



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE

Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemme- baserte tjenester i Midt-Norge



Karin Torvik



Høgskolen i Nord-Trøndelag
Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 2/2013

Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemme- baserte tjenester i Midt-Norge

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 2/2013

Karin Torvik

Smertelindring til pasienter og brukere av sykehjem og hjemme- baserte tjenester i Midt-Norge

Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge
Høgskolen i Nord-Trøndelag

2013

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: colourbox.com

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.2/2013

Kvalitetssikret av:

Ingela Christina Enmarker, førsteamanuensis,
Høgskolen i Nord Trøndelag (intern)

May Karin Rognstad, førsteamanuensis, Høgskolen i
Oslo og Akershus (ekstern)

Satt med Georgia 10,5/14

ISBN: 978-82-93269-27-4

ISSN: 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Innledning: Smerte er en subjektiv opplevelse som ikke kan oppleves av andre enn personen selv. Forekomsten øker med alder og skrøpelighet. Personalets kunnskap, holdninger og ferdigheter har stor betydning for smertebehandlingen pasienten får. Eldre med nedsatt kognitiv funksjon rapporterer mindre smerte og får mindre potent smertelindrende medikamenter enn personer med god kognitiv funksjon.

Målet med denne studien er å bedre smertelindringen til eldre med ulik grad av kognitiv funksjon

Metode: Litteraturgjennomgang for å kartlegge best praksis for smertekartlegging av skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon, samt spørreskjema for å kartlegge kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem i Midt-Norge i forhold til smerte hos eldre. 10 kommuner i Midt-Norge ble inkludert i studien.

Resultat: Det ble identifisert to kartleggings skjemaer til bruk hos personer med nedsatt kognitiv funksjon som kan selvrapportere smerte. Førstevalg er nummerskala, med verbalskala som andrevalg. Bruk samme skala på samme person over tid. Best praksis for personer som ikke kan selvrapportere smerte er observasjonsbaserte smertekartleggings skjemaer.

Det ble anbefalt tre ulike skjemaer; Sjekkliste for nonverbal smerteindikatorer, for akutt smerte og Dolopius-2, MOBID-2 for langvarig smerte.

Totalt 404 (70 %) av helsearbeidere besvarte spørreskjemaet, de fleste var sykepleiere og vernepleiere. Hjelpemidler til å kartlegge smerte følte nyttig, men var lite i bruk. Respondentene skåret godt på egenrapportert kunnskap om behandling av de ulike smertetyperne. Pasientene etterspurte sjeldent eller av og til smertelindrende medikamenter og personalet opplevde at pasientene av og til eller ganske ofte var godt smertelindret. Respondentene rapporterte at de hadde lite opplæring i bruk av arbeidsredskaper i smertebehandling, og de fleste hadde ikke årlig oppdatering av sine kunnskaper. Fysioterapi var sjelden eller av og til i bruk, men andre ikke medikamentelle smertelindrende behandlingsmetoder ble sjelden eller aldri brukt.

Konklusjon: Smerte er en subjektiv opplevelse som ikke kan etterprøves. Gullstandarden er selv rapportering og skal alltid være førstevalg. Hvis pasienten skal selvrapportere smerte skal NRS være førstevalg, med VRS som andrevalg. Observasjonsbasert kartleggingsskjema skal bare brukes hvis pasienten ikke har språk og skal alltid vurderes i henhold til kliniske observasjoner og tegn. Helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem synes smertekartleggingsverktøy er nyttig, men bruker de ikke. Fokus på smerte og opplæringen omkring smertebehandlingen er mangelfull. Ikke medikamentell smertebehandling er lite utbredt. Smertepumpe er lite brukt i avdelingene. Ikke – medikamentell smertelindrende metoder er også lite brukt til tross for at dette er tiltak som sykepleiere kan initiere selv uten forordning fra lege.

FORORD

Rapporten inneholder en studie som hadde som mål å bedre smertelindringen til eldre personer med ulik kognitiv funksjon i hjemmebasert omsorg og sykehjem.

Følgende problemstillinger er belyst

1. Best praksis for smertekartlegging av eldre med ulik grad av kognitiv funksjon som kan selv rapportere smerte
2. Best praksis for smertekartlegging av eldre med sterkt nedsatt kognitiv funksjon som ikke kan selv rapportere smerte
3. Kartlegge kunnskap, ferdigheter og holdninger angående smerte og smertelindring til eldre personer hos helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem i Midt-Norge.

Studiet var todelt der første del var en litteraturnomgang for å kartlegge best praksis for smertekartlegging av skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon. Andre del var en tverrsnittsstudie der ansatte i hjemmebasert omsorg og sykehjem besvarte et spørreskjema, for å kartlegge deres kunnskaper, ferdigheter og holdninger til smertelindring av eldre.

Evalueringen er finansiert av Sof Midt-Norge.

Steinkjer, mars 2012

Karin Torvik
Forsker PhD
Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge

INNHold

SAMMENDRAG V

FORORD VII

1 INNLEDNING 3

Mål 7

2 METODE 9

Litteraturgjennomgangen 9

Tverrsnittsstudien 10

Etiske konsekvenser 11

Statistikk 12

3 RESULTAT OG DISKUSJON AV LITTERATUR-
STUDIET 13

3.1 Resultat 13

3.2 Diskusjon 14

4 TVERRSNITTSSTUDIET 19

4.1 Resultat 19

5 DISKUSJON 27

6 KONKLUSJON 35

7 LITTERATUR 37

1 INNLEDNING

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 flere ganger 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. IASP hevder også at smerte ikke er 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.

Studie fra Nord-Trøndelag viste at 80 % av alle norske sykehjemspasienter har en demenssykdom (Bergh S mfl. 2012). Demenssykdommer kan føre til redusert kognitiv funksjon, som kan gi seg uttrykk i blant annet redusert hukommelse og språkfunksjon (Engedal og Haugen 2009). Mini Mental Status Examination (MMSE) brukes ofte til å teste personers kognitive funksjon i forhold til demenssykdommer. MMSE skår ≤ 10 betegnes som alvorlig grad av demens

og disse pasientene kan ha problemer med å gi uttrykk for smerte. Studier viser imidlertid at enkelte personer med alvorlig demenssykdom kan selvrappportere smerte (Closs mfl 2004, Herr 2005, Torvik mfl 2009).

Det er gjort flere studier på smerteprevalens der en har inkludert ulike populasjoner – fra den generelle befolkning (Jensen mfl. 2003, Rustøen mfl. 2004, Andersson mfl. 2009) til pasienter i kommunehelsetjenesten og sykehjem (Hofseth og Norvoll 2003, Nygaard og Jarland 2005, Sørbye 2009, Torvik mfl. 2009). Forekomsten av smerte i den generelle befolkningen i Norge er ca 25 %, og øker til 33 % hos eldre over 60 år (Rustøen mfl. 2004). Smerte øker med økende alder og skrøpeligheit. Smerteforekomsten blant sykehjemspasienter og brukere av hjemmetjenester i Norge er ca 50 % (Hofseth og Norvoll 2003, Nygaard og Jarland 2005, Sørbye 2009, Torvik mfl. 2009) blant eldre som kan selvrappportere smerte. Hos eldre uten språk som ikke kan selvrappportere smerte er forekomsten estimert til å være ca 68 % (Torvik mfl. 2009).

Forskning viser også at eldre med nedsatt kognitiv funksjon får mindre potent smertelindrende medikament og rapporterer sjeldnere smerte og lavere smerteintensitet enn eldre med god kognitiv funksjon (Torvik mfl. 2009). Dette kan delvis skyldes mangelfull smertekartlegging. Det finnes flere barrierer for god smertelindring hos pasienten selv, helsepersonell og som rammefaktorer. Hos personen selv kan det for eksempel være fysiologiske aldersforandringer, redusert kognitiv funksjon, redsel for bivirkninger og at den gamle tror at smerte er noe som hører alderdommen til. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell kan også være barrierer for optimal smertelindring til gamle mennesker. Rammefaktorer som hindrer god smertelindring til eldre kan være lav bemanning med for lite kompetanse og lite fokus på smerte.

Studier viser også at sykepleiere og leger føler usikkerhet i forhold til å bruke kartleggingsverktøy. Videre har de problemer med å skille mellom uttrykk

for smerte og andre problemer som delirium og demens og gi smertelindrende medikamenter til eldre med nedsatt kognitiv funksjon (Horgas og Tsai 1998, Mezinskis mfl 2004, Kaasalainen 2007). Skauge (1998) viste i sin studie at leger og sykepleiere synes smertekartleggingsverktøy er nyttig, men bruker de i liten grad. Skuge påpeker at det er viktig med gode rutiner og opplæring av nye medarbeidere i forhold til smertekartlegging og smertebehandling. I en studie av Clark og medarbeidere (2006) fant man at kunnskapen øker med undervisning, men at holdninger og praksis endres ikke i like stor grad. Katsma mfl (2000) fant at sykepleiere relaterte grimasering som et uttrykk for smerte hos pasienter uten språk i motsetning til smilende ansikt. De fant også at eldre sykepleiere med mer erfaring trodde sjeldnere på pasientens selvrappotering og dokumenterte smerte rapporteringen i mindre grad enn yngre sykepleiere med kortere erfaring.

Smertekartlegging danner grunnlaget for en god smertelindring og er en selvstendig sykepleiefunksjon. Det er ingen retningslinjer for smertekartlegging av eldre i Norge, men det finnes amerikanske retningslinjer i samarbeid med IASP og engelsk retningslinjer (Hadjistravropoulos mfl 2007, British Pain Society and British Geriatrics Society 2007). Den Norske Legeforening utga i 2009 norske retningslinjer for smertelindring (Den norske legeforening 2009). Disse retningslinjene omfatter i liten grad eldre personer og omhandler i vesentlig grad medikamentell smertelindringsmetoder. Den Amerikanske Geriatrike foreninger har utgitt mer omfattende retningslinjer for både akutt og kronisk smerte som omhandler både medikamentell og ikke medikamentell retningslinjer (American Geriatrics Society Panel on chronic pain in older persons 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons 2002).

Det er ulike måter å kartlegge smerter på hos eldre, men gullstandarden er selvrappotering. Hvis pasienten ikke er i stand til å selvrappotere smerte kan et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy

være nyttig. Det finnes to observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som er oversatt til norsk; Doloplus-2 som er et fransk skjema som kartlegger kroniske smerter og Sjekkliste for Nonverbale Smerteindikatorer som kartlegger akutte smerter (Lefebvre-Chapiro 2001, Feldt 2000). I tillegg har Bettina Husebø og medarbeidere (2007) konstruert et nytt smertekartleggings-skjema basert på observasjoner – Mobid-2. Det er viktig at observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy bare brukes til pasienter som ikke er i stand til å selvrappportere smerte og kun som et supplement til klinisk vurdering. Smerte er en subjektiv opplevelse som ikke kan etterprøves og den enkelte person kan ha ulike «smertesignaturer».

I 2012 gjennomførte Rognstad og medarbeidere en studie på kirurgiske avdelinger i Norge, der de kartla kunnskap, ferdigheter og holdninger hos leger og sykepleiere angående postoperativ smerte. De fant at 31 % av leger og sykepleiere rapporterte at de hadde bare basis kunnskap eller liten kunnskap omkring postoperativ smertebehandling. I alt 81 % rapporterte at de hadde liten kunnskap om nevropatisk smerte. Forskerne konkluderte med at helsepersonell på kirurgiske avdelinger trengte mer kunnskap. I tillegg ønsket de økt fokus på smertebehandling på disse avdelingene.

Det kan synes som om helsepersonell mangler kunnskap om smerte, smertekartlegging og smertebehandling hos eldre. Det er gjort noen få studier der en har kartlagt forekomsten av smerte blant sykehjemspasienter og brukere av hjemmetjenester i Norge. Det er imidlertid ikke gjennomført noen studier der en har kartlagt kunnskap, ferdigheter og holdninger blant helsepersonell som jobber i sykehjem og hjemmebaserte tjenester angående smerte og smertebehandling. Da dette kan ha stor betydning for den smertebehandlingen som gis finner jeg det nødvendig å gjennomføre en studie der jeg ønsker å kartlegge dette. For å få avgrenset studien ønsker jeg å se på kunnskaper, ferdigheter og holdninger angående smerte og smertelindring til eldre personer over 64

år. De fleste beboerne på sykehjem og brukerne av hjemmebaserte tjenester er eldre enn 64 år, som også er i henhold til Verdens Helseorganisasjons definisjon av eldre på verdensbasis (WHO 1999).

I tillegg ønskes det å gjennomføre en litteraturstudie der best praksis for smertekartlegging av skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon kartlegges. Resultatet fra litteraturstudien vil bli brukt til å lage et spørreskjema, som vil bli brukt i kartleggingsdelen av studiet.

MÅL

Bedre smertelindringen til eldre personer med ulik grad av kognitiv funksjon.

Følgende problemstillinger vil bli belyst:

1. Best praksis for smertekartlegging av eldre med ulik grad av kognitiv funksjon som kan selv rapportere smerte
2. Best praksis for smertekartlegging av eldre med sterkt nedsatt kognitiv funksjon som ikke kan selv rapportere smerte
3. Kartlegge kunnskap, ferdigheter og holdninger angående smerte og smertelindring til eldre personer, hos helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem i Midt-Norge.

2 METODE

Studiet var todelt der første del var en litteraturgjennomgang for å kartlegge best praksis for smertekartlegging av skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon. Andre del var en tverrsnittsstudie der ansatte i hjemmebasert omsorg og sykehjem besvarte et spørreskjema, for å kartlegge deres egenvurderte kunnskaper, ferdigheter og holdninger til smertelindring av eldre.

LITTERATURGJENNOMGANGEN

Søket ble gjennomført i Medline og Cinal. Det ble brukt ulike søkeord og kombinasjoner for å finne best praksis for smertekartlegging av eldre personer. I tillegg ble det brukt håndسøk, ved at artikler ble funnet ved hjelp av referanselister på artikler. Inkluderingskriteriene for observasjonsbaserte kartleggingsskjemaer var at de var testet ut på norske eldre. Skjemaene skulle i tillegg være oversatt til norsk språk.

TVERRSNITTSSTUDIEN

SPØRRESKJEMAET

Spørreskjema ble brukt for å kartlegge kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem i Midt-Norge. Skjemaet bygger på spørreskjema som var brukt ved tidligere studier (Skauge mfl 1998, Rognstad mfl 2012).

Spørreskjemaet besto av tre deler; bakgrunnsopplysninger til informantene, kunnskap og holdninger om smertelindring hos eldre og hvordan avdelingen behandlet smerte hos de eldre.

På bakgrunnsinformasjon ble utdanning og spesialutdanning, arbeidssted, fylke og kommune registrert. I tillegg ble det kartlagt hvor mange år vedkommende hadde jobbet med eldre. Respondentene svarte også på hvilke type hjelpemidler avdelingen brukte for å kartlegge smerte og hvilken nytteverdi en så at de enkelte kartleggingsverktøyene hadde. Det ble også kartlagt om respondenten opplevde at pasientene etterspurte smertestillende medikamenter og om de mente at pasientene med smerte oppnådde tilfredsstillende smertelindring på avdelingen. Respondentene svarte også på hvordan avgjørelsen angående smertelindring ble tatt.

Videre ble egenvurdert kompetanse av behandling av nosiseptiv smerte, bensmerte, nevrogen smerte og total smerteopplevelse kartlagt. Til slutt svarte respondente på noen spørsmål angående gjennomføringen av smertebehandlingen på avdelingen og den praktiske gjennomføringen av medikamentell og ikke medikamentelle smertebehandlingen på avdelingen.

INKLUDERING OG UTVELGING AV KOMMUNER

For å sikre representativiteten ble «forskningskommunene» til Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge inkludert. Dette utvalget er representativt i forhold til kommunistørrelse. Alle ansatte med ansvar for medikamenter fra 10 kommuner i Midt-Norge ble inkludert i studiet. Det ble inkludert 3 små kommuner, 4 middels store kommuner og 3 store kommuner i Midt-Norge.

Det ble inkludert ansatte fra både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Inkluderingen ble gjennomført i nært samarbeid med kontaktpersonen til Senter for Omsorgsforskning, Midt-Norge i de respektive kommuner.

INKLUDERINGSPROSEDYRER

Senter for Omsorgsforskning Midt-Norges kontaktperson i de respektive «forskningskommuner» informerer kommunen og ansatte om studien og innhentet tillatelse fra ledelsen i kommunene i samarbeid med prosjektleder.

Ansatte ble informert muntlig om studien og at all deltakelse i studien er frivillig. Spørreskjemaene ble besvart anonymt og det skal ikke på noe tidspunkt være mulig å gjenkjenne enkelte respondenter.

ETISKE KONSEKVENSER

Målet med studien er å kartlegge egenvurdert kunnskap, ferdigheter og holdninger angående smerte og smertelindring til eldre blant ansatte i sykehjem og hjemmebaserte tjenester i Midt-Norge. Data ble behandlet på gruppenivå og det var ikke på noe tidspunkt mulig å identifisere enkelte avdelinger eller ansatte.

Ansatte ble muntlig og skriftlig informert om studien. Det ble spesielt lagt vekt på at det var frivillig å delta i studien, og man regnet det som frivillig samtykke når de valgte å fylle ut og levere spørreskjemaet til prosjektleder. Spørreskjemaet ble fylt ut anonymt og oppbevart i lukket konvolutt på avdelingen til de ble levert samlet til prosjektleder.

Det ble søkt om tillatelse fra datatilsynet for registrering og oppbevaring av spørreskjemadataene.

Data fra spørreskjemaundersøkelsen ble oppbevart på frittstående PC og papirkopien ble oppbevart innelåst. Dataene vil bli oppbevart i 5 år i henhold til Norske forskrifter for dataoppbevaring i forskning (REK 2013).

STATISTIKK

Data ble lagt inn og behandlet i statistikkprogrammet SPSS, versjon 19.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). I denne rapporten er kun brukt deskriptiv statistikk, det vil si at all data presenteres i absolutte tall og procenter.

3 RESULTAT OG DISKUSJON AV LITTERATURSTUDIET

3.1 RESULTAT

	Smertekartleggingsverktøy	
Selvrappotering	Nummerskala (NRS) Verbal skala (VRS)	Closs mfl 2004, Herr 2005
Observasjonsbasert smertekartlegging	Sjekkliste for Nonverbale smerteindikatorer (CNPI)	Nygaard og Jarland 2006 Hadjistavropoulos mfl 2007
	Doloplus-2	Lefebvre-Chapiro S 2001, Hølen mfl 2005, Hadjistavropoulos mfl 2007, Hølen mfl 2007, Torvik mfl 2010
	MOBID-2	Husebø mfl 2007, Husebø mfl 2010

Tabell 1

Smertekartleggingsverktøy for eldre med ulik grad av kognitiv funksjon

Tabell 1 viser at nummerskalaer og verbalskalaer blir anbefalt til eldre personer som kan selv rapportere smerte. Når det gjelder observasjonsbaserte kartleggings-skjemaer er det tre ulike skjemaer som er på norsk og testet ut på eldre i Norge; Sjekkliste for Nonverbale smerteindikatorer (CNPI), Doloplus-2 og MOBID-2 (tabell 1).

3.2 DISKUSJON

SELVRAPPORTERING

Fordi smerte er en subjektiv og sammensatt opplevelse er selvrapporing den eneste smertemålingsmetoden (IASP, 1998). Alle andre metoder gir kun et estimat og det er ikke mulig å overprøve personers subjektive smerteopplevelse. Studier viser også at kognitiv funksjon ikke er entydig når det gjelder evne til å selvrapporere smerte (Herr mfl 2011). Det er derfor viktig å prøve selvrapporing på alle personer, uavhengig av personens kognitive funksjon (Closs mfl 2004, Hadjistavropoulos mfl 2007, Herr mfl 2011). Smerteintensitet er det mest brukte smertemålet og studier viser at eldre med mild og moderat nedsatt funksjon kan selvrapporere smerte ved hjelp av en nummerskala (NRS) og verbal skala (VRS) (Closs mfl 2004, Herr 2005). Begge skalaene er lettere å bruke for eldre med nedsatt kognitiv funksjon hvis de er vertikale (smertetermometer), men begge forutsetter abstrakt tenkning (Herr 2005). Closs mfl (2004) viste i sin studie at noen flere greier å selvrapporere smerte ved hjelp av NRS og VRS hvis en repeterer forsøkene. I sin studie viste også Closs mfl (2004) at personer med alvorlig kognitiv svikt (Mini Mental State examination (MMSE) skår under 10) kan selvrapporere smerte. I denne gruppen var det imidlertid flere som kunne selvrapporere ved hjelp av VRS sammenlignet med NRS. Median MMSE skår på personene som ikke kunne selvrapporere ved hjelp av VRS var 2.3 (SD3.6) versus NRS 4.9 (SD 6.3). NRS gir imidlertid bedre gradert informasjon enn VRS. Det anbefales derfor at NRS er førstevalget for personer som kan selv rapportere smerte. Dersom personen ikke kan selv rapportere ved hjelp av NRS, er VRS et godt alternativ. Det er også viktig at en bruker samme kartleggingsverktøy over tid til samme person for å kunne sammenligne de ulike kartleggingene (Closs mfl 2004, Hadjistavropoulos mfl 2007).

OBSERVASJONSBASERT SMERTEKARTLEGGING

Ved tiltakende kognitiv funksjonssvikt avtar pasientens evne til å selvrapportere smerte. Hvis personen ikke er i stand til å selvrapportere må en bruke et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy. Det er mange verktøy å velge mellom og de ulike verktøyene har sine styrker og svakheter. De fleste verktøyene baserer seg på smerteobservasjonene som er identifisert av American Geriatrics Society (AGS) (Hadjistavropoulos mfl 2007). I følge AGS er de viktigste adferdsobservasjonene som kan indikere smerte hos personer som ikke kan selv rapportere smerte; observasjoner av forandring i ansiktsuttrykk, verbalisering, vokalisering, kroppsbevegelser, forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status.

Det ble identifisert tre ulike observasjonsbaserte smertekartleggingsverktøy som er på norsk og validert i ulike grupper eldre i Norge.

Sjekkliste for Nonverbale smerteindikatorer

Sjekkliste for Nonverbale smerteindikatorer (CNPI) er oversatt av Nygaard og Engedal og prøvd ut i et utvalg med 46 sykehjemspasienter i Norge (Nygaard og Jarland 2006). Test – retest mellom ulike profesjonsgrupper var moderat (Spearman's korrelasjon $0.4 < \kappa \leq 0.6$) eller god (Spearman's korrelasjon $0.6 < \kappa \leq 0.8$). De ansatte rapporterte at instrumentet var enkelt å bruke og raskt å fylle ut. CNPI ble utviklet til å kartlegge postoperative smerter til pasienter som ikke kan selvrapportere smerte etter lårhalsbrudd (Feldt 1998). Det mangler derfor kartlegging i forhold til forandring i mellommenneskelig samhandling, forandring i aktivitetsmønster og rutiner og forandring i mental status. CNPI kartlegger kun om smerte er til stede eller ikke og smerte kartlegges i ro og under mobilisering.

Doloplus-2

Doloplus-2 er et smertekartleggingsverktøy som er oversatt av Hølen og kollegaer og har vært testet i 3 norske studier med utvalg fra sykehjemspasienter (Hølen mfl 2005, Hølen mfl 2007, Torvik mfl 2010). Studien fra 2005 viste tilfredsstillende validitet når en sammenlignet Doloplus-2 med ekspertskår. Studie 2 (2007) viste lavere validitet med samme design. Studien fra 2010 viste en signifikant økning i forekomsten av smerte når en brukte Doloplus-2 (67.5 %) sammenlignet med subjektiv evaluering (52 %) (samme sykepleier skåret begge gangene). Verktøyet er utviklet for å måle smerte hos pasienter som ikke kan selvrappportere smerte og kartlegger alle forhold som er anbefalt av AGS (Lefebvre-Chapiro S, 2001). Doloplus-2 kartlegger kun om smerte er til stede eller ikke.

MOBID-2

MOBID-2 er et kartleggingsverktøy som er utviklet av norske forskere (Husebo mfl 2007). Instrumentet er validert i to ulike studier og viser høy reliabilitet og validitet (Husebø mfl 2007, Husebø mfl 2010). Helsepersonell kartlegger smerte under systematiske øvelser/mobilisering med pasienten. Smerteadferden kartlegges i forhold til ansiktsuttrykk, verbalisering, vokalisering og kroppsbevegelser. I tillegg kartlegges smerteintensitet under de ulike bevegelsene og lokalisasjon.

Systematisk kartlegging av smerte ved hjelp av observasjonsbaserte smertekartleggings verktøy er nyttig for å identifisere smerte hos pasienter uten språk. Det er imidlertid viktig å huske at smerteobservasjon er kun et estimat på personens smerte. I tillegg må smerte kartlegges både i hvile og under mobilisering (Torvik mfl 2010). Det er også viktig at helsepersonell bruker sin kliniske erfaring og kjenner pasienten godt fordi ulik adferd kan ha ulik betydning hos den enkelte pasienten. Smertekartleggings verktøy er testet ut ved å måle smerteadferd på gruppenivå, men pasienter uten

språk er ikke en homogen gruppe og pasientene kan ha ulik måte å uttrykke smerte på («smertesignatur») (Torvik mfl 2010).

Det vil ikke komme anbefalinger på hvilket observasjonsbasert verktøy som er best å bruke i klinikken. CNPI er utviklet til å kartlegge postoperative smerter hos personer uten språk og det anbefales at dette tas i bruk ved postoperative avdelinger. Når det gjelder Dololus-2 versus MOBID-2 er det avhengig av personen som skal kartlegges. Enkelte rapporterer at det kan være vanskelig å få til et samarbeid med personen i forhold til å gjennomføre systematiske øvelser / mobilisering. Hvis dette er tilfelle kan kanskje Doloplus-2 være nyttig fordi observasjon kan gjøres i naturlige situasjoner som for eksempel stell og mobilisering. MOBID-2 vil imidlertid gi bedre informasjon om muskel – og skjelettsmerter på grunn av systematiske øvelser/mobilisering. Dette forutsetter imidlertid at pasienten skjønner til en viss grad hva som foregår og ikke blir redd og urolig når en prøver å løfte på pasientens armer og ben. En av observasjonene er på avverging, det vil si om pasienten for eksempel trekker til seg armen når en prøver å strekke ut armene til vedkommende. Hvis pasienten gjør dette kan det være et tegn på at pasienten føler smerte, men det kan også være tegn på at pasienten ikke skjønner hva som foregår. Doloplus-2 kan også være problematisk fordi adferden kan ha flere mulige årsaker, for eksempel kan pasienten ved stell eller undersøkelse trekke til seg hånden når en prøver å vaske den. Dette kan være et tegn på at pasienten opplever dette som smertefullt eller et tegn på at pasienten blir usikker og redd fordi vedkommende ikke skjønner hva pleieren skal gjøre.

4 TVERRSNITTSSTUDIET

4.1 RESULTAT

BAKGRUNNSDATA OM INFORMANTENE

Totalt 404 helsearbeidere besvarte spørreskjemaet; 277 (68.6 %) fra sykehjem, 121 (30.0 %) i hjemmesykepleien og 6 (1.5 %) som jobbet både i sykehjem og i hjemmesykepleien. Informantene hadde jobbet med eldre i gjennomsnitt 15 år (SD + 9.5, median 14 år), med en variasjon fra 1 til 45 år. Svarprosenten var 70 % på de avdelingene som oppga svarprosent.

De fleste som deltok var sykepleiere (62.4 %) og i underkant av 1/3 av informantene var hjelpepleiere (tabell 2).

Tabell 2 Informantenes profesjon. N = 405

Profesjon	n	(%)
Lege	8	(2.0)
Sykepleier	252	(62.4)
Vernepleier	11	(2.7)
Hjelpepleier	123	(30.4)
Annet	10	(2.5)
Totalt	404	(100)

I de fleste kommuner deler hjelpepleiere med medisinkurs ut faste medisiner, men ikke eventuelt medisiner uten å konferere med lege, sykepleier eller vernepleier.

Av informantene var det 24.9 % som hadde en eller annen form for videreutdanning; 7.2 % innen geriatri, 2 % inne kreft og 15,1 % innen ulike andre spesialiteter, de fleste innenfor ledelse, men også noen få innenfor smertebehandling (data ikke vist). De fleste leger var spesialister eller under spesialisering (data ikke vist).

Tabell 3 Bruk av hjelpemidler for å kartlegge smerte. N = 404.

Hjelpemidler	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til n (%)	Ganske ofte n (%)	Svært ofte n (%)	Ikke svart n (%)
<i>Verbal skala / Nummer skala</i>	188 (46.5)	61 (15.1)	61 (15.1)	44 (10.9)	12 (3.0)	38 (9.4)
<i>Observasjonsbasert skala</i>	254 (62.4)	59 (14.6)	27 (6.7)	14 (3.5)	8 (2.0)	44 (10.9)
<i>Standardiserte spørsmål</i>	123 (30.4)	45 (11.1)	62 (15.3)	87 (21.5)	55 (13.6)	32 (7.9)

Ca. 65 % av helsepersonalet brukte standardiserte spørsmål til å kartlegge smerteintensitet (tabell 3). Ca 1/3 bruker standardiserte spørsmål ganske eller svært ofte. Verbal skala og / eller nummerskala ble brukt av færre enn 50 % av de ansatte. Tretti prosent av de ansatte svarte at de brukte verbal skala eller nummer skala sjelden eller av og til. Observasjonsbaserte skalaer ble lite brukt (tabell 3). Flere enn 75 % av de ansatte svarer at de aldri eller sjelden bruker observasjonsbaserte skjema til å kartlegge pasientens smerte (tabell 3).

Tabell 4 Nytteverdi av hjelpemidler for å kartlegge smerteintensitet. N=404.

Hjelpemidler	Meget stor n (%)	Stor n (%)	Mindre n (%)	Liten n (%)	Ingen n (%)	Ikke svart n (%)
Verbal skala	46 (11.4)	147 (36.2)	63 (15.6)	28 (6.9)	21 (5.2)	99 (24.5)
Nummerskala	45 (11.1)	139 (34.4)	57 (14.1)	35 (8.7)	25 (6.2)	103 (25.5)
Observasjonsbasert skala	37 (9.2)	119 (29.5)	54 (13.4)	27 (6.7)	28 (6.9)	139 (34.2)

Hjelpemidler	Meget stor n (%)	Stor n (%)	Mindre n (%)	Liten n (%)	Ingen n (%)	Ikke svart n (%)
Standardiserte spørsmål	46 (11.4)	141 (34.9)	48 (11.9)	18 (4.5)	17 (4.2)	134 (33.4)
Kartlegging i ro	45 (11.1)	131 (32.4)	55 (13.6)	13 (3.2)	23 (5.7)	137 (33.9)
Kartlegging under mobilisering	50 (12.4)	155 (38.4)	51 (12.6)	20 (5.0)	22 (5.4)	106 (26.2)

Tabell 4 (forts.)

Omtrent halvparten av respondentene svarte at de har meget stor eller stor nytte av å bruke en verbalskala, kun et fåtall svarte at de ikke har nytte av dette verktøyet. Det samme gjelder nummerskalaer og standardiserte spørsmål (tabell 4). I underkant av 40 % av respondentene hevdet at de hadde meget stor eller stor nytte av observasjonsbaserte verktøy, men også når det gjelder dette verktøyet er det få som svarte at de har ingen nytte. Det er flere som svarte at de hadde meget stor og stor nytteverdi av kartlegging under mobilisering (51 %) enn i ro, (45 %). Det er imidlertid få respondenter som svarte at de hadde ingen eller liten nytte av å kartlegge pasienten i ro og under mobilisering (tabell 4).

Tabell 5 Holdninger og vurderinger. N=404.

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til n (%)	Ganske ofte n (%)	Svært ofte n (%)	Ikke svart n (%)
Pasientene etterspør stadig smertestillende medikamenter	4 (1.0)	101 (25.0)	225 (55.7)	58 (14.4)	13 (3.2)	3 (0.7)
Pasientene oppnår tilfredsstillende smertelindring	0	4 (1.0)	68 (16.8)	255 (63.1)	71 (17.6)	6 (1.5)
Diskusjon mellom lege og sykepleier	0	79 (19.6)	158 (38.1)	91 (22.5)	55 (13.6)	21 (5.2)
Pasientene kan bli avhengig av opioider	80 (19.8)	164 (40.6)	108 (26.7)	31 (7.7)	12 (3.0)	9 (2.2)
Ønsker å vurdere pasientens smerte for bedre behandling	0	5 (1.2)	36 (8.9)	136 (33.7)	219 (54.2)	8 (2.0)

Tabell 5 viser at de fleste opplevde at pasientene sjelden/av og til etterspurte smertestillende medikamenter og at pasienter på avdelingen oppnådde tilfredsstillende smertelindring av og til / ganske ofte (tabell 5). Det var av og til en diskusjon mellom sykepleier og lege angående valg av smertelindring ved avdelingen. Over halvparten av respondentene trodde aldri/sjelden at pasientene som får opioider kan bli avhengig av medikamentene, men 10 % av respondentene trodde at pasientene ofte /svært ofte kan bli avhengige av opioider (tabell 5). De fleste var interessert i å vurdere pasientenes smerte for å behandle den bedre (tabell 5).

Tabell 6 Kompetanse i behandling. N = 404.

Smertetyper	Svært bra n (%)	Ganske bra n (%)	Bra n (%)	Ganske dårlig n (%)	Svært dårlig n (%)	Ikke svart n (%)
Vevsskade / operasjon	23 (5.7)	145 (35.9)	149 (36.9)	65 (16.1)	7 (1.7)	15 (3.7)
Bensmerter / leddsmerter	26 (6.4)	167 (41.3)	154 (38.2)	36 (8.9)	4 (1.0)	17 (4.2)
Nevrogene smerter	16 (4.0)	114 (28.2)	158 (39.1)	94 (23.3)	9 (2.2)	13 (3.2)
Pasientens totale smerteopplevelse	24 (5.9)	184 (45.5)	158 (39.1)	23 (5.7)	4 (1.0)	11 (2.7)

Tabell 6 viser selvrappporter kompetanse når det gjelder behandling av de ulike smertetyper. Respondentene rapporterte dårligst kompetanse på nevrogen smerte, 1/4 rapporterte at de var ganske eller svært dårlig på behandling av denne smertetyper. Få respondenter rapporterte dårlig /svært dårlig kompetanse når det gjelder behandling av smerte etter vevsskade / operasjon, bensmerter / leddsmerter og pasientens totale smerteopplevelse (tabell 6). Mer enn 70 % av respondentene rapporterte ganske bra /bra kompetanse på smerte etter vevsskade, ca 80 % på ben – og leddsmerter og ca 2/3 på nevrogen smerte (tabell 6). Ca 85 % rapporterte at de har ganske bra /bra kompetanse i å behandle pasientens totale smerteopplevelse (tabell 6).

Tabell 7 Når det gjelder gjennomføringen av smertebehandlingen, hvordan mener du at disse forholdene fungerer i din avdeling. N = 404.

	Ikke tilfredsstillende 1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	Svært tilfredsstillende 5 n (%)	Ikke svart n (%)
Bruk av kombinasjoner av opioider og ikke - opioider	11 (2.7)	18 (4.5)	128 (31.7)	158 (39.1)	51 (12.6)	38 (9.4)
Bruk av kombinasjon av paracetamol og NSAID's	13 (3.2)	29 (7.2)	139 (34.4)	148 (36.6)	38 (9.4)	37 (9.2)
Smertelindring gis ekstra ved mobilisering og stell	4 (1.0)	23 (5.7)	72 (17.8)	216 (53.5)	82 (20.3)	7 (1.7)
Observasjon av effekt av smertebehandlingen	6 (1.5)	24 (5.9)	111 (27.5)	193 (47.8)	67 (16.6)	3 (0.7)
Observasjon av bivirkninger knyttet til smertebehandling	8 (2.0)	37 (9.2)	132 (32.7)	169 (41.8)	52 (12.9)	6 (1.5)
Regelmessig vurdering av smerteintensitet ved å spørre pasienten	7 (1.7)	30 (7.4)	109 (27.0)	186 (46.0)	68 (16.8)	4 (1.0)
Emosjonell støtte til pasienten	7 (1.7)	22 (5.4)	93 (23.0)	197 (48.8)	77 (19.1)	8 (2.0)
Bruk av avspenning /avspenningsteknikker	66 (16.3)	164 (40.6)	116 (28.7)	33 (8.2)	15 (3.7)	10 (2.5)
Lytter til pasientens egne opplevelser av å være smerteplaget	4 (1.0)	14 (3.5)	78 (19.3)	209 (51.7)	97 (24.0)	2 (0.5)
Forbereder pasienten på smerter ved samtale/informasjon	15 (3.7)	47 (11.6)	164 (40.6)	117 (29.0)	44 (10.9)	17 (4.2)
Personalet har nødvendig kunnskap om smerte og ulike analgetika	17 (4.2)	63 (15.6)	167 (41.3)	121 (30.0)	30 (7.4)	6 (1.5)
Opplæring i bruk av arbeidsredskaper	140 (34.7)	103 (25.5)	94 (23.3)	28 (6.9)	6 (1.5)	33 (8.2)
Etablering av smertekontakt	120 (29.7)	65 (16.1)	72 (17.8)	47 (11.6)	22 (5.4)	78 (19.3)
Følger nasjonale retningslinjer for smertelindring	32 (7.9)	63 (15.6)	112 (27.7)	81 (20.0)	29 (7.2)	87 (21.5)
Lege / sykepleier tar initiativ til smertebehandling	2 (0.5)	14 (3.5)	70 (17.3)	171 (42.3)	79 (19.6)	68 (16.8)
Lege / sykepleier ansvarliggjøres når det gjelder gjennomføringen	3 (0.7)	18 (4.5)	85 (21.0)	148 (36.6)	79 (19.6)	71 (17.6)
Gir informasjon om effekt av smertelindrende behandling	8 (2.0)	27 (6.7)	105 (26.0)	146 (36.1)	46 (11.4)	71 (17.8)
Gir informasjon om bivirkninger	16 (4.0)	56 (13.9)	115 (28.5)	118 (29.2)	27 (6.7)	72 (17.8)

Tabell 7 er respondentens skåring på hvordan de opplevde at smertebehandlingen fungerte på egen avdeling. Ca 1/3 svarte at kombinasjonen av opioider og ikke opioider og kombinasjonen av paracetamol og NSAID's fungerte middels (3). I underkant av 70 % mente at de samme kombinasjonene fungerte ganske godt (4) (tabell 7). De fleste (ca.70 %) rapporterte at det gis ekstra smertelindring til pasientene som trenger det før stell og mobilisering.

Over 50 % hevdet at ansatte på deres avdeling er meget god /svært god (4 og 5) til å observere effekt og bivirkninger av smertebehandlingen. På de fleste avdelingene vurderte de pasientenes smerteintensitet ved å spørre pasientene (tabell 7).

De fleste respondentene (ca 70 %) svarte at deres avdeling var god /meget god (3 og 4) til å støtte pasienter med smerte emosjonelt, men det er i underkant av 50 % som brukte avspenning i smertelindringen ofte / svært ofte (3,4,5) (tabell 7). Syttifem prosent av respondentene hevdet at deres avdeling lyttet til pasientens opplevelse av å være smerteplaget, men bare ca 40 % forberedet pasienten på smerte ved informasjon / samtale (4 og 5).

Når det gjelder personalets kunnskap om smerte svarte ca 40 % at personalet på deres avdeling har god (3) kunnskap og 30 % meget gode (4) kunnskaper. Halvparten av respondentene svarte at opplæringen i bruk av arbeidsredskap til smertekartlegging på deres avdeling var meget dårlig (1) eller dårlig (2) (tabell 7). Ca. halvparten vurderte at etableringen av smertekontakter var meget dårlig (1), eller dårlig (2), men her har i underkant av 1/5 av respondentene ikke svart.

I underkant av 50 % svarte at deres avdeling fulgte nasjonale retningslinjer for smertelindring godt (3) eller meget godt (4). Dette spørsmålet er ikke besvart av 21.5 %. Når det gjelder vurdering av avdelingens årlige oppdatering av personalets kunnskap, svarte mer enn 50 % at den var meget dårlig (1) eller dårlig (2).

Leger og sykepleiere tok initiativ til smertebehandlingen og de ansvarliggjøres også når

Tabell 8 Hvordan vurderer du den praktiske gjennomføringen av medikamentell smertebehandling i din avdeling. N = 404.

det gjelder gjennomføringen (tabell 7). Færre enn 10 % mente avdelingen er svært dårlig / dårlig (1,2) til å gi informasjon om effekten av smertelindrende behandling, og ca. 18 % at avdelingen var svært dårlig / dårlig (1,2) til å gi informasjon om bivirkninger (tabell 7).

	Aldri n (%)	Sjelden n (%)	Av og til n (%)	Ganske ofte n (%)	Svært ofte n (%)	Ikke svært n (%)
Smertepumpe brukt i avdelingen	94 (23.3)	80 (19.8)	98 (24.2)	42 (10.4)	17 (4.2)	73 (18.1)
Smertebehandling gitt kun hver 4 time er tilstrekkelig	12 (3.0)	33 (8.2)	144 (35.6)	110 (27.2)	25 (6.2)	80 (19.8)
Faste smertestillende gis sammen med andre medisiner, oftest i forbindelse med måltider			38 (9.4)	181 (44.8)	119 (29.5)	66 (16.3)
Individualisering av smertebehandling vektlegges i avdelingen	3 (0.7)	26 (6.4)	74 (18.3)	147 (36.4)	80 (19.8)	
Fysioterapi brukes som smertebehandling	59 (14.6)	140 (34.7)	99 (24.5)	33 (8.2)	4 (1.0)	69 (17.1)
Ikke medikamentell smertebehandling benyttes	75 (18.6)	124 (30.7)	65 (16.1)	25 (6.2)	4 (1.0)	111 (27.5)

Ca 1/4 av respondentene svarte at smertepumpe aldri var i bruk i avdelingen og 1/4 at avdelingen brukte det av og til. Flere enn 1/3 vurderte at smertebehandling gitt hver 4. time var tilstrekkelig av og til, og i overkant av 1/4 mente at det er tilstrekkelig ganske ofte. De fleste avdelinger ga fast forordnet smertestillende sammen med andre medisiner, oftest i forbindelse med måltider (tabell 8). Mer enn halvparten svarte at deres avdeling vektlegger individualisering av smertelindring ganske ofte eller svært ofte.

Fysioterapi ble brukt på mer enn halvparten av avdelingene sjelden eller av og til, men ikke medikamentell smertebehandling ble brukt litt større grad. Det er imidlertid ca. 1/4 som ikke har besvart spørsmålet om ikke medikamentell smertebehandling (tabell 8).

5 DISKUSJON

Omtrent 2/3 som har besvart spørreskjemaene er leger og helsepersonell med 3 årig høgskoleutdanning (tabell 2). Det er disse yrkesgruppene som har hovedansvaret for medikamenthåndteringen i sykehjem og hjemmebasert omsorg. I tillegg har hjelpepleiere og andre med spesiell opplæring innen medikamenter og medikamenthåndtering ansvaret for å gi ut faste medikamenter og forordnet eventuelt medisiner.

Man ser at det er en tendens til at det er flere som så nytteverdien i å bruke hjelpemidler til smertekartlegging uten å ha tatt de i bruk (tabell 3 og 4). Dette funnet er i samsvar med Skauge og medarbeideres (1998) funn, at de fleste sykepleiere og leger så stor nytteverdi i å bruke kartleggingsverktøy, men brukte de sjelden. Dette kan ha flere årsaker, men man så også at det var mange som syntes oppdateringen av personalets kunnskap om smerte og smertekartleggingsverktøy var for dårlig på avdelingen (tabell 7) og at de manglet opplæring i bruk av arbeidsredskaper (tabell 7). Skauge og medarbeidere (2005) sier det er viktig med gode rutiner og opplæring av nye medarbeidere. Til tross for dette var det flere som hevdet at personalet på deres avdeling hadde nødvendig kunnskap om smerte og ulike analgetika (tabell 7). Dette kan da tyde på at respondentene mente at de greide å kartlegge smerte uten arbeidsredskaper, men at det hadde blitt økt kvalitet

på smertekartleggingen hvis de hadde tatt i bruk smertekartleggingsverktøy i større grad. Dette styrkes også av at de fleste hevdet at de fleste pasientene ikke etterspør smertestillende medikamenter og syntes å oppnå tilfredsstillende smertelindring (tabell 5). Studier viser også at eldre underrapporterer smerte og at det derfor er viktig å spørre den eldre om vedkommende har smerte (Miaskowski 2000). Det er derfor viktig at de ansatte har fokus på smerte, og tar initiativ til å avdekke Eldres smerte.

Det var standardiserte spørsmål som oftest ble brukt på avdelingene (tabell 3). Det finnes ingen opplysninger på hva respondentene definerte som standardiserte spørsmål, men man kan anta at de ulike respondenter og yrkesgrupper har ulik oppfatning av hva som legges i dette begrepet. Det er heller ingen opplysninger i hvilke strategier og prosedyrer de ulike avdelinger har når det gjelder kartlegging og behandling av smerte. Man kan bare anta at det kanskje er flere avdelinger som mangler skrevne prosedyrer på dette og da blir det mye opp til den enkelte helsearbeider hva de legger i standardiserte spørsmål.

Respondentene svarte også at observasjonsbasert skala var lite brukt på avdelingene (tabell 3), og dette verktøyet skåret lavest på nytteverdi (tabell 4). Observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy er lite brukt av norske helsepersonell fordi de er forholdsvis nytt og lite kjent blant helsepersonell i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Majoriteten alle norske sykehjemspasienter har en kognitiv svikt (Nygaard mfl. 2000, Selbæk mfl. 2007, Engedal og Haugen 2009). Omtrent 50 % av sykehjemspasientene kan selv rapportere smerte (Torvik mfl 2009). De fleste med nedsatt kognitiv funksjon har nedsatt nærhukommelse og er ikke i stand til å huske på smerten slik den var før de fikk smertelindring. Det er derfor helt nødvendig med en systematisk kartlegging ved hjelp av et smertekartleggingsverktøy for å dokumentere effekten på smertelindrende tiltak. Hvis pasienten ikke selv kan verbalt rapportere smerte, er det helsepersonells

oppgave å tolke pasientens nonverbale språk som kan indikere smerte. For å få denne tolkingen så objektiv og systematisk som mulig er det viktig å bruke et validert smertekartleggingsskjema for registrering av adferd som kan indikere smerte hos den enkelte pasient.

Omtrent halvparten av respondentene svarer at de har stor nytteverdi av å kartlegge smerte i ro og under mobilisering (tabell 4). Det er ingen data på praksis her og en kan ikke si noe om kartleggingen foregår i hvile og under mobilisering. Her er informantene forespurt om nytteverdien. Det er imidlertid viktig å kartlegge smerte i ulike situasjoner, fordi imobilitet kan være en mestringsstrategi. Pasienten kan da komme inn i en vond sirkel som det kan være vanskelig å bryte. Pasienten blir passiv fordi det lindrer smertene, men økt imobilitet fører til økt smerte.

Man fant også at respondentene rapporterte at pasientene etterspurte smertestillende i liten grad og at de opplevde at pasientene oppnådde ofte tilfredsstillende smertelindring (tabell 5). Det er helsepersonellet som rapporterer dette ut fra deres erfaringer. Tidligere forskning viser at helsepersonell har en tendens til å underrapportere pasientens smerte og at denne rapporteringen er avhengig av hvor godt helsepersonellet kjenner den enkelte pasient (Miaskowski 2000). På sykehjem kan det være mer stabilitet på personalet, men vi vet fra hjemmebasert omsorg at det ofte er mange ulike personer som er hjemme hos pasienten. At det er stadig skifte av personalet svekker personalets mulighet til å bli godt kjent med pasienten og kunne kjenne igjen og tolke smertetegnene hos den enkelte pasient. Man ser også at de aller fleste ønsket å vurdere pasientens smerte for å bedre smertebehandlingen til pasienten (tabell 5). Dette viser at de ansatte ønsket å gjøre det beste for sine pasienter, noe som er et godt utgangspunkt for å kunne heve kvaliteten på smertebehandlingen til pasientene.

Resultatene viste også at sykepleiere og leger samarbeider om smertebehandlingen (tabell 5). De diskuterer ofte, tar initiativ til smertebehandlingen

og tar ansvaret for smertebehandlingen. Leger og sykepleiere har ulike roller i forhold til smertebehandlingen. Sykepleieren er den som kan observere og kartlegge pasientens smerte, bivirkninger og effekten av medikamentell behandling på grunn av kontinuerlig tilstedeværelse. Medikamentell behandling må imidlertid forordnes av lege. For at pasienten skal få best mulig smertebehandling er det derfor viktig at lege og sykepleier samarbeider og har en god kommunikasjon.

Samarbeid med pasienten er også veldig viktig og det er viktig og nødvendig å informere pasienten om effekt og bivirkninger av medisinene han får (tabell 7). De fleste avdelinger har dette som rutine. De fleste svarte også at de forberedet pasienten på smerte som kunne forventes (tabell 7). Ved at pasienten er forberedt på smerte øker mestringen. I tillegg lyttet de fleste til pasientens opplevelse av å være smerteplaget (tabell 7). Omtrent halvparten av helsepersonalet svarer også at de regelmessig vurderer smerteintensiteten ved å spørre pasienten (tabell 7). Selvrapporing er den eneste smertekartleggingsmåten som er reell, fordi smerte er en individuell og subjektiv opplevelse som ikke kan erfares av andre enn den som kjenner smerte. Det er imidlertid veldig betenkelig at ikke det brukes verktøy til å kartlegge pasientens smerteintensitet oftere. Ved å bruke kartleggingsverktøy kan en i større grad få tak i pasientens subjektive smerteopplevelse. Selvrapporing er den eneste måten å kartlegge smerter på, alt annet blir estimat. Når man ser på IASP's smertedefinisjon, ser en at smerte er en personlig opplevelse som er avhengig av personens emosjonelle og fysiske opplevelse av smerte. I tillegg har også personenes kognitive funksjon betydning for hvordan personen opplever og tolker smerteopplevelsen. Når pasienten ikke selv rapporterer smerte vil den enkelte helsearbeiders opplevelse og erfaring med smerte påvirke smertekartleggingen. Når avdelingen ikke bruket standardiserte smertekartleggings skjema vil den enkelte helsearbeider

kartlegge pasientens smerte på ulike måter. De vil også legge vekt på ulike ting avhengig av tidligere erfaringer med smertepasienter, egen smerteopplevelse, pasientens medikamentelle smertelindringsbehov og årsak til smerte. I underkant av 50 % svarer at deres avdeling vektlegger individualisering av smertebehandling (tabell 8). Dette er helt i tråd med IASP's definisjon av smerte som påpeker at smerte er en individuell og personlig opplevelse, som krever en individuell tilnærming og behandling.

Når det gjelder smertelindrende tiltak ser en at det brukes mye kombinasjoner av ulike smertelindrende medikamenter (tabell 7). Både bruk av opioider kombinert med ikke – opioider og kombinasjon av paracetamol og NSAID's brukes ofte. Paracetamol er førstehåndspreparat ved mild – moderat muskel og skjelettsmerte hos eldre i følge norske retningslinjer for smertelindrende hos eldre (Den Norske Legeforening, 2009). Mange eldre har smerter på grunn av sykdommer i skjelett og muskulatur, for eksempel artrose, benskjørhet, sequele etter hoftebrudd og lignende. I en konsensusrapport påpekte forfatterne at det er viktig å kartlegge nytte – risiko – forhold på individuell grunnlag hos eldre ved oppstart av NSAID's (Reikvam mfl. 2006). Årsaken til dette er bivirkningene som kan forekomme ved bruk av NSAID's, spesielt kardiovaskulære bivirkninger. Pasienter med etablert eller økt risiko for kardiovaskulære sykdom bør ikke bruke COX-2 hemmere. Videre anbefaler forskergruppen at «Bruk av COX hemmere bør så langt som mulig unngås hos individer med tidligere magesårskomplikasjoner, hypertensjon, hjertesvikt eller nyresykdom» (Reikvam mfl. 2006). De påpeker imidlertid at det er lite kunnskap om effekt og sikkerhet for COX hemmere og at man derfor trenger mer forskning omkring dette. Majoriteten av respondentene svarte også at ansatte på deres avdeling var bra / svært bra (3,4,5) på å observere effekten av smertebehandlingen og bivirkninger knyttet til smertebehandlingen (tabell 7). Det er viktig å observere effekt og bivirkninger av medikamentell behandling

til eldre som kan ha endret toleranse og effekt av medikamenter på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer, comorbiditet og multifarmasi. Det er imidlertid stadig ny kunnskap og rutiner omkring smerte og smertebehandling hos eldre. Det er derfor viktig med årlig oppdatering, noe de ansatte hevder at deres avdeling mangler (tabell 7).

Denne studien viser også at de ansatte rapporterte forholdsvis god kompetanse når det gjelder smertebehandling av smerter i forbindelse med vevsskade / operasjon, bensmerter / leddsmerter og nevrogene smerter (tabell 6). En ny norsk studie som inkluderte ansatte i postoperative avdelinger viste at kunnskapen om smertebehandlingen av de ulike smertetyperne ikke er tilfredsstillende hos de ansatte (Rokstad mfl 2012). Disse dataene er selvrapporte, men når man ser at respondentene hevder at de mangler jevnlig oppdatering på temaet kan kunnskapen omkring dette vanskelige emnet være noe mangelfullt. Nevrogene smerter er ansett for å være vanskelig å behandle, og en må ofte bruke co-analgetika i stede for eller i tillegg til analgetika (Den Norske Legeforening 2009).

Palliativ smertebehandling gies ofte i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Dette er i samsvar med samhandlingsreformen som har som intensjon å flytte tjenester nærmere der folk bor ved å overføre flere oppgaver til kommunene (Helse og Omsorgsdepartementet 2009). Denne studien viste at ca. 1/4 av respondentene svarte at smertepumpe ble brukt av og til på deres avdeling (tabell 8). I tillegg svarte 15 % at smertepumpe ble brukt ganske ofte / svært ofte (tabell 8). Ikke alle trenger smertepumpe, men at nesten halvparten av respondentene svarer at de bruker smertepumpe, viser at pasientene kan få smertelindring på smertepumpe i sin hjemkommune i livets slutfase.

Fysioterapi og andre ikke medikamentelle smertelindringsmetoder ble aldri eller sjelden brukt i avdelingen (tabell 8). Ca. 1/4 av respondentene svarte at deres avdeling brukte fysioterapi av og til

som smertelindring og 16 % svarte at de brukte ikke medikamentell smertebehandling av og til (tabell 8). Hos eldre er farmakologiske behandlingstiltak mest effektiv i kombinasjon med ikke – farmakologiske tiltak (for eksempel fysioterapi, treningsprogram, pasient utdanningsprogrammer, selvhjelp, kognitiv adferdsterapi) (Den norske legeforening, 2009). Ikke medikamentelle smertelindringsmetoder er ofte noe som sykepleiere kan initiere, for eksempel fast gåtøring med pasienter, musikk og avspenning. Mange av pasientene har smerter i skjelett og muskelatur som øker ved inaktivitet. Ved at det foregår ting rundt personen med smerte som personen har interesse for, kan smerten reduseres. Det kan for eksempel være en konsert, bingo, sport eller lignende. Dette vil bare redusere smerten så lenge det pågår, men det å redusere smerten en stund kan føre til at personen kan leve med sin smerte.

Styrken med denne studien er at kommunene som deltar i studien er systematisk utvalgt på grunnlag av kommunistørrelsen. Det er imidlertid en svakhet at en ikke har svarprosenten i alle kommunene, med av de som har oppgitt svarprosenten har 70 % deltatt i studien. Det er også en svakhet at man har selvrappoterter. Vi har ikke grunnlag for å tro at respondentene har svart at deres og avdelingens kunnskaper, ferdigheter og holdninger er annerledes enn det de rapporterer, men vi har ikke data som kan kontrollere svarene.

6 KONKLUSJON

Smerte er en subjektiv opplevelse som ikke kan etterprøves. Det mest valide smertekartleggingen er selv rapportering og skal alltid være førstevalg. Hvis pasienten kan selv rapportere smerte skal NRS være førstevalg, med VRS som andrevalg. Observasjonsbasert kartleggings skjema skal bare brukes hvis pasienten ikke har språk og skal alltid vurderes i henhold til kliniske observasjoner og tegn.

De ansatte hevder at smertekartleggingsverktøy er nyttig å bruke, men bruker det i begrenset grad. Avdelingene må vektlegge systematisk bruk av smertekartlegging i opplæringen av personalet og denne opplæringen må foregå med jevne mellomrom. De fleste rapporterte at de samarbeider med pasienten og at pasientene på deres avdeling var godt smertelindret. Smertepumpe er lite brukt i avdelingene. Ikke-medikamentell smertelindrende metoder er også lite brukt til tross for at dette er tiltak som sykepleiere kan initiere uten forordning fra lege.

7 LITTERATUR

- AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. (1998) *J Am Geriatr Soc.* May;46(5):635-51.
- AGS Panel on persistent pain in older persons. (2002) *J Am Geriatr Soc.*50: s205-s224
- Andersson IH, Ejlertsson G, Leden I, Rosengerg C (1993) Chronic Pain in a Geographically Defined General Population: Studies of Differences in Age, Gender, Social Class, and Pain Localization. *Clin J Pain* 9:174-182.
- Bergh S, Holmen J, Saltvedt I, Tambs K, Selbæk G (2012). Demens og nevropsykiatriske symptomer hos pasienter i Nord - Trøndelag. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 17(132):1956-1959.
- Clark L, Fink R, Pennington K, Jones K (2006). Nurses' reflections on pain management in a nursing home setting. *Pain Manag Nurs* 7(2):71-77
- Closs mfl (2004) A comparision of five assessment scales for nursing home residents with vary degrees of cognitive impairment . *J Pain Symptom Manag* 27(3):196-205.
- Collett B, O'Mahoney S, Schofield P, Closs SJ, Potter J, Guideline Development Group (2007) The assessment of pain in older people. *Clin Med.* 2007 Oct;7(5):496-500.
- Den norske legeforening 2009 Retningslinjer for smertelindring
- Engedal K, Haugen PK. Demens: fakta og

- utfordringer:en lærebok. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2009.
- Feldt KS, Ryden MB, Miles S (1998) Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc* 46(9):1079-1085.
- Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, Jackson K, Parmelee PA, Rudy TE, Lynn Beattie B, Chibnall JT, Craig KD, Ferrell B, Ferrell B, Fillingim RB, Gagliese L, Gallagher R, Gibson SJ, Harrison EL, Katz B, Keefe FJ, Lieber SJ, Lussier D, Schmader KE, Tait RC, Weiner DK, Williams J. (2007) An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. Jan;23(1 Suppl):S1-43.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2009). Samhandlingsreformen
- Herr K.A. Pain assessment - patients with verbal skills. In *Pain in older persons*. Edited by Gibson S, Wiener D, vol 35. Seattle: IASP Press; 2005.
- Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. Dec;12(4):230-50
- Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gammel og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Unimed helseforskning, 2003.
- Horgas AL, Tsai PF (1998) Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nurs Res*. Jul-Aug;47(4):235-42.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE (2007): Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia pain scale (MOBID) Development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in Dementia. *J Pain Sympt Manag*, 34(1):67-80.
- Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB,

- Ljunggren AE (2010) Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand J Caring Sci.* Jun;24(2):380-91
- 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.
- Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjermstad MJ, Loge JH, Kaasa S (2007) Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatr.* 2007 Dec 19;7:29.
- International Organisation for the study of pain(1998)
<http://www.iasp-pain.org> 25.04.2012
- Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK, Eriksen J. Epidemiology of Chronic Noncancer pain in Denmark. In: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, editors. *Proceedings of the 10th World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management.* Seattle: IASP Press, 2003:551-62.
- Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, Papaioannou H, Hadjistavropoulos T, Emili A, Ploeg J (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *West J Nurs Res* 29:561-580
- Katsma DL, Souza CH (2000).
- Lefebvre-Chapiro S, group atD (2001). The DOLOPLUS 2 scale evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care* 8(5):191 - 194.
- Mezinskis PM, Keller AW, Luggen AS (2004) Assessment of pain in the cognitively impaired older adult in long-term care. *Geriatr Nurs.* Mar-Apr;25(2):107-12.
- Miaskowski C (2000) The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manage Nurs* 1(3):2-7.
- Nygård HA, Naik M, Ruths S (2000) Mental svikt

- hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Laegeforen 120:3113 - 6.
- Nygaard H and Jarland M (2005) Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? Int J Geriatr Psychiatry 20(8): p. 730-737
- Nygaard HA, Jarland M (2006) The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI): testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. Age Ageing. Jan;35(1):79-81
- Reikvam A, Hexeberg S, Kvien TK, Slørdal L, Aabakken L, Engebretsen L, Flatø B, Idsø N, Johnsen V, Kalstad S, Madsen S, Mikkelsen K, Os I, Reder J (2006) Clinical use of COX inhibitors--a consensus. Tidsskr Nor Laegeforen. Feb 23;126(5):591-5.
- Rognstad MK, Fredheim OM, Johannessen TE, Kvarstein G, Skauge M, Undall E, Rustøen T (2012). Attitudes, beliefs and self-reported competence about postoperative pain among physicians and nurses working on surgical wards. Scand J Caring Sci. Jan 24. [Epub ahead of print]
- Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. Eur J Pain Dec8(6); 555-65.
- Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry. Sep;22(9):843-9.
- Skauge M, Borchgrevink PC, Kaasa S. (1998) Self-evaluation of knowledge and competence with regard to the treatment of pain Tidsskr Nor Laegeforen. Feb 10;118(4):536-40.
- Stortingsmelding 47 (2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse og Omsorgsdepartementet
- Sørbye. WL (2009)Daglige smerter hos eldre i hjemmetjenesten - en nordisk

- multisenterstudie. Geriatrisk sykepleie 1(2): 8-12
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes, Palliat Med, Jan;23(1):8-16
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevold 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. 2010 Feb 20;10:9.
- World Health Organization (ed): Men Ageing and Health: Achieving Health Across the Lifespan. Genova: WHO; 1999

