# Dåligt ledarskap bakom dålig smärtvård

## Medicinsk revision av cancersmärtvård

**För att belysa cancersmärtvårdens kvalitet i den kliniska vardagen har en revision genomförts vid två sjukhus i Stockholm, inom urologi och kvinnosjukvård samt via en preoperativ anestesimottagning. Revisionen har påvisat att smärtan i samband med cancer ofta är underbehandlad, att morfinläkemedel används för lite och fel, att neurogena smärtkomponenter inte uppmärksammas, att dokumentationen av smärta bör förbättras i läkarjournaler samt att det tycks finnas oklarheter kring ansvarsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor. Den mest angelägna åtgärden bedöms vara utbildning riktad till läkarna.**

Diagnostik och behandling av cancerrelaterad smärta har väldokumenterade brister trots rikhaltig litteratur inom området och god tillgång på läkemedel [1].

Behovet att göra medicinsk revision inom området cancerrelaterad smärta har aktualiserats från två håll. Allmänheten har via politiker i Stockholms läns landsting givit i uppdrag åt Hälso- och sjukvårdsnämndens kvalitetsutskott att undersöka hur smärta i samband med cancersjukdom handläggs i sjukvården i länet. Karolinska institutet har, i ett forum för samarbete med landstinget, utsett smärta till ett av de områden där kvalitetsarbete i form av medicinsk revision är en lämplig åtgärd.

En viktig förutsättning för medicinsk revision av cancerrelaterad smärta är att det finns en standard för hur diagnostik och behandling skall gå till. Två sådana förslag har nyligen publicerats [2, 3]. Dessutom har nyligen i en medicinsk kommentar i Läkartidningen åter konstaterats att det föreligger en relativ »opiofobi» i vårt land som också stärker kravet på revisioner [4].

**Författare**

STAFFAN ARNÉR
docent, överläkare, multidisciplinärt smärtcentrum, anestesikliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

ELISABETH KILLANDER
leg sjuksköterska, Cancerfondens smärtsjuksköterska åren 1987–1994

HELENA WESTERBERG
med dr, överläkare vid Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

### Revision i två steg

Revisionen har inriktats på patienter med cancersjukdom och långvarig smärta orsakad av primärtumör eller metastaser. Revisionen utfördes i två moment. Dels en intervjustudie av samtliga patienter med cancerdiagnos som under en månad passerade anestesiklinikens, på Karolinska sjukhuset, mottagning för preoperativ bedömning. Dels en klinikbaserad revision av cancerpatienter med smärtproblem. Patienterna har vårdats inom urologi och gynekologi. De har haft poliklinisk läkarkontakt via specialistmottagningar och/eller varit inneliggande på vårdavdelning.

Revisionen genomfördes under 1996 och har under 1997 redovisats muntligt och i form av en rapport för uppdragsgivarna och för respektive klinik. Föreliggande artikel presenterar ett urval av resultaten.

### Intervjuformulär till cancerpatienter

Ett intervjuformulär sammanställdes i vilket patienterna tillfrågades om förekomst av smärta eller inte. Dess duration och behandling inklusive behandlingsmetod och resultat efterfrågades. Patientens kännedom om namnet på sin, för cancervård, ansvarige läkare efterfrågades likaså.

Patienter med smärta fick smärtskatta enligt visuell analogskala (VAS) och förmedla smärtans tidsmönster i kontinuerlig och intermittent förekomst. Grov bedömning gjordes även huruvida smärtan sannolikt var relaterad till själva cancersjukdomen eller inte.

Palliativ medicin

### Klinikbaserad revision av cancerpatienter

Använda metoder i revisionen vid två kvinnokliniker och en urologklinik omfattade skriftlig enkät till all personal och yrkeshomogena gruppintervjuer med ett mera begränsat antal läkare respektive sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster/arbetsterapeuter vid vardera kliniken. Enkäterna inleddes med frågor om yrke, antal år i yrket respektive på kliniken och eventuell vidareutbildning i smärta/smärtbehandling. Enkäter och gruppintervjuer innehöll i övrigt samma frågeställningar. Hur vanlig var cancersmärta på kliniken, och vilket resultat väntade man sig av smärtbehandlingen? Frågor ställdes även om ansvarsfördelning mellan yrkeskategorier (läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast/ arbetsterapeut). Dvs vem hade huvudansvar respektive delansvar för att uppmärksamma smärta, att utföra smärtanalys/diagnos, att handlägga smärtgenombrott samt att rapportera till nästa vårdinstans. Kunskapsfrågor ställdes om smärtbehandlingsmetoder, analgetikaterapi och biverkningar. Användning av VAS-skalan samt dokumentationsrutiner belystes med två frågor. Slutligen efterfrågades huruvida de senaste årens förändringar (effektiviseringar) i vår-

den hade påverkat smärtvårdens innehåll eller kvalitet.

### Journalgranskning av fall med cancersmärta

Journalgranskning av patientfall med cancersmärtproblem utfördes i sådant antal att metoder och eventuella mönster i handläggningen kunde synliggöras. Journalgranskningsformulär utarbetades för att ge journalgenomgångarna enhetlig struktur [5, 6]. En detaljerad sammanställning baserad på medicinsk journal, omvårdnadsjournal och läkemedelslista gjordes för varje patientfall som uppfyllde revisionens kriterier av långvarig och/eller svårbehandlad tumörrelaterad smärta. På vardera kliniken genomlästes ett 40-tal journaler för patienter med cancerdiagnos vårdade under åren 1995–1996. Ur detta material har fem till tio patientfall per klinik selekterats som uppfyllde kriterierna. Norm för bedömning hämtades ur skriften »Behandling av tumörrelaterad smärta» [3].

### Anmärkningsvärd smärtproblematik

153 konsekutiva patienter med cancerdiagnos intervjuades. 68 män mellan 24 och 88 år och 85 kvinnor mellan 24 och 86 år. Patienternas hemvist inom kirurgiska basspecialiteter fördelades enligt Tabell I.

Av de 153 patienterna hade 93 ont (=60 procent). Hos dessa patienter varierade smärtintensiteten i medeltal mellan 6,6 och 2,4/10 i sin sämsta respektive bästa nivå på visuell analogskala. 52 av 153 patienter förnekade smärtupplevelse (=40 procent). 28 procent kände inte till namnet på sin patientansvarige läkare (PAL).

Av de 93 patienterna med smärta bedömdes cancerrelation föreligga hos 20 patienter, medan 28 patienter ansågs ha smärta med relation till behandling inklusive strålreaktion och postoperativa sequelae. Fyrtio patienter hade cancerassocierad smärta som postherpetisk neuralgi, uretrit, liggsår, obstipation etc. Fem patienter hade orelaterad smärta som lumbago, huvudvärk etc. Trettiosju av patienterna med smärta upplevde intermittenta genombrott. Tjugotvå av smärtpatienterna hade haft ont under väsentlig tid (veckor till månader) utan att specifikt verksam smärtbehandling eller värdering i smärtklinisk instans kommit till stånd.

Cirka 30 procent av smärtpatienterna var ordinerade lättare analgetika, inklusive kombinationspreparat med svaga opioider. Endast tre patienter stod på starka opioider trots väsentlig smärtnivå, och endast tio patienter angav VAS <3/10 med den behandling som gavs.

Tjugosju av smärtpatienterna hade andra besvärande symtom än smärta, såsom illamående, trängningar m m. Nio patienter hade helt obehandlade neurogena komponenter i sin smärtbild, och 18 patienter angav mycket signifikant smärtintensitet utan att vara tillfreds med sin behandling.

**Tabell I.** Patienternas hemvist inom olika kirurgiska basspecialiteter.

| Specialitet | Antal patienter |
|---|---|
| Öron-, näs- och halssjukdomar | 27 |
| Plastikkirurgi | 24 |
| Ortopedi | 11 |
| Urologi | 53 |
| Allmänkirurgi | 11 |
| Gynekologi | 27 |
| Summa | 153 |

Dessa patienter bedömdes därför ha anmärkningsvärd smärtproblematik, trots att detta sedan länge hade kunnat uppmärksammas och åtgärdas.

### Omotiverad restriktion vid morfindosering

Enkäten besvarades av 44 läkare (10–18 per klinik), 41 sjuksköterskor (12–16 per klinik) och 35 undersköterskor (8–16 per klinik). I gruppintervjuerna deltog tolv läkare (1–8 per klinik), 20 sjuksköterskor (6–7 per klinik) och 17 undersköterskor (5–7 per klinik). Dessutom intervjuades sjukgymnast och arbetsterapeut på två av klinikerna.

Vidareutbildning i smärta hade 10 av 41 läkare, 17 av 35 sjuksköterskor och ingen av undersköterskorna. Endast en läkare (med anestesiologisk bakgrund) och en sjuksköterska angav akademisk vidareutbildning, övriga hade en- eller tvådagsutbildningar såsom smärtombudsutbildning etc.

Smärta ansågs vara ett vanligt problemområde för patienterna på klinikerna. Samtliga enkätbesvarare och intervjugrupper framförde detta och påpekade att samtliga vårdavdelningar som reviderades ständigt hade en eller flera inneliggande cancerpatienter med smärta eller smärtproblem. Det intresse som revisionen väckte, de ansträngningar som gjordes att delta i intervjuer och att hjälpa till med revisionens praktiska sidor, tolkades av revisorerna som ytterligare tecken på smärtproblemens angelägenhet. Personalen gav vid intervjuerna spontant exempel på smärtbehandlingssituationer som ansågs problematiska; inom gynekologin patienter med avancerad tumörväxt i buken där smärta och illamående dominerar; inom urologin smärtsam skelettmetastasering hos prostatacancerpatienter.

Vid intervjuerna framfördes att alla personalkategorier engagerade sig i smärtbehandling och betonade hur viktig den är. De läkare som hade ansvar för avdelningar med cancerpatienter uttryckte större intresse och engagemang för cancerrelaterade smärtproblem än de läkare som huvudsakligen hade andra arbetsuppgifter. Sjuksköterskorna, som observerar inneliggande patienter under dygnets alla timmar, bekymrade sig för patienter som inte blev smärtfria på given behandling. Sjuksköterskorna vid samtliga kliniker ansåg att vissa läkare var kunnigare i smärtbehandling än andra. De ansåg sig ibland tvungna att föra en diskussion med ordinerande läkare om vad sjuksköterskan ansåg vara felaktiga ordinationer. Åsikten att en del läkare är omotiverat restriktiva med dosering av morfinsgruppens läkemedel framfördes även av sjuksköterskorna, detta i varierande grad vid sjuksköterskeintervjuerna vid alla tre reviderade kliniker.

### Olika uppfattning om ansvarsfördelningen

Huvudansvaret för smärtdiagnostik ansågs ligga hos läkarna, åsikten framfördes av alla personalkategorier, även om en del av sjuksköterskorna ansåg att de själva hade detta huvudansvar. Smärtanamnes och smärtanalys saknades dock genomgående i journaltexterna utom när de användes för diagnostik av sjukdomen (t ex buksmärtor vid misstänkt ileus).

Åsikterna om vem som har huvudansvar för upptäckt av smärta och smärtgenombrott var betydligt mera varierade. Sjuksköterskorna och en del läkare ansåg att sjuksköterskan på vårdavdelningen är huvudansvarig.

Undersköterskorna observerar, bedömer och rapporterar till sjuksköterskan. Många undersköterskor såg sig själva som delansvariga för smärtbehandlingen. Åsikten delades av sjuksköterskorna medan läkarna värderade undersköterskornas ansvar lägre.

Ingen av sjukgymnasterna tillskrev sig själv någon framträdande roll vid smärtanalys eller smärtbehandling. Revisorernas fråga baserades på erfarenheter från smärtspecialistenheter och palliativa vårdenheter, där sjukgymnasters och arbetsterapeuters insatser utnyttjas både för diagnostik och behandling av smärta.

Vid gruppintervjuerna framgick att begreppet ansvar ansågs »tänjbart», så att flera yrkesgrupper kunde dela på ett »huvudansvar» och all personal kände »ansvar» för att smärta noterades, rapporterades och åtgärdades.

### Underdosering och felaktigt analgetikaval

De intervjuade läkarna ansåg att de gjorde noggranna överväganden angå-

ende läkemedelsval och doseringar. Även sjuksköterskorna ansåg sig påverka terapivalet beträffande läkemedel och doseringar. I journalerna kunde ses något enstaka exempel på korrekt genomförd, individuell anpassning av läkemedel och doser. Exemplen på underdosering av analgetika var dock alltför vanliga, dvs patienten blev inte smärtfri eller fick ont igen inom ett par timmar efter given dos. För samtliga patienter utom en, med smärtproblem på grund av nociceptiv smärta, hade möjligheten att öka (opioid-)doseringen till smärtfrihet (VAS=≥3) försummats. Enstaka sjuksköterskor gav hälften av (generellt) ordinerad opioiddos, särskilt nattetid. Det fanns även många exempel på bristande systematik i läkemedelsvalen, dvs man bytte osystematiskt mellan opioid och NSAID, svag och stark opioid gavs samtidigt. Man bröt mot regeln att långvarig smärta skall behandlas förebyggande [7], genomgående för cancerpatienter efter operation. Underdosering och felaktigt analgetikaval noterades även för polikliniska patienter.

Vid både poliklinisk och inneliggande behandling av långvarig cancersmärta fann revisorerna exempel på att neurogena smärtkomponenter inte uppmärksammades [7, 9], trots att noteringar i omvårdnadsjournalen antydde att patienten hade tecken på sådan smärtkomponent (som senare kunde bekräftas via epikris från efterföljande vårdinstans).

Sjuksköterskornas, i intervjuerna, framförda åsikt om egna initiativ till remiss till sjukgymnast för TENS-behandling hade inte i något fall resulterat i sådan behandling. Läkarna ansåg att remiss/förfrågan till smärtspecialist utnyttjades så snart man inte kom till rätta med ett smärtbehandlingproblem. Trots detta fann revisorerna många exempel på försummad eller försenad konsultation av smärtspecialist.

Ordination av läkemedel för att förebygga obstipation saknades hos mer än hälften av de studerade patienterna. Förebyggande behandling av illamående saknades likaså, illamåendet behandlades »vid behov».

## Brister i handläggningen

Det är viktigt att cancersmärta inte betraktas som en entitet. Cancersjukdom kan medföra smärttillstånd av alla de typer som Socialstyrelsen har definierat i sin utredning om behandling av långvarig smärta [8]. I övrigt brukar man differentiera mellan tumörrelaterad, behandlingsrelaterad, associerad och orelaterad smärta.

Kartläggningen av smärtsituationen för 153 cancerpatienter inför kirurgiskt ingrepp visade att 60 procent hade smärta och att 20 procent av dessa bedömdes ha anmärkningsvärd smärtproblematik som borde ha uppmärksammats och åtgärdats. 40 procent hade genombrottssmärtor, intermittent, en smärttyp som är erkänt svårbehandlad [10] och därför bör diskuteras med smärtspecialist.

VAS-mätning av smärta är, i Sverige, specifikt för cancerrelaterad smärta, en fastställd kvalitetsindikator [3]. Smärta över 3/10 är ansedd som maximalt acceptabel nivå [3]. Mot denna bakgrund är smärtvariationen i materialet anmärkningsvärt underbehandlad i primäransvarig instans (6,6–2,4/10). Det är också anmärkningsvärt att endast 28 procent av patienterna kände till vem som var patientansvarig läkare.

Allmänt noterades att en oacceptabel smärtsituation förelåg hos mer än 20 procent av patienterna. Denna värdering grundas i det tillsynsarbete som en av författarna (SA) hjälper Socialstyrelsen med som vetenskapligt råd. Där föreligger accept för att betrakta en »onödig» smärta som en avvikelse – »incident». Iakttagande av rekommenderad kvalitetsstandard är därför en i högsta grad kritisk fråga [3].

Klinikrevisionen, som valde att studera en grupp patienter där journaldokumentationen visade svårigheter med smärtbehandlingen, gav en bild av cancerpatienter med smärtproblem inom akutsjukvården.

Revisionen hade som målsättning att påvisa tänkbara orsaker till att den studerade patientgruppen hade smärtproblem, inte att visa frekvensen cancerpatienter med smärtproblem vid respektive klinik. Uttalanden vid gruppintervjuerna och svaren på de skriftliga enkäterna har jämförts med de dokumenterade händelseförloppen i de studerade journalerna.

Patienternas problem med långvarig smärta visar brister i handläggningen, trots engagemang och ansträngningar från de flesta inblandade. Trots att läkarna, i enkäter och vid intervjuer, framför att de har ansvar för smärtanalys, finns ingen sådan redovisad i de medicinska journalerna utom när denna utgör grunden för aktuell sjukdomsdiagnos.

Vid enkätundersökningen 1992 [1] gjorde knappt 50 procent av läkarna smärtanalys, revisionen har inte kunnat påvisa någon förbättring. Underbehandlingen av cancerrelaterad smärta bekräftade ytterligare bristerna i smärtanalysen. Neurogena smärtkomponenter uppmärksammades inte. Inte heller i vår revision kunde en positiv förändring noteras trots aktuell dokumentation om sämre effekt av opioider mot neurogen smärta [9].

Kvalitetsrådets skrift »Behandling av tumörrelaterad smärta» ger tydliga anvisningar hur smärta skall analyseras och dokumenteras [2].

## Otillfredsställande lagarbete

Diskrepanserna i uppfattning mellan läkare och sjuksköterskor om ansvaret för smärtanalys och smärtgenombrott, liksom sjuksköterskornas uppfattning om brister i kunskaper hos läkarna i smärtbehandling, främjar sannolikt inte det nödvändiga lagarbetet kring patienter med smärtproblem. Sjuksköterskornas framförda åsikt att de flesta cancerpatienter behöver smärtbehandling med indivualiserade doser av analgetika gav i de genomgångna patientjournalerna inte underlag för slutsatsen att sådan anpassning hade skett.

De reviderade klinikernas handläggning av patienter med svåra smärtproblem visade sinsemellan mycket likartade brister. Den genomgående behandlingen av pågående, långvarig cancerrelaterad smärta hos inneliggande patienter med analgetikainjektioner »vid behov» visar att förebyggande smärtbehandling med individuellt titrerade opioiddoser ännu inte har trängt igenom i klinisk praxis vid de reviderade klinikerna [7].

Cancerpatienter med pågående smärta som opererades behandlades som vanliga postoperativa patienter med de opioiddoser (Ketogan eller morfin) som nämndes i klinikernas generella ordinationer och givna vid behov. Smärtbehandlingen för de patienter vars smärta fortsatte efter den postoperativa perioden visade liknande brister. Dvs den gavs vid behov och med inadekvata doser under alltför lång tid (veckor).

## Kunskapsbrister särskilt hos läkarna

Bristerna i smärtbehandlingen tyder på kunskapsbrister som för läkarna föreföll vara större än för sjuksköterskorna, som oftare hade skaffat sig vidareutbildning inom smärtbehandling. Utbudet av kurser i smärtbehandling är i dag större för sjuksköterskor än för läkare. Brister i grundutbildningen beträffande diagnostik och behandling av smärta har lagt grunden till läkarnas kunskapsluckor. Det är dessutom svårt att förklara den alltjämt starka genomslagskraften hos de gamla myterna om morfingruppens läkemedel, som kan vara en orsak till den genomgående bristande individuella anpassningen av opioiddoser, utan att spekulera om ett omedvetet(?) mentalt motstånd mot att tillägna sig de nya kunskaperna i smärtfysiologi och praktisk smärtbehandling med opioidläkemedel [4].

Tillkomsten av den nya medicinska specialiteten smärtlindring torde göra behovet av högsta medicinska nivå be-

träffande diagnostik och behandling av tumörrelaterad smärta uppenbar för alla. Liksom tillkomsten av »guidelines» som är angelägna för att underlätta den kliniska vardagen. Det bör även påpekas att beställarna av revi sionen gör konklusionen att dålig smärtvård faller tillbaka på dåligt ledarskap på klinikledningsnivå. Vi vill uppmana flera landsting att med hjälp av revisionsinstrumentet ta sitt ansvar för cancersmärtvårdens utveckling genom kvalitetssäkring.

*

Leg sjuksköterskan Gun Tengvar har genomfört patientintervjuerna.

## Referenser


1. Hylander J, Rawal N, Arnér S. Cancersmärta i livets slutskede. Fortfarande bristfällig smärtbehandling. Läkartidningen 1993; 90: 3755-61.
2. Arnér S, Lindström B, Muzikants S. Kvalitetssäkring av smärtvård vid livets slut. Ställ smärtdiagnos och utvärdera behandlingsresultatet! Läkartidningen 1995; 92: 1374-80.
3. Behandling av tumörrelaterad smärta. Svenska Läkaresällskapets och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd. Svensk Medicin nr 58. Spris förlag 1997.
4. Rane A. Morfin underanvänds vid cancersmärta? Opiofobi finns även i Sverige. Läkartidningen 1997; 94: 321-3.
5. Ehnfors M. Quality of care from a nursing perspective. Methodological considerations and development of a model for nursing documentation [dissertation]. Uppsala: Uppsala Universitet, 1993.
6. Björvell C. Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur, 1995.
7. Arnér S, Boivie J, Hedner T, Olsson G. Smärtbehandling. Läkemedelsboken 97/98 Stockholm: Apoteksbolaget, 1998: 723-50.
8. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen 1994. SoS-rapport 1994:4.
9. Arnér S, Meyerson BA. Opoids in neuropathic pain. Pain Digest 1993; 3: 15-22.
10. Portenoy R, Hagen N. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristiscs. Pain 1990; 41: 273-1.


## Summary

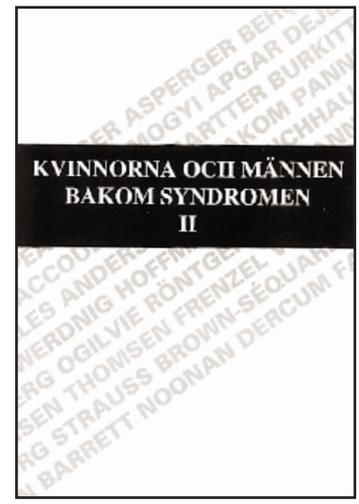

**Poor pain care attributable to poor leadership;**
**clinical audit of cancer-related pain treatment.**

Staffan Arnér, Elisabeth Killander, Helena Westerberg

*Läkartidningen 1999; 96 33-6*

A clinical audit of the treatment of cancer-related pain, ordered by Stockholm County Council and the Karolinska Institute, was performed at two Stockholm hospitals. Of 153 consecutive cancer patients interviewed while attending the preoperative out-patient clinic of the Dept. of Anaesthesiology at Karolinska Hospital, 93 (61%) reported pain varying in intensity from 2.4 to 6.6 on a 10-point visual analogue scale. The pain was cancer-related in 20 patients, treatment-related in 28 patients, and associated with disease in 40 patients (e g, postherpetic neuralgia, urethritis, decubital ulcer or constipation). Nine patients had unde-tected neuropathic pain components, and 18 patients reported both significant pain intensity and dissatisfaction with the treatment. The auditors found these patients to have persistent pain problems despite the availability of time and opportunity to resolve them. The audit included interviews with staff at three hospital departments, who filled in questionnaires, and scrutiny of the medical records of about 120 cancer patients, 5-10 records from each department being selected to illustrate the management of pain problems. Findings from the staff questionnaires and interviews were compared with the picture of pain management elicited from the patients' records. The hospital departments were all found to be characterised by similar problems: lack of pain analysis or diagnosis, failure to detect neuropathic pain components, and underdosing of opioid analgesics irrespective of pain intensity. The auditors' conclusions included a need of pain education, particularly for doctors as fewer doctors than nurses had attended pain courses.


*Correspondence:* Dr Helena Westerberg, Radiumhemmet, Karolinska sjukhuset, SE-171 76 Stockholm, Sweden.


## Ännu en syndrombok!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996.Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

---

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

.....

ADRESS.....

.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

.....

.....

Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm.

Telefax 08-20 76 19