

# Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg

En enkätstudie

Sara Gustafsson

## Förord

Smärtproblematiken hos äldre är ofta oupptäckt och underbehandlad, vilket leder till lidande och nedsatt funktionsförmåga. Behandlingen försvåras ofta av att många äldre är multistjuka, har kognitiva svårigheter eller kommunikationsproblem. Smärta är enligt International Association for the Study of Pain (IASP) en obehaglig och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada.

Med stigande ålder ökar förekomsten av smärta i någon form, främst lokaliserad till muskler, skelett och leder. Ett tillstånd som ofta innebär försämrad rörlighet och livskvalitet och sömnsvårigheter. Epidemiologiska studier har visat att äldre som får hjälp av hemtjänst eller bor på särskilda boenden ofta lider av smärttillstånd. Speciell uppmärksamhet måste riktas mot personer som har nedsatt kognitionsförmåga eftersom de kan ha förändrad smärtupplevelse eller svårighet att uttrycka sin smärta.

Att upptäcka och lindra smärttillstånd är en viktig uppgift för vårdpersonalen. I detta arbete redovisas att sjukgymnasten inom kommunal vård, genom sin utbildning om smärtlindring vid sidan om farmakologisk behandling, har en speciell möjlighet att bidra med alternativa behandlingsmetoder. Föreliggande studie, som baseras på en magisteruppsats vid sektionen för sjukgymnastik, NVS, Karolinska Institutet syftade till att undersöka sjukgymnastens syn på smärtproblematik hos äldre i kommunal vård och deras uppfattning om vårdpersonalens syn på sjukgymnasternas kompetens, är ett exempel på en verksamhetsnära studie som erhåller stöd från FoU Äldre i Sörmland.

Av resultatet framgår att nästan alla av respondenterna ansåg att majoriteten av äldre i kommunal vård har smärtproblematik. Majoriteten ansåg också att vårdpersonalen inte hade tillräckligt med kunskap om sjukgymnastens kompetens. Flertalet av sjukgymnasterna menade att de själva skulle behöva mera utbildning om äldres smärtproblematik. Resultatet visar på faktiska möjligheter till att vårdpersonal gemensamt utvecklar vårdarbetet för att behandla och lindra äldres upplevda smärta.

Stockholm 15 november 2007

Kerstin Frändin

Med dr, leg sjukgymnast,  
Lektor vid Sektionen för sjukgymnastik, NVS,  
Karolinska Institutet

## Sammanfattning

Smärta är vanligt förekommande hos äldre men tillhör inte det biologiska åldrandet. Däremot har många äldre sjukdomar som kan förorsaka smärta. Smärtproblematiken hos äldre är ofta underrapporterad och underbehandlad. Denna rapport baseras på en magisteruppsats vid sektionen för sjukgymnastik, Karolinska Institutet.

Studien syftade till att undersöka sjukgymnastens syn på smärtproblematik hos äldre i kommunal vård och att kartlägga sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg liksom sjukgymnastens uppfattning om vårdpersonalens syn på sjukgymnastens kompetens. Åttiotvå sjukgymnaster som arbetade inom kommunal äldreomsorg. Enkät bestående av 19 slutna och öppna frågor.

Studien visade att 96% av sjukgymnasterna ansåg att smärtproblematik hos äldre är vanligt förekommande. Drygt hälften ansåg att vårdpersonalen inte tar tillvara deras kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. Sextiosex procent ansåg att vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap om sjukgymnasters kompetens. TENS, viloställningar och rörelse/träningsprogram var de vanligaste behandlingsmetoderna. Fyra kommuner hade smärtteam. Nittiofem % av sjukgymnasterna ansåg att de skulle behöva mer utbildning om smärtproblematik hos äldre personer. Studien visade att sjukgymnasters kompetens och kunskap ej tillvaratas av vårdpersonalen i tillräckligt hög utsträckning. Både vårdpersonal och sjukgymnaster inom kommunal äldreomsorg behöver mer utbildning kring äldres smärtproblematik. Smärtteam vore önskvärt samt fler sjukgymnasttjänster krävs för att täcka behovet av sjukgymnastiska insatser hos äldre. Fortsatt forskning för främst inriktas på behandlingsmetoder.

### Nyckelord

Hantering av smärta, sjukgymnast, smärta, äldre

Sara Gustafsson

Leg sjukgymnast

Vuxenförvaltningen, 631 86 Eskilstuna

Tel 016-710 27 43, e-post: sara.gustafsson@eskilstuna.se

### Handledare

Kerstin Frändin

Leg sjukgymnast, Med dr

Institutionen Neurotec

Sektionen för sjukgymnastik

Alfred Nobels Allé 23, 141 83 Huddinge

08-524 888 35

e-post: kerstin.frandin@neurotec.ki.se

### Bihandledare

Anette Eriksson

Leg sjukgymnast

Karolinska Universitetssjukhuset,

Sjukgymnastkliniken, Huddinge

141 86 Huddinge

08-585 855 28

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b> .....	1
Syfte .....	4
Frågeställning .....	4
<b>Material och metod</b> .....	4
Deltagare .....	4
Metod .....	5
Statistisk bearbetning .....	5
<b>Resultat</b> .....	6
Sammanfattning.....	10
<b>Diskussion</b> .....	10
Konklusion .....	13
Tack .....	13
<b>Referenser</b> .....	13

Bilaga 1. Enkät

Bilaga 2. Informationsbrev

Bilaga 3. Citat

## Bakgrund

Minskande antal födslar och ökande livslängd ger Europa en allt äldre befolkning. Alla tecken pekar mot ännu högre andelar i framtiden. Den mest dramatiska förändringen kommer att ske i åldrar från 80 år där antalet personer kommer att öka med 50 procent över de närmaste 15 åren. I Sverige är 17,2 procent av befolkningen över 65 år (1). Den äldre befolkningen kan delas in i tre grupper: yngre-äldre som är 65–74 år, medelgamla-äldre 75–84 år och äldre-äldre som är 85 år och äldre (2).

Epidemiologiska studier har visat att smärta ofta förekommer hos äldre personer som får hjälp av hemtjänst eller bor på särskilda boenden (3). En studie visade att behovet att flytta till sådana boenden ökade med stigande ålder och att personer som flyttade till särskilda boenden hade större funktionsnedsättning jämfört med dem som bodde hemma och fick hemhjälp (4). En longitudinell studie som inkluderade 1810 personer över 75 år som bodde på särskilda boenden visade att majoriteten behövde daglig hjälp för att t ex klara av att gå till toaletten eller äta. Vanliga orsaker för att behöva flytta till särskilt boende var demens, hjälpberoende i dagliga aktiviteter, stroke och höftfrakturer (5). Att vara funktionellt hjälpberoende tycks vara associerat med förkortad livslängd och i genomsnitt bor en person idag ca två år på ett särskilt boende (6). Brattberg et al (7) visade i en studie att 72,8 procent av personer över 77 år hade någon slags smärtproblematik. Av personer som var 85 år och äldre rapporterade 68,3 procent någon form av smärta. I en annan studie uppgav 71-83 procent som bodde på särskilt boende att de hade smärta på minst ett ställe i kroppen som påverkade det dagliga livet och livskvaliteten (8). Hos äldre är smärtan framförallt muskuloskeletal och lokaliserad till rygg, ben och leder (9). Vanliga orsaker till muskuloskeletal smärta är t ex artros och osteoporos som många äldre drabbas av (10). Olika former av cancer - sjukdomar är en annan bidragande orsak till smärta hos äldre (11). Smärta tycks också öka de sista åren i livet (12).

Smärta är enligt International Association for the Study of Pain (IASP) en obehaglig och emotionell upplevelse förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven som sådan skada. Smärta delas in i akut eller långvarig smärta. För att kallas långvarig smärta måste den ha varat i mer än tre månader (13). På den femte världskongressen om smärta fastslogs det att smärta inte är en del av det normala åldrandet (14). Teorier kring smärta poängterar att smärta inte enbart är fysisk eller psykisk utan innefattar också känsel, emotion, beteendemässiga aspekter och kognition. Smärta är också någonting som är självupplevt och ej synligt för andra och därför måste den som har smärta kunna beskriva eller uttrycka sin smärta för andra (15).

Det råder delade meningar om huruvida det föreligger någon skillnad mellan hur äldre och yngre personer beskriver sin smärta eller om smärtintensitet skiljer sig. Gagliese och Melzack (16) påvisade i denna studie att äldre beskrev smärtan med färre ord jämfört med yngre. Andra menar att djup och refererad smärta hos äldre personer förekommer i mindre utsträckning samt att intensiteten minskar vid olika sorters akut smärta vid jämförelse mellan äldre och yngre personer. Det sägs också att långvarig smärta associerad till muskuloskeletal och hjärt-kärlsjukdomar ökar med stigande ålder (17).

Hur långvarig smärta påverkar äldre har inte blivit systematiskt utforskat och framförallt inte hur det påverkar den äldre äldre eller den sköra äldre personen. Det är troligt att långvarig smärta utgör en huvudsaklig källa till sjuklighet, nedsatt livskvalitet och bidrar till dödlighet hos äldre (17). Försämrad sömn, depression, inskränkt socialt liv pga försämrad rörelseförmåga (18), malnutrition och nedsatt immunförsvar är också associerat till smärta (19). Äldre personer med smärta behöver också mer hälso- och sjukvårdsinsatser än äldre utan smärtproblematik och rehabiliteringsförmågan påverkas (18).

Smärtproblematiken hos äldre är ofta oupptäckt och underbehandlad vilket leder till lidande och nedsatt funktionsförmåga och behandlingen försvåras av att många äldre är multisjuka, har kognitiva svårigheter eller kommunikationsproblem (20). Äldre som bor på särskilda boenden är mycket beroende av att personalen uppmärksammar problem som t ex smärta för att få hjälp med smärtlindring (6). I en studie där personal fick skatta hur många äldre på ett särskilt boende som hade smärta visade det sig att personalen tenderade att snarare under- än överskatta förekomst av smärta. Personalen hade bäst uppfattning om smärtans intensitet medan deras vetskap om vad som orsakat smärtan eller hur de påverkade den äldres dagliga liv var sämre. Med dessa resultat finns det risk för att smärta hos äldre personer inte upptäcks (21).

Vårdpersonal bör ha vetskap om att äldre personer ibland inte rapporterar om sin smärta och att kulturella faktorer kan påverka. Andra orsaker kan vara att de inte vill vara ”till besvär”, vill inte klaga, tror att smärta tillhör det naturliga åldrandet, rädsla för övermedicinering, att rapportera om smärta kan ses som en svaghet – ökad stoicism eller rädsla för att få veta vad som orsakar smärtan – t ex en allvarlig sjukdom (19). Framförallt måste vårdpersonal vara speciellt uppmärksam mot de personer som har nedsatt kommunikationsförmåga eller kognitiva svårigheter eftersom de inte kan uttrycka sin smärta på samma sätt som äldre personer utan kommunikations- eller kognitiva svårigheter. Äldre personer med kognitiva svårigheter uttrycker sin smärta mer genom att jämra sig, skrika eller genom ansiktsuttryck (21). Det finns studier som tyder på att personer med t ex en demenssjukdom kan ha en förändrad smärtupplevelse (22). I en studie upplevde vårdpersonal att smärt-

problematik hos personer som hade kognitiva svårigheter, t ex en demenssjukdom, främst berodde mer på immobilisering än hos personer som inte hade några kognitiva svårigheter (21).

Smärtbehandling kan delas in i farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingsmetoder. Exempel på icke-farmakologiska metoder är massage, träning, värme, kyla, TENS, akupunktur, olika manipulationstekniker, användning av ortoser (15), avslappning och distraktionstekniker (23). Till icke-farmakologiska behandlingsmetoder hör också olika former av psykologiska behandlingsmetoder (15).

En studie baserad på 1073 äldre personer som var 75 år eller äldre visade att ca 40 procent hade smärtlindrande farmaka (24). Dessa farmaka kan ofta ge bieffekter och hos äldre är det två gånger vanligare än hos yngre personer (25). För optimalt behandlingsresultat hos äldre är det av stor vikt att göra en ordentlig smärtutredning och använda någon form av mätinstrument (19), kombinera farmaka med s.k. icke-farmakologiska behandlingsmetoder (26) och använda sig av ett multidisciplinärt arbetssätt (15).

Evidensen kring icke-farmakologiska behandlingsmetoder är varierande beroende på vilken behandlingsform evidensen avser. Generellt kan sägas att fler randomiserade studier behövs (27). TENS- och akupunkturbehandling kan fungera för en del äldre personer men evidensen är svag (28). Träning i olika former har visat sig ha smärtlindrande effekt hos äldre personer (28). Ferrell et al (29) lät äldre med långvariga muskuloskeletal smärta delta i en studie där de fick promenera fyra gånger i veckan i sex veckor vilket resulterade i mindre smärta. Även sköra äldre har visat sig kunna tillgodogöra sig träning för att minska smärta (30). I två studier (31,32) där både personal och äldre personer har intervjuats kring vad de gör för att minska smärta visade att de äldre själva använder en kombination av alla metoder. De kombinerar smärtlindrande farmaka, distraktion såsom t ex titta på tv, läsa, handarbete, träffa vänner etc, prata om sin smärta samt ha en jämn balans mellan vila och aktivitet (31). Personalen hade däremot en tendens att sätta likhetstecken mellan smärta och farmaka. Med denna syn finns risken att icke-farmakologiska behandlingsmetoder underutnyttjas och underskattas. Äldre personer är ej heller särskilt benägna att pröva på sådant de inte känner till sedan förut, t ex TENS (32).

Vårdpersonal måste vara välinformerad om hur både farmakologiska och icke-farmakologiska behandlingsmetoder kan lindra smärta. Det är framförallt viktigt att behandla smärtan utifrån vad den äldre själv tror kan ge smärtlindring (32).

## **Syfte**

Studiens syfte var att kartlägga sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg liksom sjukgymnasters uppfattning om vård- personalens syn på sjukgymnastens kompetens.

## **Frågeställningar:**

- Hur ofta möter sjukgymnasten äldre personer med smärtproblematik inom kommunal äldreomsorg?
- Anser sjukgymnaster att vårdpersonal inom kommunal äldreomsorg har kunskap om sjukgymnastens kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder och i vilken utsträckning anser sjukgymnasten att den tas tillvara av vårdpersonal?
- Vilka smärtlindrande behandlingsmetoder används. Har sjukgymnaster i kommunal äldreomsorg akupunkturutbildning och i vilken utsträckning använder de sig av denna behandlingsmetod?
- Finns smärtteam i kommunerna och anser sjukgymnaster att ett sådant team skulle behövas inom kommunen som är specifikt inriktad på smärtproblematik hos äldre.
- Anser sjukgymnaster i kommunal äldreomsorg att de behöver mer utbildning om smärtproblematik hos äldre?

## **Material och metod**

### **Deltagare**

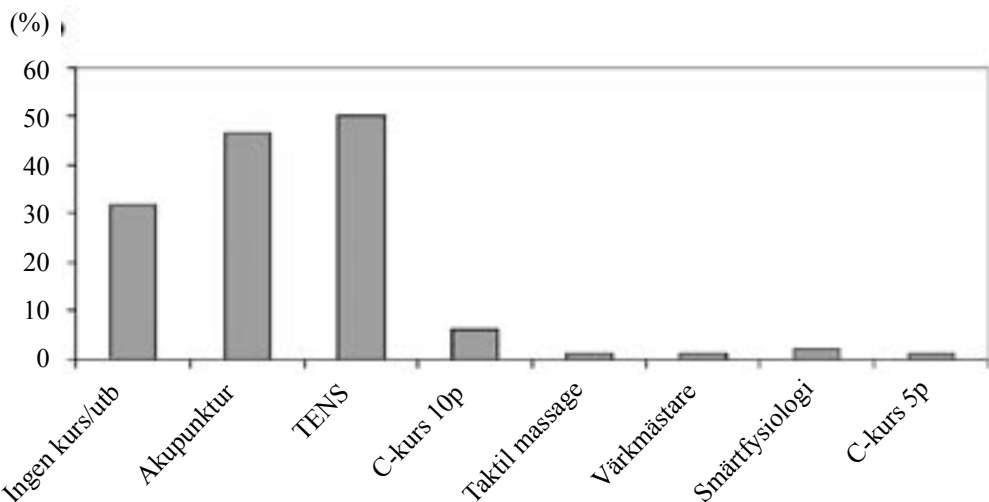
Studien genomfördes som en enkätundersökning och omfattade 100 sjukgymnaster som arbetade inom kommunal äldreomsorg. En lista från webbplatsen SACOs Lönesök togs fram över alla kommuner i Sverige som hade sjukgymnaster. Listan var från 2003 och tog upp 161 kommuner, 152 kommuner var namngivna. Bland de 152 kommunerna lottades 100 kommuner. Vid kontakt med respektive lottad kommun framkom det att sex kommuner ej hade någon sjukgymnast varpå dessa lottades om. Namn och adress på respektive kommunsjukgymnast fick författaren fram genom att ringa kommunväxeln i varje lottad kommun. Den sjukgymnast som telefonisten först nämnde tillsändes enkäten. Ingen etisk ansökan gjordes till etikkommitté eftersom denna studie var uppbyggd som enkätundersökning samt att frågorna inte bedömdes vara av känslig karaktär eller att de som svarade på enkäten kunde känna sig kränkta eller uppleva att intrång gjordes i deras yrkesliv. Deltagande i studien var frivilligt, vilket påpekades i det informationsbrev som bifogades enkäten.

Av 100 utsända enkäter inkom 87 varav två var ofullständigt ifyllda och tre kom tillbaka med följebrev om att sjukgymnasterna inte arbetade inom kommunal äldre-



omsorg och därför inte svarat på enkäten. Efter bortfallet återstod 82 enkäter. Sjukgymnasterna hade varit yrkesverksamma i genomsnitt 26 år (range 0,5–42 år) varav 6 år i genomsnitt i kommunal äldreomsorg (range 0,5–12 år).

I Figur 1 redovisas de kurser sjukgymnasterna hade genomgått. Dominerande var TENS- och akupunkturutbildning samt de som ej gått någon kurs alls. Av dem som genomgått Akupunkturutbildning hade en sjukgymnast läst en 20-poängskurs och två hade läst 10-poängskurs. En av de mindre vanliga kurserna var Värkmästare som är ett koncept som handlar om att lära sig hantera smärta.



**Figur 1. Fördelning över smärtkurser/utbildningar som sjukgymnasterna hade genomgått (n=82).**

## Metod

Enkätundersökning, bestående av 19 slutna och öppna frågor (bilaga 1). En pilotundersökning gjordes varvid sex sjukgymnaster, som ej var någon av de hundra, fick svara på enkäten för att förtydliga ev oklarheter och bedöma om enkäten gav svar på frågeställningarna. Därefter gjordes en del språkliga ändringar för att förtydliga frågorna. Enkäterna sändes ut till de hundra lottade kommunsjukgymnasterna. Tillsammans med enkäterna följde ett skriftligt informationsbrev (bilaga 2). Med enkäten följde också frankerade svarskuvert. En påminnelse skickades ut. För att underlätta utskick av påminnelse kodades svarskuverten. Kodlistorna förvarades i låsbart journalskåp dit endast författaren hade nyckel.

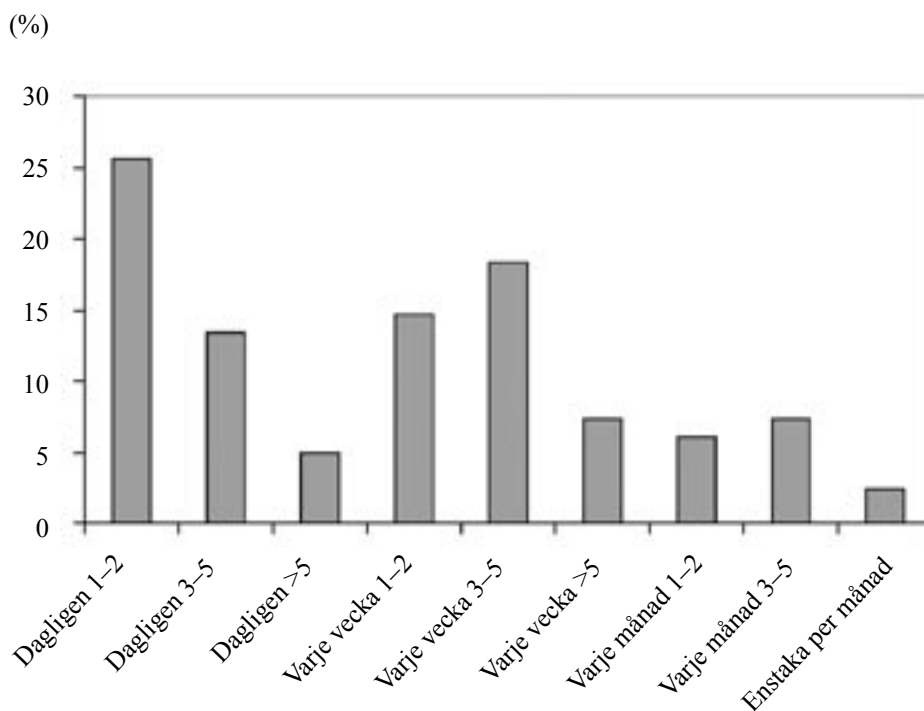
## Statistisk bearbetning

Data presenteras med text och illustrerande citat samt beskrivande statistik.

## Resultat

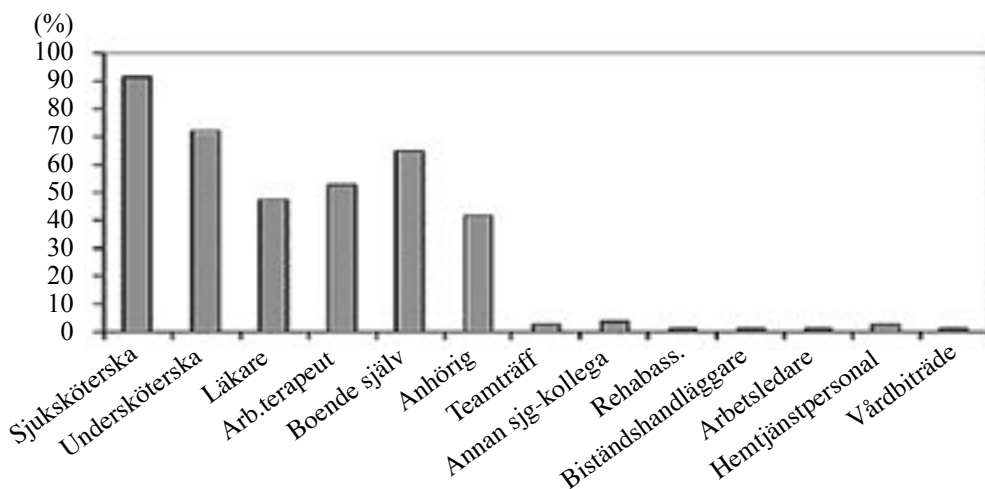
Ett fåtal sjukgymnaster hade ej svarat på enstaka enkätfrågor. Tretton sjukgymnaster (n=80) uppskattade att de hade ansvar för upp till 100 vårdtagare i sitt upptagningsområde, 26 sjukgymnaster angav 100-200, 14 angav 200-300 vårdtagare och 27 sjukgymnaster uppskattade att de hade 300 eller fler i sitt upptagningsområde.

Det vanligaste var att sjukgymnasterna dagligen träffade en till två äldre personer med smärta (Fig.2).



**Figur 2. Frekvens och antal äldre personer med smärta som sjukgymnasterna mötte (n=81).**

Sjuttionio (n=82) (96%) sjukgymnaster uppgav att de upplevde att smärtproblematik är vanligt förekommande hos äldre och tre svarade nej. De tre kategorier som vanligtvis kontaktade sjukgymnasterna vid smärtproblematik hos vårdtagare var sjuksköterska, undersköterska och den boende själv (Fig.3).

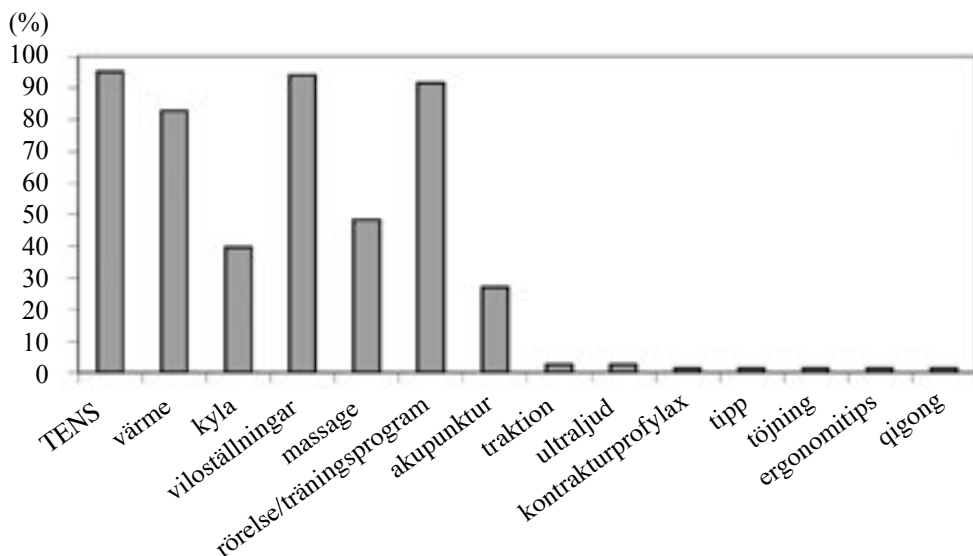


**Figur 3. Fördelning mellan olika grupper avseende kontakt med sjukgymnast vid smärtproblematik hos vårdtagare (n=82).**

Trettioåtta (n=81) sjukgymnaster upplevde att vårdpersonal tog tillvara sjukgymnastens kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. Fyrtio svarade nej, en svarade ja och nej och en svarade ibland. Trettioen (n=39) sjukgymnaster som angivit att vårdpersonal inte tog tillvara sjukgymnastens kompetens uppgav att det berodde på okunskap hos vårdpersonalen. Sju sjukgymnaster svarade att de arbetade konsultativt och ej hann med att behandla själva. Två svarade att de ej informerat eller marknadsfört sin kompetens på grund av tidsbrist.

Tjugofem (n=81) sjukgymnaster ansåg att vårdpersonal hade tillräcklig kunskap om sjukgymnastens kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. Femtiofyra (66%) svarade nej och två svarade vet ej. Av de 54 sjukgymnaster som svarade nej på frågan ansåg 24 sjukgymnaster att det berodde på att sjukgymnaster har varit dåliga på att marknadsföra sina kunskaper eller ej hunnit informera på grund av tidsbrist. Nitton angav att vårdpersonalen ej vet vad vi kan/okunskap. Sex svar var varierande innehåll, och till exempel att de arbetade mer rådgivande/konsultativt. Två svarade vet ej. De mest använda behandlingsmetoderna var TENS, värme, viloställningar och rörelse/tränings-program (Fig 4).

Trettioåtta (n=82) (46%) sjukgymnaster uppgav att de hade akupunkturutbildning. Av dessa använde två sjukgymnaster akupunktur mycket ofta, en ofta, åtta ibland, 14 sällan medan 13 sjukgymnaster aldrig använde akupunktur. Av de 43 sjukgymnaster som inte hade akupunkturutbildning angav 28 att de skulle behöva denna utbildning, Tretton svarade nej och en kanske. På frågan i vilken utsträckning sjukgymnasterna själva hade möjlighet att behandla svarade 33 (n=81) (41%) sjukgymnaster att de hade liten möjlighet till detta, 19 svarade mycket liten, 14 hade stor möjlighet och 15 mycket stor möjlighet att behandla själva.



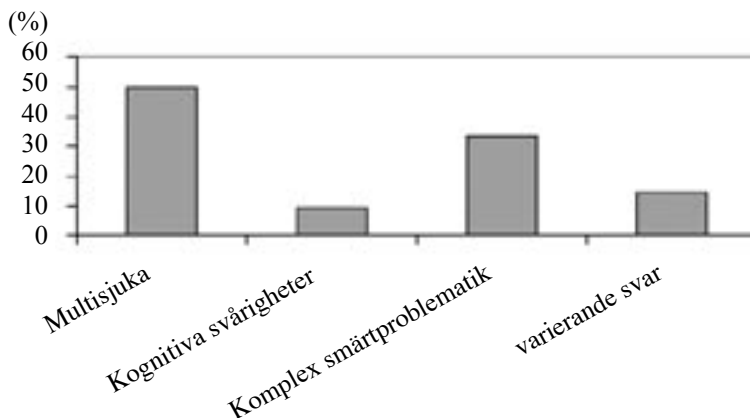
**Figur 4. Fördelning över vilka smärtlindrande behandlingsmetoder sjukgymnasterna använde (n=82).**

Trettioåtta (n=81) (47%) av sjukgymnasterna ansåg att det inte var svårt att delegera/ordinera smärtlindrande behandlingsmetoder till personal. Lika många svarade nej på frågan, fyra svarade ja och nej och en svarade ibland. Den främsta orsaken (63%) till varför sjukgymnasterna ansåg att det var svårt att delegera/ordinera behandlingar var att det är stora personalgrupper som ska instrueras vilket tar tid samt att det är svårt att få möjlighet till uppföljning i den utsträckning som skulle vara önskvärdt. Femtiofem procent ansåg att det var svårt att veta om det som delegerats/ordinerats blev rätt utfört av personalen och att en del vårdpersonal själva ansåg att de ej hade tid att utföra det som sjukgymnasten delegerat/ordinerat.

Fyrtiofem (55%) sjukgymnaster ansåg att det som de delegerade/ordinerade blev utfört i stor utsträckning av personalen. Tio menade att det utfördes i mycket stor utsträckning, 23 i liten utsträckning och tre i mycket liten utsträckning.

Skälet till att det som delegerats/ordinerats utfördes i liten eller mycket liten utsträckning ansågs vara tidsbrist hos vårdpersonal. Sextio (n=82) (73%) sjukgymnaster ansåg att det var svårt att behandla äldre personer med smärtproblematik. Tjugo svarade nej och två svarade ibland. De främsta orsakerna till att det var svårt att behandla äldre med smärtproblematik ansågs vara att många äldre är multisjuka eller har en komplex smärtproblematik, (Fig 5). Exempel på varierande svar var att sjukgymnasten ansåg att det ej fanns tillräckligt med tid, svårt att behandla på

grund av att äldre personer har rörelseinskränkningar, äter andra mediciner som gör att till exempel akupunktur inte går att använda etc.



**Figur 5. Fördelning över orsaker till varför sjukgymnaster ansåg att det är svårt att behandla äldre med smärtproblematik (n=62).**

På frågan om det fanns smärtteam i kommunen där sjukgymnasten arbetade svarade 74 av 82 (90%) nej, fyra ja och fyra personer visste ej. Sextio (n=82) (73%) sjukgymnaster ansåg att smärtteam var något som vore önskvärt inom den kommunala äldreomsorgen. Arton svarade nej, två ja och nej, en kanske och en vet ej. De som svarade ja menade att smärtteam skulle kunna leda till en bättre helhetssyn och omhändertagande kring vårdtagaren genom teamsamarbete. Teamet skulle också kunna ha en rådgivande funktion. Det framkom också att en förhoppning var att förskrivning av smärtlindrande mediciner skulle minska genom att öka användningen av andra behandlingsmetoder. De sjukgymnaster som inte ansåg att smärtteam borde finnas inom den kommunala äldreomsorgen svarade framförallt att landstingets ordinarie smärtteam/kliniker även borde kunna ta hand om de äldre med svårbehandlad smärtproblematik. Sjuttioåtta (n=82) (95%) av sjukgymnasterna ansåg att de skulle behöva mer utbildning om smärtproblematik hos äldre. Fyra ansåg sig inte behöva mer utbildning.

Trettioen av sjukgymnasterna hade bidragit med egna funderingar kring smärtproblematik hos äldre. De vanligaste åsikterna var att sjukgymnastens resurser inte räcker till och att det finns för få tjänster inom den kommunala äldreomsorgen. Andra synpunkter var att behandlingsmetoder såsom värme, kyla och ökad fysisk aktivitet underutnyttjas och att de äldre borde aktiveras mer. Det fanns också åsikter om att de äldres smärta inte tas på allvar.

### **Här följer några citat, övriga redovisas i Bilaga 3.**

- *Det stora problemet är att tiden för sjukgymnasten inte räcker till, alla behandlingar utan man skall arbeta genom personal som inte heller har tid att hjälpa till.*
- *Viktigt område som känns försummat när man av ekonomiska skäl lägger ribban för omhändertagande av äldre så lågt. Egentligen har jag massor av kunskape /erfarenhet som ej utnyttjas.*
- *Jag undrar bara var smärtan sitter. Om det är i själen eller i kroppen Det är många äldre som är mycket ensamma även i särskilda boenden. Har man ont får man också uppmärksamhet, vilket man borde få ändå.*

### **Sammanfattning**

Studien visade att 96 procent av sjukgymnasterna ansåg att det var vanligt förekommande med smärtproblematik hos äldre. Drygt hälften av sjukgymnasterna ansåg att vårdpersonalen inte tog tillvara deras kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. Sextiosex procent ansåg att vårdpersonal inte hade tillräcklig kunskap om sjukgymnastens kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. De mest frekvent använda behandlingsmetoderna för att lindra smärta var TENS, viloställningar och rörelse/träningsprogram. Orsaker till varför sjukgymnaster ansåg det var svårt att behandla äldre med smärta var framförallt på grund av att många äldre är multisjuka och smärtproblematiken är komplex. Fyra kommuner hade smärteam och sjukgymnasterna ansåg att detta vore önskvärt inom den kommunala äldreomsorgen. Nittiofem procent av sjukgymnasterna ansåg att de skulle behöva mer utbildning om smärtproblematik hos äldre.

### **Diskussion**

Av 100 utsända enkäter inkluderades 82 i studien. Eftersom svarsfrekvensen var mycket hög så torde inte enkäten upplevts som svårbesvarad eller att den tog för mycket tid i anspråk att fylla i trots att den innehöll öppna frågor. Den höga svarsfrekvensen kan tyda på att sjukgymnasterna ansåg att detta är ett angeläget ämne. Eftersom sjukgymnasterna var slumpmässigt utvalda och svaren från enkäten upplevs vara av hög samstämmighet borde resultatet kunna generaliseras till de allra flesta sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg. Fördelen med att använda enkäter är att det finns möjlighet att rikta sig till en stor grupp som man är intresserad av (33) Att använda öppna eller sluta frågor har också sina för- och nackdelar. Fördelarna med öppna frågor att det inte finns några givna svarsalternativ utan den tillfrågade får svara fritt med egna ord. Nack-

delen kan vara att öppna frågor kräver mer av den som svarar, att han/hon ska minnas vissa saker avgöra vad som är väsentligt och därtill formulera sitt svar på ett begripligt sätt (33).

Resultatet visade att det finns mycket kunskaper och erfarenheter bland de sjukgymnaster som arbetar inom kommunal äldreomsorg. Många av sjukgymnasterna hade varit yrkesverksamma länge, men det blev tydligt att vi är en relativt ”ung” yrkeskår inom kommunal äldreomsorg. Att 95 procent av sjukgymnasterna ansåg att smärta är vanligt förekommande hos äldre stämmer väl överens med den forskning som finns (3, 7, 8). Sjukgymnasterna ansåg också att äldres smärta inte alltid tas på allvar vilket också har framkommit i andra studier (6, 21, 20). Smärtproblematik hos äldre borde vara av hög prioritet då smärta påverkar både den fysiska hälsan och livskvaliteten hos äldre (17, 18, 19) och rörelseförmågan hos äldre är oftast redan nedsatt (4, 18). Studien visade att drygt hälften av sjukgymnasterna inte ansåg att vårdpersonalen tog tillvara deras kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder. Den främsta orsaken till detta ansågs vara att vårdpersonalen inte har kunskap om vad sjukgymnaster har för kunskap och kompetens med avseende på smärtlindrande behandling. Sextiosex procent av sjukgymnasterna ansåg inte heller att vårdpersonal hade tillräcklig kunskap om vad sjukgymnasten kan bidra med i detta ämne. Här visade det sig att det främst berodde på att sjukgymnasten ej marknadsfört sina kunskaper eller ej hunnit informera personalen på grund av tidsbrist hos sjukgymnasten.

Utifrån denna studies resultat, att det framförallt handlar om kunskapsbrist hos vårdpersonal, kan paralleller dras till en studie som Blomqvist och Hallberg (32) genomfört som visade att vårdpersonalen hade en tendens att sätta likhetstecken mellan smärta och farmaka. Med denna syn finns risken att icke-farmakologiska behandlingsmetoder underutnyttjas och underskattas. En annan förklaring till varför vårdpersonal inte riktigt vet vad de kan efterfråga eller förvänta sig av sjukgymnaster inom kommunal äldreomsorg är att vi är en relativt ny yrkeskår inom just detta område. De första sjukgymnasttjänsterna inom kommunal äldreomsorg tillkom så sent som 1995-96. Många kommuner har bara en eller ett fåtal sjukgymnaster och dessa sjukgymnaster har i sin tur ett stort antal vårdtagare att ansvara för. Idag finns i genomsnitt en sjukgymnast på 300 äldre personer (34) vilket stämmer väl överens med resultat i denna studie då 34 procent av sjukgymnasterna uppgav att de hade 300 eller fler äldre personer att ansvara för i sitt upptagningsområde. I en studie som Socialstyrelsen gjorde 2003 (35) om arbetsterapeuter och sjukgymnasters arbete med äldres rehabilitering beskrev både sjukgymnaster och arbetsterapeuter att de upplevde sitt arbete som tungt och tidspressat och att det skulle behövas fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter inom den kommunala äldreomsorgen. Att sjukgymnasternas resurser inte räcker till i den utsträckning som vore önskvärt kan också ses på svaren angående varför sjukgymnaster ansåg att det

var svårt att delegera/ordinera behandlingsåtgärder. Sjukgymnasterna ansåg att utbildning/ handledning till all personal tar tid men att det heller ej finns tillräckligt med tid för uppföljning och handledning i den utsträckning som det skulle behövas. Det framkom också att sjukgymnasterna ibland hade svårt att veta om det som delegerats/ordinerats blev rätt utfört. Sjukgymnasterna svarade också att det heller inte fanns tid för individuella behandlingar eftersom de allra flesta sjukgymnaster har ett konsultativt arbetssätt inom kommunal äldreomsorg.

Evidensen för olika behandlingsmetoder varierar och framförallt behövs det fler randomiserade studier (27). American Geriatric Society (28) rekommenderar främst fysisk träning för att lindra smärta hos äldre. De uttalar också vikten av information och utbildning kring smärta och hantering av smärta för både patienter och anhöriga (28). Blomqvist och Hallberg (32) påtalade vikten av daglig fysisk aktivitet hos äldre samt att använda aktiviteter som kan distrahera och på så vis lindra smärtan. Det är av stor vikt att kombinera olika behandlingsmetoder och framförallt lyssna på vad den äldre själv tror kan lindra smärtan (32). I denna studie framkom att de vanligaste behandlingsmetoderna som användes var TENS, viloställningar och rörelse/- träningsprogram. Av de sjukgymnaster som hade akupunkturutbildning visade det sig att användningsfrekvens var låg. Detta kan bero på många olika faktorer t ex att äldre personer har kognitiva funktionsnedsättningar, äter mediciner som kontraindicerar akupunkturbehandling eller att dagens äldre generation ej kanske känner till denna behandlingsmetod. Av dessa olika orsaker samt att evidensen är svag för akupunktur- behandling samt för TENS-behandling (28) är då frågan i vilken utsträckning sjukgymnaster kan använda sig av akupunktur och TENS som smärtlindrande behandling av äldre.

Ett viktigt arbete för oss sjukgymnaster är att informera vårdpersonal, äldre och anhöriga om sjukgymnastens kompetens vad gäller smärtlindrande behandlingsmetoder men också om vår gedigna kunskap om vikten av fysisk aktivitet och träning hos äldre. Studier har visat att även sköra äldre personer kan tillgodogöra sig fysisk träning (34, 36). Då många av de äldre som redan bor på ett särskilt boende har nedsatt rörelseförmåga (4) och även någon form av smärta (3) är sjukgymnastens insatser vad gäller handledning och utbildning till vårdpersonal och anhöriga viktig för att de äldres funktionsförmåga ska bibehållas och förbättras (37). De som framförallt bör fångas upp är de äldre personer som flyttar in på ett särskilt boende eftersom risken är stor att de snabbt förlorar sina vanor och rutiner, samtidigt som motivationen för att självständigt klara av vardagsbestyren kan avta (37).

Utifrån äldres mer komplexa smärtproblematik pga att många äldre är multisjuka och/eller har kognitiva svårigheter (20) är det bra att använda sig av ett multidisciplinärt arbets- och synsätt (15). Tyvärr tycks det bara finnas fyra kommuner som



har någon form av smärtteam. Om det fanns smärtteam i kommunerna torde omhändertagandet av denna patientgrupp kunna bli betydligt bättre.

Nittiofem procent av sjukgymnasterna ansåg att de skulle behöva mer utbildning om smärtproblematik hos äldre. Det kan tyckas vara en hög procent men med tanke på att forskning inom detta område inte varit särskilt långt kommen (17) är inte siffran överraskande. Utifrån att det inte funnits någon litteratur i ämnet så har inte heller ämnet belysts på grundutbildning för sjukgymnaster utan det är något som har kommit under de senaste åren. Det är dock en tydlig signal till alla utbildningar att anordna föreläsningar och kurser och det vore en stor vinning att samarbeta med andra institutioner för att få ett tvärprofessionellt kunnande och erfarenhetsutbyte.

## **Konklusion**

Studien visade att sjukgymnasters kompetens och kunskap ej tillvaratas av vårdpersonalen i tillräckligt hög utsträckning. Både vårdpersonal och sjukgymnaster inom kommunal äldreomsorg behöver mer utbildning kring äldres smärtproblematik. Smärtteam vore önskvärt samt fler sjukgymnasttjänster krävs för att täcka behovet av sjukgymnastiska insatser hos äldre. Fortsatt forskning bör främst inriktas på behandlingsmetoder.

## **Tack**

Ett stort tack till alla sjukgymnaster som tog sig tid att svara på enkäten och för svarsrikedomen som framkom, utan era svar hade studien inte kunnat genomföras. Tack till FoU Äldre i Sörmland för det ekonomiska stöd som har möjliggjort sammanställandet av studien. Tack även till Andreas Granqvist och Raouf Sormunen för all datorsupport. Till sist vill jag tacka mina handledare Anette Eriksson och Kerstin Frändin för god och värdefull handledning.

## **Referenser**

1. [http://www.scb.se/templates/tableOrChart\\_\\_84958.asp](http://www.scb.se/templates/tableOrChart__84958.asp). Källa: Recent demographic developments in Europe 2003. Europarådet. 040611
2. Fries BE, Morris JN, Skarupski KA, Blaum CS, Galecki A, Bookstein F, Ribbe M. Accelerated dysfunction among the very oldest-old in nursing homes. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* 2000; 6: 336-41.
3. Helme R D, Gibson S J. The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics of Geriatric Medicine* 2001;17: 417 – 31.

4. Persson G, Boström G, Allebeck P, Andersson L, Berg S, Johansson L, Thile A. Chapter 5. Elderly people's health – 65 and after. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001; 29: 117 – 31.
5. Agüero-Torres H, von Strauss E, Viitanen M, Winblad B, Fratiglioni L. Institutionalization in elderly. The role of chronic diseases and dementia, Cross sectional and longitudinal data from a population - based study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001;54: 795 - 801
6. Socialstyrelsen. Vad är särskilt i särskilda boenden. En kartläggning. 2001.
7. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalences of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996; 67: 29–34.
8. Ferrell BA, Ferrell BR. Principles of pain management in older people. *Comprehensive Therapy* 1991;17::53-8
9. Parmelee P A, Smith B, Katz I R. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *Journal of the American Geriatric Society* 1993;15: 517 – 22.
10. Mobily PR, Herr KA. Back pain in the elderly. *Geriatric Nursing* 1992; 13: 110-6.
11. Balducci I. Management of cancer pain in geriatric patients. *Journal support Oncology* 2003; 1: 175-91.
12. Moss M, Lawton P, Glicksman A. The role of in the last year of life in older persons. *Journal of Gerontology* 1991; 46: 51 – 7.
13. <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>: 040619
14. Harkins S W. Pain in the elderly. Paper presented at the fifth World Congress on Pain. 1988
15. Meltzack R, Wall P D. The challenge of pain. London, Penguin. 1996
16. Gagliese L, Melzack B. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104: 597-608.
17. Harkins SW. Geriatric pain, pain perceptions in the old. *Clinics in Geriatric Medicine* 1996; 12:435–59.
18. Lavsky-Shulan M, Wallace RB, Kohout FJ, Lemke JH, Morris MG, Smith IM. Prevalences and functional correlates of low back pain in the elderly the Iowa 65+ Rural Health Study. *Journal of American Geriatric Society* 1985;33:23-8
19. Gaston-Johansson F, Johansson F, Johansson C. Pain in the Elderly: Prevalences, Attitudes and Assessment.. *Nursing Home Medicine* 1996; 4:325–31.
20. Ferrell BA. The management of pain in long-term care. *The Clinical Journal of Pain* 2004; 20:240–3.
21. Blomqvist K, Hallberg I R. Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies* 2001; 38:305–18.
22. Pickering G, Eschaliér A, Dubray C. Pain and Alzheimer's disease. *Gerontology* 2000; 46: 235–41.

23. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, sots and patterns of use. *National England Journal of Medicine* 1993; 328:246-52.
24. Grimby C, Fastbom J, Forsell Y, Thorslund M, Calesson C, Winblad B. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1999; 29: 25 – 43.
25. Ruoff G. Management of pain in patients with multiple health problems. A guide for the practicing Physician. *American Journal of Medicine*. 1998;105: 535 – 605.
26. Abraham J L. Advances in pain management for older adult patients. *Clinics in Geriatric Medicine* 2000; 16:269 – 311.
27. Wright A, Sluka A K. Nonpharmacological Treatments for Musculoskeletal Pain. *The Clinical Journal of Pain* 2001; 17:33-46.
28. AGS (American Geriatric Society) Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of Chronic Pain in Older Persons. *Clinical Practice Guidelines* 1998; 46: 635-51.
29. Ferrell BA, Josephson KR, Pollan AM, Loy S, Ferrell BR. A randomize trial of walking versus physical methods for chronic pain management. *Aging Clinical. and Experimental. Research* 1997;9: 99-105.
30. Mulrow CD, Gerety MB, Kanten D, Cornell JE, DeNino LA, Chodo Aguilar C, O'Neil MB, Rosenberg J, Solis RM. A randomised trial of physical rehabilitation for very frail. *JAMA* 1994; 16; 27: 519–24.
31. Blomqvist K, Edberg A-K. Living with persistent pain: experiences of older persons receiving home help. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40:297 – 306.
32. Blomqvist K, Hallberg I R. Managing pain in older persons who receive home help for their daily living. Perceptions by older persons and care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2002; 16: 319 – 28.
33. Hansagi H, Allebeck P. Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur; 1994.
34. Vem bryr sig om den svenska tanten. Rapport om benskörhet, fall och tillgång av sjukgymnast i 20 kommuner. LSR; (Leg. Sjukgymnasters Riksförbund) 2004.
35. Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering. Arbetsterapeuters och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre. 2003.- 131-10.
36. Rydwick E, Frandin K, Akner G. Effects of physical training on physical performance in institutionalised elderly patients (70+) with multiple diagnoses. *Age Ageing* 2004; 33: 13-23.
37. Socialstyrelsen. Äldres rehabilitering i särskilt boende. Allt faller om den sista länken brister. 2003-123-9

## Bilaga 1

Enkät

Ringa in det/de svarsalternativ som passar bäst. Vill du förtydliga något går det bra att skriva det under varje fråga samt efter fråga 15.

**1. Examensår:**

**2. Antal år inom kommunal äldreomsorg:**

**3. Har du gått någon smärtekurs och vad innehöll i så fall den?**

**4. Uppskatta hur många vårdtagare du ansvarar för inom ditt upptagningsområde!**

Under 100      100–200      200–300      300 eller fler

**5. Hur ofta möter du vårdtagare med smärta?**

Dagligen      varje vecka      varje månad

Ungefär hur många enligt markering ovan?

1–2      3–5      >5

**6. Upplever du att smärtproblematik är vanligt förekommande hos äldre?**

Ja      nej

**7. Vem/vilka kontaktar dig angående smärtproblematik hos någon vårdtagare?**

Sjuksköterska      undersköterska/ kontaktperson      läkare  
arbetsterapeut      den boende själv      anhörig  
annan ...

**8. Upplever du att vårdpersonal tar tillvara din kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder?**

Ja      nej

Om nej, vad tror du det beror på?

**9. Tycker du att vårdpersonal har tillräcklig kunskap om din kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder?**

Ja      nej

Om nej, varför inte?

**10. Vilka smärtlindrande behandlingsmetoder använder du?**

TENS      värme      kyla      viloställningar  
rörelse/träningsprogram      akupunktur      andra behandlingsmetoder .....

**11. Har du akupunkturutbildning?**

Ja      nej

Om ja, hur ofta använder du dig av akupunktur?

Mycket ofta      ofta      ibland      sällan      aldrig

Om nej, tycker du att du skulle behöva denna kompetens?

Ja      nej

**12. I vilken utsträckning har du möjlighet att själv behandla vårdtagare?**

Mycket stor      stor      liten      mycket liten

**13. Tycker du att det är svårt att delegera smärtlindrande behandlingsmetoder, som t ex TENS, till vårdpersonal?**

Ja      nej

Om ja, varför?

**14. I vilken utsträckning utför vårdpersonalen de åtgärder du delegerat/ordinerat?**

Mycket stor      stor      liten      mycket liten

Om svaret är i "liten eller mycket liten utsträckning", vad tror du det beror på?

**15. Tycker du att det är svårt att behandla äldre personer med smärtproblematik?**

Ja      nej

Om ja, varför?

**16. Finns det smärtteam i din kommun som har kunskap om smärtproblematik hos äldre?**

Ja      nej

**17. Är smärtteam något du tycker bör finnas inom den kommunala äldreomsorgen där bl a sjuksköterska, läkare, sjukgymnast och undersköterska bör ingå?**

Ja      nej

Om ja, varför?

Om nej, varför inte?

**18. Skulle du behöva mer utbildning i ämnet "smärtproblematik hos äldre"?**

Ja      nej

**19. Egna funderingar kring ämnet smärtproblematik hos äldre ur sjukgymnastiskt perspektiv:**

## Bilaga 2

### **Till vederbörande sjukgymnast inom kommunal äldreomsorg**

Jag heter Sara Gustafsson och arbetar som sjukgymnast i Eskilstuna kommun. Anledningen till att jag skriver till Dig är att jag nu ska påbörja arbetet med min magisteruppsats.

Syftet med uppsatsen är att ta reda på om sjukgymnastens kompetens i smärtlindrande behandlingsmetoder tas tillvara inom kommunal äldreomsorg.

Studien kommer att baseras på enkäten som medföljer detta brev.

***Smärtproblematik hos äldre är vanligt förekommande och då smärtlindrande mediciner ofta ger biverkningar eller inte ger önskad effekt bör medicinering kompletteras med s.k. icke farmakologiska behandlingsmetoder.***

***Det är tänkbart att vårdpersonal underskattar denna form av behandling och att den därför underutnyttjas. En annan viktig aspekt är att vi sjukgymnaster själva kanske inte har tillräcklig kunskap i ämnet. Genom att lyfta fram vad sjukgymnasten kan bidra med vad gäller smärtlindrande behandlingsmetoder borde detta i förlängningen leda till ett bättre omhändertagande av denna patientgrupp.***

Det är helt frivilligt att svara på enkäten, men ifylld enkät återsänds i bifogat svarskuvert. Svaren kommer att behandlas konfidentiellt.

För att underlätta utskick av påminnelse kommer kuverten att kodas.

Tacksam för svar senast xx.

Med vänlig hälsning

Sara Gustafsson

Leg sjukgymnast, Eskilstuna kommun

e-post: [sara.gustafsson@eskilstuna.se](mailto:sara.gustafsson@eskilstuna.se)

Tel arb: 016 – 10 27 43

Handledare:

Kerstin Frändin

Med dr, leg sjukgymnast

08-524 888 35

Anette Eriksson

MSc, leg sjukgymnast

08-585 855 28

## Bilaga 3

### Alla citat från de svar på enkätfråga nr 19.

- *Borde belysas mer på utbildningen.*
- *Alltför mycket läkemedel ordineras av läkare. Rörelse, värme/kyla skulle nog kunna ersätta en hel del av dessa mediciner.*
- *Behövs ofta bättre samarbete och samverkan mellan olika yrkesgrupper. T ex att man diskuterar hela brukaren och inte bara bryter ut smärtan som problem. Sjukgymnasten i kommunen har ofta en konsultativ roll. Få sjukgymnaster ska hjälpa många äldre. Finns inte alltid tid att träffa en person och behandla utan att vårdpersonalen får ta över. Ibland måste man ändra behandling efter några gånger. Vårdpersonal är inte alltid lika lyhörda för sådant vilket gör att behandlingen klassas som verkningslös.*
- *Kurser med inriktning mot äldre behövs. Äldre blir fler och forskningen gör att vi idag kan behandla mer sjukdomar jämfört med tidigare.*
- *Många äldre skulle nog uppleva smärtan lindrigare om de blev aktiverade mer.*
- *Jag tror framförallt att vi har mycket att bidra med kring akut smärta. Men även i team tillsammans med andra vid kroniska tillstånd även om denna är betydligt svårare att behandla.*
- *Jag undrar bara var smärtan sitter. Om det är i själen eller i kroppen Det är många äldre som är mycket ensamma även i särskilda boenden. Har man ont får man också uppmärksamhet, vilket man borde få ändå.*
- *Trevligt att du gör denna undersökning. Tror att vår (sjukgymnastens) kompetens kunde användas mer.*
- *Att det är så komplext. Det finns så mycket som jag skulle vilja göra men som inte fungerar pga olika anledningar t ex osteoporos, knä/höftproblem m.m.*
- *Som vanligt handlar det om personalbrist. Hade det funnits mer personal av alla kategorier kring brukaren hade man inte känt sig så orolig och otrygg och då inte heller upplevt sin smärta så stark.*
- *Mycket komplext och kommer lätt i skymundann. Stroekpatient – fokus på resttillstånd efter stroke trots att det ofta är smärta från artros/höft som bromsar rehabiliteringen. Inom vår kommun är vi många sjukgymnaster vilket inte är så vanligt på andra håll i landet. Vi kan därför behandla och följa upp våra patienter lättare än om ett team kommer in. Genom hemtjänstpersonalen får vi mycket information och träffar regelbundet den gruppen. De som inte har hemtjänst och inte själva kan ta sig till behandlande sjukgymnast på stan får information om hur de kan nå oss genom hälsocentralens personal.*

- *Det stora problemet är att tiden för sjukgymnasten inte räcker till, till alla behandlingar utan man skall arbeta genom personal som inte heller har tid att hjälpa till.*
- *Jag jobbar med äldre som i bor i särskilt boende. De har ofta smärtproblematik. Vi har individuella vårdplaneringar för de äldre i särskilt boende. Då tar vi ofta upp ett speciellt problem t ex förflyttning, smärta eller psykosocialt. Då har vi ett "team" med sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut och kontaktperson, oftast är den boende med själv också. Då kommer vi ofta fram till bra åtgärder.*
- *Svårt att smärtlindra den generation som nu är gamla med annat än för dem kända metoder som värme, massage, ev ultraljud. Fick remiss från en läkare på akupunktur mot höftsmärta hos en dement kvinna. Jag anser det oetiskt att behandla med något som gör ont och som hon inte förstår, dessutom får man "låsa fast" henne i sådana fall. Problemet ligger ofta på ett annat plan, ex vis något som gör att patienten intar dåliga ställningar, denna kvinna ligger jämt med benen utanför sängkanten. Hon blir orolig om man lägger in dem. Vill hon vara beredd att komma snabbt upp vid behov?? Vad gör man som sjukgymnast med en sådan patient? Jag tycker att det är bättre att patienter stimuleras att vara igång och få upp rörlighet och styrka trots ev smärta och försöka attackera problemet på så sätt. Det är svårt att binda upp sig vid en behandlingsmetod som bara vi får göra som akupunktur. Mitt arbete är mycket möten, planeringar på olika ställen.*
- *Ofta vanligt förekommande problem som patienterna är så vana vid, säger ofta "men det har jag haft besvär med i säkert 20 år". Ibland så känns det som om dom inte är tagna på allvar för sin smärtproblematik. Eftersom jag inte arbetar med behandling utan mer i rehabilitering för att de ska kunna bo kvar hemma så länge som möjligt arbetar jag mycket med träning och information. Tycker mig se stora förändringar under tide de går här (ca 12 gånger och då endast en dag per vecka). Träning som excentrisk med lätt belastning, tøjövningar och stabilitetsövningar! Ibland värmebehandling före eller efter träning. Då smärtan ofta är mycket energikrävande så sätter den ju ner den vardagliga aktivitetsnivån och detta i sin tur kan ju vara ganska drastiskt för en äldre som ofta redan har en låg kapacitet, låg aktivitetsnivå kan medföra att de inte längre klarar av att bo kvar hemma!*
- *Vi måste på bred front gå ut och tala om vilken kompetens vi som sjukgymnaster har när det gäller smärtproblematik. Frågan är hur börjar vi?*
- *Denna problematik ingår som en del av mina arbetsuppgifter. Men tid och utbildning behövs i så fall inom alla områden. Gruppen stroke-problematik är betydligt större än smärtproblematiken. Smärtan är ibland omöjlig att behandla hos de gamla och utslitna, men många gånger blir de bättre med enkla åtgärder*



*såsom massage, ändrad sittställning, liggställning, avlastning med gånghjälpmedel, en stunds vila mitt på dagen, ultraljud, korsett, knäskydd, armslynga, "kp", viloställningar, belastning genom att stå/gå, bassängträning, värmebehandling, dvs det är väldigt mycket tacksamma och lättare att hjälpa de flesta äldre med sin smärta även om en del fall är omöjliga. Vissa hos oss använder TENS flitigt, andra har god effekt av ultraljud (placebo eller ej??). En del får akupunktur men det bär emot att använda det för mig. De är ofta magra och knotiga och frusna och en del känner obehag av att bli avklädda och stuckna. Massage är mitt bästa vapen! Alla blir nöjda då.. och bättre.*

- Det finns oftast inte tid att undersöka, behandla smärtorsaken som jag skulle vilja. Det får stå tillbaka om det inte påverkar patientens rehabiliteringsförmåga för mycket. Det är ofta svårt att få ordentlig medverkan från läkare när det gäller att diskutera om patienten, att få dem att undersöka patienten ordentligt och att få dem att gå vidare med t ex provtagningar, röntgen etc.*
- Läkemedelsföretag är starka. Har pengarna, har systemet, har makten. Underåtarna gör det vetenskapliga undersökningarna. Äger förmågan att påverka vårt beteende. Att använda/delegera / ge mediciner.*
- Gärna utbildning som tar upp problemet med att otroligt mycket fysiskt/psykiskt spelar roll. Ofta har patienten begränsande resurser för beteendeförändring.*
- Kommunen har 0,25 sjukgymnasttjänst – individuell behandlingar existerar ej!*
- Mitt största problem är ortopedernas obenägenhet att sätta in höftprotes primärt vid collum femoris frakturer hos äldre. Jag upplever så mycket onödigt lidande pga detta. Man försöker att spika ihop frakturen och patienten har sedan smärtor och dålig rörlighet och blir ofta liggande i sängen för mycket med risk för trycksår. All belastning med smärtor och detta pågår under sex veckor innan ortopederna åter vill befatta sig med fallet och röntga och konstatera att frakturen havererat och man beslutar om protesop med ytterligare smärtsam väntan. När det sedan efter en protesoperation ska rehabiliteras har de dålig ork, sämre utgångsläge än om man givit protes från början.*
- Den minskning av kvalificerad personal i äldreomsorgen lämnar inget utrymme för kvalificerad behandlingar.*
- Något jag arbetar mycket med är att informera personal samt försöka behandla smärta hos dementa eftersom att smärtan i sig ökar deras oro och ångest samt hemiplegiaxlar med spasticitet. Spasticiteten ökar vid smärta varför det är viktigt att uppmärksamma detta.*
- Viktigt område som känns försummat när man av ekonomiska skäl lägger ribban för omhändertagande av äldre så lågt. Egentligen har jag massor av kunskaper /erfarenhet som ej utnyttjas.*

- Tyvärr ger man sig ofta inte tid att titta närmare på smärtproblematiken. Man riktar sig så mycket mer på förflyttningar/gångförmåga i det dagliga ofta punkt-insatser.
- Årligt talat har jag inte funderat så mycket på ämnet men det är säkert något osm bör uppmärksammas.
- En stor grupp äldre har ryggsmärtor av varierande art som är svårt att komma till rätta med. Framförallt förslitningsskador och att kotkropparna sjunker ihop. Tillfällig lindring men svårt att lindra på sikt.
- Många gånger ett problem som ej ges så stort utrymme idag. Problemen ignoreras eller förminskas och inställningen ibland är att man får räkna med lite smärta då man blir äldre.
- Mycket viktigt att hitta bra smärtlindring hos personen för att underlätta vardagen och höja livskvaliteten hos äldre som ofta redan har mycket jobbigt med alla krämpor. Vi sjukgymnaster har inte möjlighet att behandla äldre personer så mycket som det behövs, ofta ökar man mediciner/injektioner. Jag har distriktsansvar (ensam sjukgymnast mot ca 170boende) så ofta är det undersköterska/vårdbiträde/rehab.ass som utför behandlingen. Har inte så många/ofta cancerpatienter och då skulle man kunna använda oss mer tycker jag. Smärtlindringen är inte tillräcklig. "Servicehusboenden" erbjuder inte så avancerad smärtlindring om man jämför sjukhus/andra specialistkliniker, kan bero att ansvaret ligger hos distriktsläkarenivå. Vi i kommunen har inte "egen läkare" att diskutera och planera vård med. Tycker också att äldres smärtor nonchaleras för ofta. Många äldre är van att leva med sin smärta och klagar ej. Enkla metoder som massage, värme/kyla används alltför lite.
- Använder ej massage pga tidsbrist och kortvarig effekt, använder det endast någon enstaka gång i kombination med ultraljud eller värme. Det känns ofta som om vi bara kan lindra, även ett gott samtal med patient är betydelsefullt.

## Rapporter utgivna av FoU Äldre i Sörmland

### Rapport 2006:1

**Förbättrat stöd för personer med demens i eget boende** – utvärdering av utbildningsprogram för hemtjänsten i Flens kommun.

*Författare: Sofia Kialt*

### Rapport 2006:2

**En modell för regelbunden uppföljning av äldres läkemedelsbehandling**

Symtomskattning och läkemedelsgenomgångar på distans – ett pilotprojekt vid Björntorps äldreboende och demensboende i Oxelösund.

*Författare: Ingrid Schmidt*

### Rapport 2006:3

**Dagverksamhet för demenssjuka i Vingåkers kommun.**

*Författare: Sara Ohlsson*

### Rapport 2007:1

**Uppsökande verksamhet bland äldre i Eskilstuna och Strängnäs.** En projektbeskrivning.

*Författare: Sara Gustafsson*

### Rapport 2007:2

**Sjukgymnasters syn på smärtproblematik hos äldre inom kommunal äldreomsorg.** En enkätstudie.

*Författare: Lisbeth Dahlberg, Eva Johansson, Anna-Maarit Tirkkonen*

### Rapport 2007:3

**Specifik omvårdnad för personer med beteendestörningar och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)** – en utvärdering av ett tvåårigt utvecklingsprojekt.

*Författare: Siw Hansson*

## Projektredovisningar utgivna av FoU Äldre i Sörmland

### Projektredovisning 2006:1

**Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.**

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD.

*Författare: Siw Hansson, Lena Nordin*

### Projektredovisning 2006:2

**Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.** Utveckling av en modell.

*Författare: Åsa Eriksson*

### Projektredovisning 2006:3

**Social dokumentation.** Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker.

*Författare: Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson*

### Projektredovisning 2006:4

**Kultur i vården.** Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst.

*Författare: Monica Nordrup*

### Projektredovisning 2007:1

**Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.** Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

*Författare: Annika Magnusson*

### Projektredovisning 2007:2

**Vardagsrehabilitering i eget ordinärt boende.** Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

*Författare: Susanne Borgerot*

### Projektredovisning 2007:3

**Äldre och Läkemedel.** Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

*Författare: Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom*

### Projektredovisning 2007:4

**Äldre och Läkemedel.** Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006.

*Författare: Ingela Mindemark*

**Rapporter och projektredovisningar går att beställa från FoU Äldre i Sörmland och finns som pdf-fil på hemsidan [www.foualdre.sormland.se](http://www.foualdre.sormland.se)**

# FoU Äldre i Sörmland

FoU Äldre i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland. Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU Äldre i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om äldres inflytande i vården och omsorgen.

FoU Äldre i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt

FoU Äldre i Sörmland är lokaliserat i Mälardalens Högskola



FoU Äldre i Sörmland

Mälardalens Högskola, Box 325, 631 05 Eskilstuna

Besöksadress: Drottninggatan 16A, plan 4

Telefon: 016-15 51 22 Mobil: 070-348 87 09

e-post: [info@foualdre.sormland.se](mailto:info@foualdre.sormland.se)