet för studien har lämpat sig väl då kvantitativ och kvalitativ data tillsammans har använts. Denna mix av metoder ger två typer av data som stärker och förtydligar varandra vilket tidigare forskning stödjer (Borglin, 2012; Doyle, Brady, & Byrne, 2016; Graneheim & Lundman, 2004; Henricson, 2017). Denna kombination av metoder har bidragit till ett fördjupad lärande av arbetet med förbättringen och informanternas kunskap har kunnat tillvaratas på ett adekvat sätt. Studiens syfte samt dess forskningsfrågor anser författaren vara besvarade under rådande förutsättningar. Urvalet av informanter har varit lämpligt, deltagandet varit frivilligt och författaren har lagt stor vikt vid avkodning och anonymitet. Detta har ansetts speciellt viktigt i en liten sjuksköterskegrupp.

Fallstudieforskning har lämpat sig bra för denna studie. Kombinationen av flera datainsamlingsmetoder har underlättat datainsamlingen men också fungerat bra när det är en liten grupp medarbetare som studerats. Flera insamlingsformer gör att författaren kunnat skydda sina källor men ändå bygga sin studie på ärliga iakttagelser och upplevelser (Alvehus, 2013; J. Backman, 2016; Henricson, 2017; Olsson & Sörensen, 2018; Yin & Nilsson, 2007).

Studien har inspirerats av aktionsforskning som fokuserar på ett utforska, lära och utveckla tillsammans forskare och informanter (J. Backman, 2016; Fulop, 2001; Henricson, 2017). Författaren har varit följsam och lyhörd för hur förbättringsarbetet påverkat medarbetarna och utvärdering av

effekten av åtgärd har följts av modifierad åtgärd. Återkoppling har mottagits tacksamt och uppmuntrats av författaren.

Studiens syfte och forskningsfrågor har varit i fokus vid sammanställning av insamlat material. Inspelning av intervju kan ha haft hämmande effekt men inte varit något som författaren känt av under intervjutillfällena. Detta har hjälpt författaren mycket i arbetet med detta arbete och vinsterna har bedömts överväga riskerna, vilket även bekräftas av tidigare forskning (Gillham & Jamison Gromark, 2008).

Författarens fördjupade kunskap inom smärtlindring, förförståelse av verksamheten och dess medarbetare kan ha påverkat resultatet. En vilja hos informanter att ge en allt för positiv bild och en önskan från både författare och informanter att uppnå ett bra resultat kan ha haft effekter på utfallet. Författaren har försökt hålla en neutral position under intervjuer och används sig av en i förväg utarbetat intervjuguide. Intervjusituationen har dock stundtals varit i samtal och diskussion varför en interaktion med författaren kan ha påverkat. Detta är oundvikligt vid kvalitativa studier där informanter och författaren kommer interagera eftersom författaren är delaktig genom samspel under intervjun men just författarens förförståelse ses som en viktig del av tolkningsprocessen (Höglund-Nielsen & Granskär, 2017).

Brist på erfarenhet av tidigare studier inom kvalitativ forskning där intervju används som metod kan ha påverkat datainsamlingen. Författaren har under arbetets gång kommit till insikt om detta och gjort justeringar i handlings sättet vilka inte har varit så stora att trovärdigheten av insamlat material skiljer sig över tid.

Studiens resultat ska tolkas utifrån författarens delaktighet i projektet. Författaren har själv gjort alla moment av datainsamlingen som till exempel samla in, transkribera och analysera. På vilket sätt detta påverkat studiens trovärdighet och överförbarhet är svårt att bedöma. Personliga relationer kan ha påverkat medarbetarens inställning till arbetet, både positivt och negativt. Samtal och diskussioner under intervjutillfällena kan ha lyst igenom vid transkribering liksom både informantens och författarens känsla för varandra. Författaren är medveten om att projektet snabbt blev hennes egna projekt, inte ett projekt för hela arbetsplatsen i syfte att förbättra där alla medarbetare är delaktiga.

## RESULTATDISKUSSION

Syftet med förbättringsarbetet var att förbättra och optimera smärtbehandlingen för inskrivna patienter vilket arbetet inte nått fram till. Delmålen att medelvärdet för smärtskattning på SSIH ska vara lägre än fyra och att andelen värden över sju ska minska är det svårt att redovisa eftersom mätningar bakåt i tiden helt saknas. Det förbättringsarbetet lyckats med är att skapa förutsättningar för SSIH att dokumentera och följa sina data. I det insamlade materialet kan tolkas ett samband mellan förbrukningen av snabbverkande läkemedel och en förhöjning av NRS, vilket svarar för att det är en viktig mätning som kan sägas spegla effekten av smärtbehandling för patienten.

Studien av förbättringsarbetet visar på att informationsspridning kan fungera bra, som i detta arbete där samtliga informanter uppger sig känna till projektet och dess syfte, men inte ändra beteenden. Kunskap kan vara en förutsättning för förändring men får inget att hända utan motivation. För vems skull en åtgärd ska utföras, vilken nytta den kan ha på individnivå, och att personalen förstår detta, ger stor vilja till förändring.

## RESULTATDISKUSSION FÖRBÄTTRINGSARBETET

Det viktigaste fyndet från förbättringsarbetet i detta arbete är SSIH att nu kan börja utvärdera sin smärtbehandling med patientens skattning som utgångspunkt. Fynden visar på att det finns ett samband mellan höga skattningsvärden, både medelvärden och högsta värden, och förbrukningen av läkemedel.

Mätning av antalet korrekt dokumenterade smärtskattningsvärden kan sägas utgöra både ett resultatmått och ett processmått. Provost & Murray (2011) beskriver att förbättringar många gånger visar sig i processmått innan de visar sig i resultatmått. Måttet är ett resultat av processen men ett processmått eftersom detta arbete inte kunnat visa på hur informationen sedan blivit till nytta för patienten eller om patientsäkerheten ökade.

## **Antalet registrerade NRS-värden**

Förbättringsprojektets mål att 80 % av patientbesöken ska ha en dokumentation av NRS har inte uppfyllts. Detta redovisas i styrdiagram 1 och 2. Högsta uppmätta värdet finns i vecka 10 2019. Vid projektets slut fanns ett dokumenterat NRS i 15 % av patientbesöken, eller vid åtta tillfällen. Båda diagrammen visar en trend mot ökande antal dokumenterade NRS från och med vecka 7 2019 med åtta mätpunkter i följd över medelvärdet för insamlad data. Arbetet med att öka detta kommer fortsätta på SSIH även efter detta förbättringsarbets slut.

## **Medelvärde NRS per vecka**

Summering av medelvärde för NRS per vecka visar på att målet för förbättringsarbetet uppnått. Som visas i styrdiagram 3 registreras från vecka 6 2019 och framåt totalt åtta mätpunkter i följd som ligger under fyra och lägre. Målet enligt förbättringsarbetets syfte var medelvärde under fyra per vecka för enheten.

## **Högsta dokumenterade NRS per vecka**

Målet för förbättringsarbetet specificerades till ett minskande antal dokumenterade NRS sju och högre. Detta har inte uppfyllts under denna uppsats arbete och visas i styrdiagram 4. Eftersom noteringen av det högsta registrerade NRS startade först vecka 50 2018 finns endast 16 mätpunkter med i detta förbättringsarbete. Detta är för få för att kunna ge statistisk grund för förändring. Eftersom mätning och registrering NRS saknas helt innan förbättringsarbetets start vecka 50 2018 finns ingen baslinje eller normalvariation för SSIH. Därför kan författaren inte uttala sig om denna mätning är som tidigare.

## **Förbrukning av snabbverkande smärtstillande läkemedel**

Statistik över förbrukning har följts sedan vecka 40 2018. Ingen förändring har kunnat hittas i materialet.

Styrdiagram 5, förbrukning av läkemedel i kapselform, kan vid en visuell anblick visa på en minskande förbrukning. Det höga startvärdet, från förbättringsarbetets baslinje vecka 40, har inte nåtts igen under de 25 mätpunkter som finns i styrdiagram 5.

Förbrukningen av läkemedel i injektionsform visar under vecka 47 2018 till och med vecka 4 2019 en trend med 10 mätpunkter under styrlinjen. Efter vecka 4 2019 stiger åter värdet. För att kunna säkerställa om denna trend beror på patientbeläggningen över jul och nyårshelger, med neddraget antal patientplatser, eller andra faktorer, behövs ytterligare analys som inte ryms i denna uppsats.

## **Övriga fynd**

Effekten av smärtlindring är på vår enhet oklar och inget som efterfrågas. Det saknas dokumenterad och strukturerad uppföljning. Det insamlade materialet i detta arbete visar på ett samband mellan de veckor där medelvärdet för NRS varit högre med fler värden över sju och förbrukningen av läkemedel mot värk. Men eftersom rutin och arbetssätt runt återkoppling av detta saknas efterfrågas inte heller det. Om inga värden finns att jämföra mot är det svårt att se en förändring. Detta förbättringsarbete har sakta men säkert ändrat detta. I fortsättningen av detta arbete, som inte kommer finnas presenterat i denna uppsats, finns planer på strukturerad återkoppling tillbaka till de det berör, personalen och patienterna.

Varför fungerar inte att skriva en siffra? Vi pratar ju redan med patienterna, hur kommer det sig att vi inte kan fråga denna enda fråga också? Författaren har vid utbildningstillfällen under projektets gång förklarat och visat på hur systemet är tänkt att fungera när skattningsvärden finns dokumenterade. I efterhand blir det tydligt att detta arbete har försvunnit i andra administrativa uppgifter som ska dokumenteras för att användas till kontroll och styrning av organisationen. Hälso- och sjukvården har under de senaste åren sett ett ökad andel administrativa tjänster med uppgift att övervaka att vården följer riktlinjer och håller önskad kvalitet. Inom den brittiska hälso- och sjukvårdsorganisationen NHS finns samma ökning och författaren John Seddon (2008) har belyst problemet. Seddon beskriver samma fenomen som kan ha påverkat utfallet av detta arbete. När kopplingen till hälso- och

sjukvårdens uppdrag att skapa värde för patienten inte klart och enkelt kan beskrivas för en arbetsinsats blir motivationen att utföra arbetsinsatsen försämrade. De senaste årens snabba ökning av kontroll- och styrsystem har sällan grundats sig i personalens behov av administrativa tjänster utan bottnat i ledning och huvudmäns behov av utfallsåterkoppling.

Förbättringskunskapens verktyg och metoder kan ge ett förrädiskt enkelt intryck. Många förbättringsprojekt har stupat på att grundarbetet bakom PDSA-hjulets införandet saknas. Reed & Card (2016) skriver den förändringsutmattning som detta arbete har mött. Orsakerna till detta är många gånger en önskan om att snabbt komma till fasen ”do” för att sedan lika fort skynda vidare till ”act”. Man missar då det grundläggande arbetet med planering och kartläggning som skapar ett förbättringsförsök som misslyckas. Enkelheten i PDSA ska inte heller tolkas som att arbetet inte kräver resurser. Både medarbetare och ledning misstolkar annars metoden PDSA som något som inte kräver arbete. En insats i form av personalresurs måste ha mandat och stöd från ledning för att få gehör. Författaren till detta arbete har under arbetets gång använt ny kunskap för justeringar i förbättringsprojektet. En djupare bakgrundsplanering kanske skulle ha visat på de kulturella svårigheter som upptäckts men för att arbetsplatsen ska kunna förändras krävs att man själv ser detta.

Förbättringskunskap och PDSA-hjul kan rätt använt bana väg för förbättringar inom svensk hälso- och sjukvård. Men allt ansvar för arbetet kan inte ligga på mikrosystemet och vårdens verkliga värdeskapare, personalen. Ledningens ansvar är tydligt i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2011:9 (Socialstyrelsen, 2011). Forskning inom förbättringskunskap beskriver att oberoende av hur bra underbyggt och planerat en förändring än är, utan ledningens hjälp kommer förbättringsprojektet misslyckas (Reed & Card, 2016).

Motivationen att dokumentera ett NRS ökar när effekten för patienten kunde visas. Syftet med hela förbättringsarbetet har varit att förbättra smärtlindringen för inskrivna palliativa patienter. Symtomlindring är hela syftet med verksamheten. Det agila arbetssättet har varit mycket givande för förbättringsarbetet. Projektgruppen har hjälpts åt att se nya infallsvinklar som ökat aktiviteten. Utmaningen att leda ett arbete agilt är tillit och att släppa styrningen och kontrollen (Tonnquist, 2016). Författaren har flera gånger behövt ta ett steg tillbaka och hantera sin frustration för att vänta in medarbetarnas förståelse och mognad att ta nästa steg i förbättringsarbetet. När dessa två syften kunnat samspara förbättrades mätvärdena och viljan att dokumentera skattningsvärden ökade. Det är först när en tydlig koppling finns till något som sjuksköterskan bryr sig om som en effekt på förändringen kan ses (Forsyth, 2006; Pink, 2010; Weick, 2009).

## **RESULTATDISKUSSION STUDIEN**

Syftet för denna studie har varit att hitta motiverande faktorer vilket även är studiens viktigaste fynd, behovet av att skapa mening och förstå sin del i arbetet runt patient. Det som är viktigt för patienten är viktigt för sjuksköterskan men sambandet mellan hur en arbetsinsats kan påverka omvårdnaden även efter avslutat arbetspass saknas. Detta visar sig i intervjuerna men är svårare att se i materialet från enkäterna.

### **Motiverande faktorer**

Detta följer Argyris forskning från 2002 som beskriver Espoused Theory Theory-in-use, alltså varför det finns en skillnad i hur medarbetare upplever att man gör och hur man verkligen gör (Argyris, 2002). Samma fenomen beskrivs även av Erik Hollnagel (Lundberg, Rollenhagen, & Hollnagel, 2010). I detta arbete har ett relativt lätt arbetsmoment, att verbalt efterfråga en siffra som sedan dokumenteras i patientjournal, varit svårt att få till. I studien av detta förbättringsarbete kan informanterna redogöra för varför och hur detta ska göras men ändå utförs detta inte. Medarbetarna upplever att de arbetar med smärtutvärdering men ser inte behovet av att dokumentera och kunna följa upp detta.

Vården kring patient sker för sjuksköterskor tillsammans med andra sjuksköterskor på SSIH. I studien av förbättringsarbetet beskriver ingen av informanterna detta samband och hur vården fortsätter dygnet runt. Tidigare forskning visar på hur samverkan kan öka värdet av vården både för personal och patient. I en artikel från 2016 av Backman, Venderloo & Foster (2016) visas att förbättrad kommunikation och förståelse för varandra gav ökad respekt inom arbetsgruppen samtidigt som vården förbättrades för patienten. Dokumentationens roll att underlätta och förbättra vården beskrivs inte alls. Patientjournalen spelar roll för personalen eftersom sjuksköterskor är skyldiga att dokumentera. En risk i detta arbete när dokumentation är till för vården och inte för patienten, är att



man dokumenterar för att motivera en omvårdnadsåtgärd. Förståelsen för hur samverkan runt patienten behöver dokumentation även när vården fungerar kan ha skapat en snedvridning mot dokumentation endast av höga värden. Möjlighet till utbyte av erfarenheter är viktigt för hur en arbetsgrupp samverkar med varandra. Goda resultat från hur regelbundna mötestillfällen påverkar och underlättar förändringar visar (Murphy, Gibbs, Hoppe, Ratnaik, & Lovelock, 2018) i sin forskning. Redan efter ett par mötestillfällen kunde en ökad samverkan mätas och störst förändring sågs hos för de medverkande som deltog i flest möten.

Alla informanter uppger sig ha fått information, både muntligt och skriftligt. Samtliga känner till arbetet och införandet. Information har alltså funnits men har det varit information på rätt kunskapsnivå? På enheten arbetar sjuksköterskor med många års erfarenhet och även vidareutbildningar inom intensivvård, anestesi och barnmorska. I projektgruppen för detta förbättringsarbete ingick sjuksköterskor med vidareutbildning vilket kan förklara glappet mellan typen av information och behovet av information. Kunskap om syftet med utvärdering och systematisk uppföljning av omvårdnadsåtgärder finns i grundutbildningen till sjuksköterska (Sjuksköterskeförening, 2016) men behöver aktualiseras efter ett par år som examinerad sjuksköterska. Arbetar man inte inom verksamheter där detta används, behöver verksamheten se till att utbilda och påminna om detta.

Under studien har författaren uppfattat sjuksköterskornas fokus på patienten. Man har mycket kunskap och är av erfarenhet inom omvårdnad och känner att man kan bidra med god vård för patienten. En önskan om att hjälpa, en inställning att man vill väl och verkligen bryr sig om patienten har genomsyrat samtliga intervjuer. Stolthet över enhetens arbete avspeglas tydligt och är en otrolig drivkraft för hur man väljer att utföra sitt arbete (Forsyth, 2006; Pink, 2010). Författaren har eftersträvat att hitta denna känsla och försökt väva in förbättringsarbetet i kulturen runt patientarbetet som finns på enheten.

Förbättringsprojektet startades av en projektgrupp som författarens planerade använda för sin studie. Snabbt övergick dock förbättringsprojektet till att bli författarens eget projekt, för sina studier i förbättringskunskap. Förbättringsarbetets positiva effekt för patienten och enhetens kvalitetskontroll blev bara en liten del och medarbetarna hade svårt att se denna koppling. Studien visar på betydelsen för känslan av ägarskap för en lyckad utveckling av förändringsarbete vilket stämmer med tidigare forskning och litteratur (Pink, 2010; Weick, 2009).

NRS är en siffra som är en kvalitetsindikator för palliativ vård. Efter många år inom svensk Hälso- och sjukvård har flera medarbetare upplevt flera förändringsprojekt med förbättring som mål vilket bland Reed & Card (2016) och Seddon (2008) tidigare diskuterat. Koppling till kvalitetsindikatorer och utvärdering av arbetsmoment kan ha haft en negativ effekt när en misstro mot ökad administration och rädsla för bli bedömd finns på en arbetsplats.

### **Upplevelse av interventionen och förståelse för evidensbaserade riktlinjer**

Alla informanter vet vad NRS ska mäta och kvalitetssäkra. Under studien av förbättringsarbetet framkommer att man vet vad skattningsverktyget ska användas till och varför detta är viktigt. Men det har även framkommit att man känner att verksamheten gör ett bra arbete inom området redan i dag. Man uttrycker att man inom verksamheten redan arbetar aktivt med smärta, symtomlindring är redan ett stort fokus för enheten vilket stämmer med Argyris (2002) forskning. Utbildningsbehovet inom kvalitetsuppföljning och systematisk utvärdering har underskattats i detta arbete.

Ingen av informanterna har blivit tillfrågade av kollegor om NRS. En har blivit tillfrågad vid rondan, av doktorn. Flera säger att detta beror på att NRS inte är ett etablerat arbetssätt/verktyg. Det egna ansvaret att införa ett nytt gemensamt språk har inte kommunicerats tillräckligt (Sjuksköterskeförening, 2016).

En majoritet av informanterna uttrycker oro. Rädsla för att NRS blir ett sätt att ifrågasätta patientens upplevelse av smärta, inte utvärdering av smärtbehandling. En informant är rädd att NRS tar fokus från omvårdnadsåtgärden, att man ska prioritera sifferinsamlingen framför åtgärd. Att allt avstannar i väntan på att den smärtpinade patienten kan sätta en siffra på smärtan. Här upplevs det som författaren misslyckats i sin information till arbetsgruppen om syftet med NRS-verktyget och införandet. Verktyget är inte för att sätta dit någon personal eller en misstro mot patienten, utan för att systematiskt utvärdera och dokumentera, för att kvalitetssäkra och standardisera, enklare kunna

förutspå omvårdnadsbehov för personalen, igenkänningsfaktor/trygghet för patienten. Denna typ av spänningar är vanliga inom hälso- och sjukvård beskriver bland annat (Weick, 2009) som funnit samma fenomen i Storbritannien. Personalen närmast patienten känner sig trängd mellan förväntningar och skyldigheter mot både patient och ledning samtidigt som det är personalen som har störst möjlighet att genomföra förändringar.

Vem ska ta ansvar för smärtlindringen? Att aktivt efterfråga och söka information från patienten ansågs inte som positivt enligt flera intervjuer. Kan och får SSIH lita på att patienten kommer höra av sig? Hälso- och sjukvårdens ansvar finns beskrivet och även reglerat i lagtext och föreskrifter (Sjuksköterskeförening, 2016; Socialdepartementet, 2010, 2018). Samtidigt är samarbete och samverkan med patienten helt avgörande, det är just närvaron av en patient som gör att hälso- och sjukvården finns. NRS-verktyget är vårdens verktyg men syftet med verktyget kommer tillslut leda till något bra för patienten. Detta ”bra för patienten” syns kanske inte direkt utan patienten måste informeras, förstå och lita på nyttan med siffran. Samarbete kräver att båda parter ser en vinst och förstår varför. Det är patientens smärta som behandlas och därför behöver patienten dela med sig av informationen. Vården behöver patientens värde för kvalitetssäkring och planering av vårdens utformning. Detta tilltro och förtroende för varandra, i både relationen patient-personal och personal-personal, är en förutsättning för en lärande organisation som bland annat beskrivs av Senge (2006).

Detta arbete har ökat författarens förståelse för att kollegor gör olika iakttagelser och bedömningar eftersom personlighet och erfarenhet påverkar. Ett validerat gemensamt skattningsinstrument kan minska risken för variation i bedömning och insats.

## SLUTSATSER

När data från både förbättringsarbetet och studien bearbetats ses en risk för ett missvisande för högt medelvärde för NRS samt antalet registrerade NRS 7 och högre. Under intervjuer och enkäter framkommer att fokus hos sjuksköterskor ligger på dokumentation höga smärtskattningar för att kunna visa varför en omvårdnadsåtgärd utförts. Sambandet mellan flera dokumenterade NRS och högt medelvärde NRS samt flertalet höga värden NRS 7 och uppåt, stärker detta. Dokumentation ses som ett sätt att bevisa, motivera och spegla omvårdnadsåtgärder. Förståelse för behovet av dokumentation av vanliga, normala NRS och inte bara avvikande NRS, saknas hos sjuksköterskorna.

Material från intervjuerna visar inte på att sjuksköterskorna ser sig som en del av en kedja omvårdnadsinsatser för patienten. Men enkätmaterialen visar på en förändring mot ökad användning av dokumenterade NRS och en ökad användning vid kommunikation mellan kollegor och andra professioner. Författarens förhoppning är att detta kommer fortsätta mot en minskning av individualistiskt arbetssätt mot ökad samverkan och samsyn.

Verksamhetens ansvar i förhållande till patientens ansvar kommer fortsätta diskuteras på SSIH. Arbete med värdegrund och gemensamt konsensus pågår och positiva effekter från denna uppsats är att kunskap inhämtat från patient kommer användas till bland annat detta.

## EPILOG

” En blomma? Choklad? Snittblommor? Krukväxt? Vad tror du?”  
” Titta! Orkidé... ”lättskött, lite vattning, blommor länge”... passar bra, vi tar den!”  
” Bra! Kul att få visa lite uppskattning. Hade du adressen?”

Görans söner kände genast igen sjuksköterskan som öppnad dörren till kontoret för den regionsanslutna hemsjukvården för specialiserad vård i hemmet. Under pappas sista tid i livet hade stundtals besöken av sjukvårdspersonal i hemmet varit många och täta. Vårdpersonalen var olika personer som utförde omvårdnaden lite olika, vilket oftast bara gjorde besöken mer personliga. Men den positiva skillnaden när det gemensamma arbetssättet runt smärtutvärderingen kom, upplevdes som värdefullt. Stundvis hade smärtskattningen försvunnit i arbetet med symtomlindring av andra för tillfället akuta behov. Tyvärr, kände sönerna, eftersom detta vid ett flertal tillfällen fått till följd att Göran fått smärtgenombrott när ökat behov av smärtlindring missats då utvärderingen glömts bort. En tydlig minskning av Görans smärta och oro hade det blivit efter införandet och användandet av smärtskattningsverktyg. Både sönerna och Göran förstod verktyget och sönerna kände sig mer

delaktiga när de vid kontakt med hemsjukvården kunde beskriva pappans upplevelse med en siffra, ett värde som alla gemensamt förstod vad det stod för.

” Nej, men hej på er! Va roligt att se er! Åh, tack, är blomman till oss?”

”Ja, till er allihopa. Vi är så tacksamma att ni fanns där för Göran, vår pappa alltså. Ni försökte verkligen skapa en vård som var till för just Göran, precis efter hans behov.”

” Ja, nu när begravningen av pappa och mycket av det praktiska är över, började vi söner prata om hur den sista tiden var. Fram tills pappas död... när pappa avlidit... lämnade oss, alltså. Er insats var ovärderlig. Tack!”

## REFERENSER

- Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod : en handbok*. Stockholm: Liber.
- Andershed, B., & Ternestedt, B.-M. (2013). *Palliativ vård : begrepp & perspektiv i teori och praktik* (B. Andershed, B.-M. Ternestedt, & C. Håkansson Eds.). Lund: Studentlitteratur.
- Argyris, C. (2002). Teaching Smart People How to Learn. *Reflections: The SoL Journal*, 4(2), 4-15. doi:10.1162/152417302762251291
- Backman, C., Vanderloo, S., & Forster, A. J. (2016). Measuring and improving quality in university hospitals in Canada: The Collaborative for Excellence in Healthcare Quality. *Health policy*, 120(9), 982-986. doi:10.1016/j.healthpol.2016.07.006
- Backman, J. (2016). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Batalden, B. P., & Stoltz, K. P. (1995). Quality management and continual improvement of health care: A framework. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 15(3), 146-164. doi:10.1002/chp.4750150304
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2015). Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*, 25(7). doi:10.1136/bmjqs-2015-004315
- Bergman, B., & Klefsjö, B. (2012). *Kvalitet från behov till användning*. Lund: Studentlitteratur.
- Bischoff, K. E., Apos, Riordan, D. L., Fazzalano, K., Kinderman, A., & Pantilat, S. Z. (2018). Identifying Opportunities to Improve Pain Among Patients With Serious Illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 881-889. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.09.025
- Borglin, G. (2012). Promoting critical thinking and academic writing skills in nurse education. *Nurse Education Today*, 32(5), 611-613. doi:10.1016/j.nedt.2011.06.009
- Dahlin-Ivanoff, S., Wilhelmson, K., & Edberg, A. (2012). Challenges in performing complex intervention studies in health care organizations. *Gerontologist*, 52, 645-645.
- Doyle, L., Brady, A.-M., & Byrne, G. (2016). An overview of mixed methods research – revisited. *Journal of Research in Nursing*, 21(8), 623-635. doi:10.1177/1744987116674257
- Ekman, G. J., Lindahl, B., & Nordin, A. (2015). *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Stockholm : Karolinska Institutet University Press.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93-99. doi:10.1016/j.afjem.2017.08.001
- Etiksprövningsmyndigheten. (2019). Etikprövningsnämnden.
- Evans, N., & Palmer, A. (1998). Controlling breakthrough pain in palliative care. *Nursing Standard (through 2013)*, 13(7), 53-54. doi:10.7748/ns1998.11.13.7.53.c2551
- Forsyth, P. (2006). *How to Motivate People (Creating success) [Elektronisk resurs]*: Kogan Page.
- Fulop, N., Allen, P., Clarke, A., & Black, N., (2001). *Studying the organisation and delivery of health services : research methods*. London: Routledge.
- Gillham, B., & Jamison Gromark, E. (2008). *Forskningsintervjun : tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod : från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., . . . Kaasa, S. (2011). Studies Comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for Assessment of Pain Intensity in Adults: A Systematic Literature Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073-1093. doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016
- Höglund-Nielsen, B., & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, M. (2013). Hantering av svåra symtom. In B. Andershed, Ternestedt, Britt-Marie, & Håkansson, Cecilia (Ed.), *Palliativ vård - Begrepp och perspektiv i teori och praktik* (pp. 405-416). Lund: Studentlitteratur.
- Langley, G. J. Moen, R., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P., (2009). *The improvement guide : a practical approach to enhancing organizational performance*. 2<sup>nd</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lundberg, J., Rollenhagen, C., & Hollnagel, E. (2010). What you find is not always what you fix—How other aspects than causes of accidents decide recommendations for remedial actions. *Accident Analysis & Prevention*, 42(6), 2132-2139. doi:https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.07.003

- Marshall, M., Pronovost, P., & Dixon-Woods, M. (2013). Promotion of improvement as a science. *Lancet (London, England)*, 381(9864), 419-421. doi:10.1016/S0140-6736(12)61850-9
- Melzack. (2003). *Handbook of Pain Management [Elektronisk resurs]*: Churchill Livingstone.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain : descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Murphy, B., Gibbs, C., Hoppe, K., Ratnaik, D., & Lovelock, H. (2018). Change in mental health collaborative care attitudes and practice in Australia. *Journal of Integrated Care*, 26(1), 29-37. doi:10.1108/JICA-10-2017-0033
- Nelson, E. C., Batalden, P. B., & Godfrey, M. M. (2007). *Quality by design : a clinical microsystems approach*. 1<sup>st</sup> ed. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley.
- Nelson, E. C., Mohr, J. J., Batalden, P. B., & Plume, S. K. (1996). Improving Health Care, Part 1: The Clinical Value Compass. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 22(4), 243-258. doi:10.1016/S1070-3241(16)30228-0
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2018). *Forskningsprocessen [Elektronisk resurs] kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Johanneshov: MTM.
- Pink, D. H. (2010). *Drive : the surprising truth about what motivates us*. Edinburgh: Canongate.
- Provost, L. P., & Murray, S. (2011). *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement*. The Health Care Data Guide : Learning from Data for Improvement: John Wiley & Sons.
- Reed, J. E., & Card, A. J. (2016). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Quality & Safety*, 25(3). doi:10.1136/bmjqs-2015-005076
- Registret, P. (2019). Palliativ registret.
- Seddon, J. (2008). *Systems thinking in the public sector : the failure of the reform regime... and a manifesto for a better way*. Axminster: Triarchy Press.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. London: Random House Business.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96. doi:10.1016/S0885-3924(02)00440-2
- Sjuksköterskeförbundet, S. (2016). Sjuksköterskans profession - grunden för din legitimation. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659), (2010). Hälsa- och sjukvårdslagen 2017:30, (2018). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (2011).
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede - vägledning, rekommendationer och indikatorer - Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Socialstyrelsen Retrieved from <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-6-4>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer- Palliativa vård i livets slutskede - Mätnivåer för indikatorer.*: Socialstyrelsen
- Strang, P. (2012). *Cancerrelaterad smärta : onkologiska och palliativa aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Thor, J. (2002). Improvement of knowledge should be used when working for changes of health care Förbättringskunskap bör tillämpas i förändringsarbetet inom vården. *Läkartidningen*, 99(34), 3312-3314.
- Tonnquist, B. (2016). *Projektledning*. Stockholm: Sanoma utbildning.
- van Dijk, J. F. M., van Wijck, A. J. M., Kappen, T. H., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Schuurmans, M. J. (2011). Postoperative pain assessment based on numeric ratings is not the same for patients and professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1). doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.009
- Vennik, F. D., van de Bovenkamp, H. M., Putters, K., & Grit, K. J. (2016). Co-production in healthcare: rhetoric and practice. *International Review of Administrative Sciences*, 82(1), 150-168. doi:10.1177/0020852315570553
- Weick, K. E. (2009). *Making sense of the organization Vol. 2 The impermanent organization*. Chichester: Wiley.
- Werner, M., & Leden, I. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.
- Yennurajalingam, S., Kang, J. H., Hui, D., Kang, D.-H., Kim, S. H., & Bruera, E. (2012). Clinical Response to an Outpatient Palliative Care Consultation in Patients With Advanced Cancer and Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 340-350. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.014
- Yin, R. K., & Nilsson, B. (2007). *Fallstudier : design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Yin, R. K., & Retzlaff, J. (2013). *Kvalitativ forskning från start till mål*. Lund: Studentlitteratur.

## BILAGOR

### Bilaga 1 - Enkätformulär till personal

#### "Jag har tittat på registrerade smärtskattningsvärden."

*Instämmer helt.*

1                    2                    3                    4                    5

*Instämmer inte alls.*

6                    7

Varför? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### "Jag har använt smärtskattningsvärdet för beslut om omvårdnadsåtgärder."

*Instämmer helt.*

1                    2                    3                    4                    5

*Instämmer inte alls.*

6                    7

Varför? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### "Smärtskattningsvärdet har påverkat den farmakologiska smärtbehandlingen."

*Instämmer helt.*

1                    2                    3                    4                    5

*Instämmer inte alls.*

6                    7

Varför? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### "Smärtskattningsinstrumentet har underlättat bedömningen av patienter smärtupplevelse."

*Instämmer helt.*

1                    2                    3                    4                    5

*Instämmer inte alls.*

6                    7

Varför? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### "Smärtskattningsvärdet används aktivt vid rapportering och diskussioner om behov och planering."

*Instämmer helt.*

1                    2                    3                    4                    5

*Instämmer inte alls.*

6                    7

Varför? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Bilaga 2, Intervjuguide**

Intervjuguide, Masteruppsats i Förbättringskunskap, 160 HP, Jönköping Academy, VT-19.

Känner du till arbetet med att införa NRS?

Hur har du fått information om NRS?

Varför ska vi mäta NRS?

Vad mäter NRS?

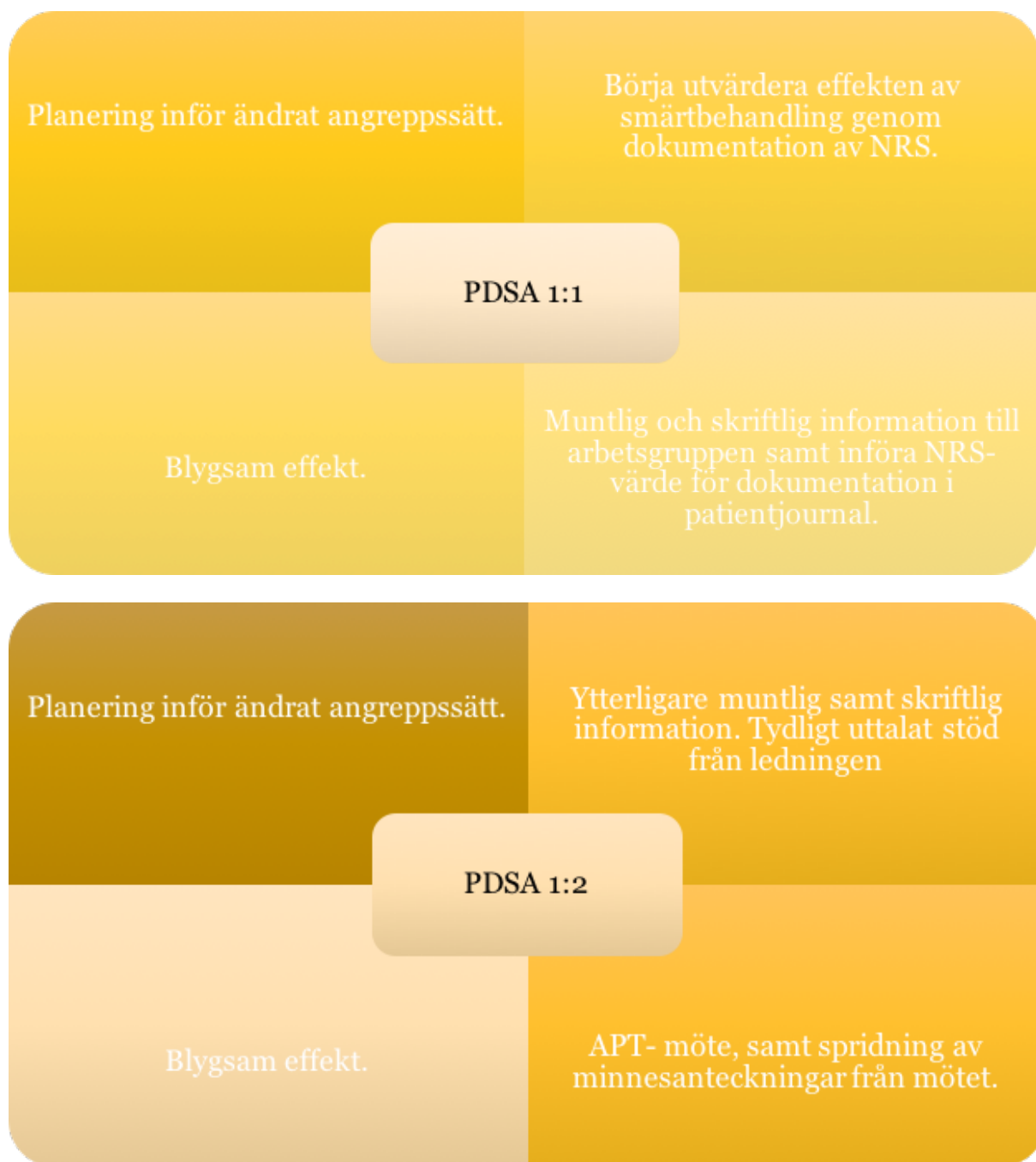
Hur arbetar du med NRS?

Kan vi göra på något annat sätt?

Vad tror du skulle kunna öka användningen?

Vad tror du skulle kunna försvåra användningen?

### Bilaga 3, PDSA, redovisning av samtliga PDSA-hjul





Planering inför ändrat angreppssätt.

Införa SÖS-stickan för påminnelse och samsyn på dokumentation NRS-värde.

**PDSA 2**

Liten blygsam ökning av NRS-värde-dokumentation.

Muntlig och skriftlig information samt utdelning av SÖS-stickan.

Utvärdering samt studie av förbättringsarbetet.

Återkoppling av enhetens sammanlagda antal NRS-dokumentation i förhållande till antalet patientbesök.

**PDSA 3:1**

Mätbar ökning kan ses men ännu mer kvar till målvärdet.

Statistik sätt upp på synlig plats på arbetsplats samt diskuteras muntligt.

Utvärdering samt studie av  
förbättringsarbetet.

Återkoppling av enhetens  
sammanlagda NRS-medelvärde.

**PDSA 3:2**

Mätbar ökning kan ses men ännu  
mer kvar till målvärdet.

Statistik sätt upp på synlig plats på  
arbetsplats samt diskuteras  
muntligt.