

# En studie om smerte hos sykehjemspasienter i Norge

*Forekomsten av smerte øker med økende alder og smerte er et hyppig forekommende problem hos eldre.*



Karin Torvik, Sykepleier, PhD  
Forsker, Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge. Førsteamanuensis, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling for Helsefag  
karin.torvik@hint.no

**F**orekomsten av smerte er høy hos sykehjemspasienter (varierer fra 27 til 84 %), på grunn av blant annet forekomsten av flere sykdommer samtidig hos en og samme pasient og redusert funksjon (American Geriatrics Society, 2002)

Mer enn 80 % av sykehjemspasienter i Norge har nedsatt kognitiv funksjon (Engedal og Haugen 2009). Sykehjemspasienter med redusert kognitiv funksjon rapporterer mindre smerte enn de med god kognitiv funksjon, og de har også et lavere forbruk av smertelindrende medikamenter, spesielt smertestillende ved behov. (Nygaard og Jarland, 2005). Kartlegging og behandling av smerte hos pasienter som ikke verbalt kan gi uttrykk for smerte er en utfordring, og sykepleierne innehar en nøkkelposisjon i dette på grunn av at de er hos pasientene hele tiden.

Smerte er definert som "en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevskade, eller beskrevet som slik skade" (International Association for the Study of Pain (IASP) 2008).

Smerte er en universell, men også en personlig opplevelse. Universell i den forstand at de fleste har en eller gang opplevd smerte, men personlig i den forstand at det er bare den som opplever smerte som kjenner smertens karakter og intensitet. IASP påpeker også at smerte er et sammensatt fenomen som inneholder både en sensorisk komponent (sanslig) og en emosjonell komponent. I tillegg har den også en kognitiv komponent, personens evne til å forstå og tolke smerteopplevelsen. En person med lårhalsbrudd og redusert korttidshukommelse vil oppleve smerten ved mobilisering annerledes enn en person med intakt korttidshukommelse. IASP påpeker også at smerte er ikke avhengig av at personen kan rapportere sin smerte verbalt. Smerterapportering kan være både verbal og non verbal og det er helsepersonells ansvar å observere og tolke den eldre non verbale smerterapportering.

For å gi sykehjemspasienter i Norge mer optimal smertelindring ønsket å få en oversikt over forekomsten og behandling av smerte hos sykehjemspasienter i Norge. I tillegg ønsket vi å teste ut Doloplus-2, som er et observasjonsbasert smertekartleggingsskjema, i en gruppe pasienter uten språk.

## Design og metode

Studien er en tverrsnittsstudie (data samlet på et tidspunkt) og data ble innhentet ved hjelp

av pasientintervju (kvantitative data) og proxy data (helsepersonell svarer på vegne av pasientene som ikke er i stand til å selvrapportere).

Utvalget i studien er alle pasienter over 64 år fra syv tilfeldig trukket sykehjem i Midt Norge Helseregion, fordi de skulle være representativ for by/land i regionen. Pasientene ble delt i to grupper avhengig av kognitiv funksjon; selvrapporierende og ikke selvrapporierende.

## Datainnsamling

I den selvrapporterte gruppen fylte forsker ut spørreskjemaet i samarbeid med pasienten. Forsker leste spørsmålene og svarene og fylte inn pasientens svar. Proxy (den som kartla smerte hos ikke selvrapporierende pasienter) ble definert som primær-sykepleier, eller den sykepleieren som kjente pasienten best. Forsker lærte opp primær-sykepleieren før hun/han skåret pasienten og var tilgjengelig under data innsamlingen.

Smerte ble målt ved hjelp av en fire punkts verbal skala (VRS) for de pasientene som kunne selvrapportere smerte. Svaralternativene var "ingen smerte", "mild smerte", "moderat smerte" og "sterke smerter", eller "verst tenkelige smerte" (Closs mfl, 2004). Doloplus-2 ble brukt for å skåre smerte hos pasienter som ikke kunne selvrapportere smerte. Doloplus-2 er et observasjonsbasert smerteregistreringssk-

”

Dette var ikke tilfellet når de ble skåret ved hjelp av Doloplus-2.

jema som er beregnet på personer som ikke verbalt kan kommunisere smerte (Hølen m fl 2005).

## Resultat

### Utvalget

Totalt var det 307 inneliggende pasienter i de syv sykehjemmene i datainnsamlingsperioden og 214 pasienter (70 %) ville være med i studien. I studien Gjennomsnitt alderen på pasientene var 86 år og 70 % var kvinner.

### Smertor

Totalt 128 (60 %) pasienter var i stand til å selvrapporere smerte. ADL funksjonen var høyest hos de som kunne selvrapporere smerte og ca 80 % av pasientene hadde nedsatt kognitiv funksjon (Mini Mental State Examination under 24).

Femti fem prosent av de som kunne selvrapporere smerte opplevde smerte av ulik intensitet; 55 % mild smerte og 45 % rapporterte moderat og sterk smerte, det vil si smerte som påvirker pasientens funksjon. Hos ikke selvrapporerende, rapporterte sykepleierne ved hjelp av Doloplus-2, at 67.5 % av pasientene hadde smerte.

De aller fleste, (70–80 %) hadde en eller flere sykdommer som var forbundet med smerte. Hele 28 % av de selvrapporerende og 38 % av de proxy rapporterte pasientene fikk ingen faste smertelindrende medikamenter til tross for at de rapporterte eller ble estimert til å ha smerte.

Hos de selvrapporerende fant vi at jo høyere kognitiv funksjon jo mer smerte og høyere smerteintensitet ble rapportert av pasienten. De som fikk Opioider rapporterte mer smerte, noe som kunne indikere at de ikke fikk optimal smertelindring.

### Testing av Doloplus

I denne delen av studiet brukte vi 77 pasienter som ikke kunne selvrapporere smerte og som hadde sterkt nedsatt kognitiv funksjon. Smerte ble skåret ved hjelp av Doloplus-2 av pasientens primærsykepleier som hadde hatt ansvaret for pasienten i minimum 3 dager sammenhengende før skåringen. Primærsykepleier svarte på spørsmålet ”Tror du denne pasienten har smerte” (svaralternativene var; ”ja”, ”nei”, ”vet ikke”), før de skåret den samme pasienten ved hjelp av Doloplus-2. Flere pasienter ble bedømt av sykepleierne til å ha smerter når de brukte Doloplus-2 som skåringsverktøy (68 %) sammenlignet med klinisk skjønn (52 %). I 29 % av tilfellene var sykepleierne veldig usikre på om pasientene hadde smerte ved klinisk skjønn. Det var samsvar mellom klinisk bedømming og Doloplus-2 skåringene i de fleste tilfellene, men over 50 % av de som klinisk ble bedømt som ”vet ikke om pasienten har smerte” ble estimert til å ha smerte med Doloplus-2. Pasienter som fikk faste smertelindrende medikamenter ble oftere bedømt til å ha smerte ved klinisk bedømming, sammenlignet med pasienter som ikke fikk faste smertelindrende medikamenter. Dette var ikke tilfellet når de ble skåret ved hjelp av Doloplus-2.

## Studiens betydning for praksis

Smertebehandlingen er ikke optimal hos sykehjemspasienter i Norge og muligheten til å få smertelindring er avhengig av pasientens evne til å selvrapporere smerte og sykepleierens smertekartlegging. Det må bli økt fokus på smertekartlegging og smertelindring hos sykehjemspasientene, spesielt i forhold til pasienter med nedsatt kognitiv funksjon og de som ikke kan selvrapporere smerte.

Systematisk kartlegging av smerte ved

hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggings verktøy er et nyttig hjelpemiddel for å identifisere smerte hos pasienter uten språk. Det er imidlertid viktig at sykepleiere bruker sin kliniske erfaring og kjenner pasienten godt fordi ulik adferd kan ha ulik betydning hos den enkelte pasienten. Det er også viktig å huske på at smertekartleggings verktøy er utviklet for å måle smerteadfærd på gruppenivå. Pasienter med nedsatt kognitiv funksjon og som ikke har språk er ikke en homogen gruppe og de kan ha ulik måte å uttrykke smerte på (”smertesignatur”). ●

### Referanser

- American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(6 Suppl):S205–S224
- Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. (2004) A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage*. Mar;27(3):196-205.
- Engedal K og Haugen PK (2009). *Demens fakta og utfordringer. En lærebok*. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. (2005) The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med*. Jul;19(5):411-7.
- IASP (2008). *IASP definition of pain*. <http://www.iasp-pain.org>
- Nygaard, H. og Jarland M (2005). *Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?* *Int J Geriatr Psychiatry* Aug 20(8): 730-737.
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevoild Ø, Rustøen T (2009) *Pain in patients living in Norwegian nursing homes Palliat Med*. Jan;23(1):8-16. Epub 2008 Oct 24.
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevoild Ø, Saltvedt I, Hølen JC, Fayers P, Rustøen T (2010) *Validation of Doloplus-2 among nonverbal nursing home patients--an evaluation of Doloplus-2 in a clinical setting*. *BMC Geriatr*. Feb 20;10:9.