



Undersøkelsen om smertelindring til pasienter med smerter ved sykehjem og i hjemmebaserte tjenester i Midt Norge

Protokoll

Karin Torvik
Forsker PhD
Senter for omsorgsforskning, Midt Norge

Innhold

1. Innledning	2
2. Mål	3
3. Metode	3
4. Inkludering	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5. Analyse og artikler	4
6. Etske konsekvenser	4
7. Litteraturhenviſning	5

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 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. 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. Studier viser at 80 % av alle norske sykehjemspasienter har en demenssykdom i 2010 (Nygaard, Naik mfl. 2000; Engedal og Haugen 2009; Selbæk, Kirkevold mfl. 2007).

Det er gjort flere studier på smerteprevalens der en har inkludert ulike populasjoner – fra den generelle befolkning (Rustøen mfl. 2004; Jensen mfl. 2003; 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 selvrapporere smerte. Hos eldre uten språk som ikke kan selvrapporere 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, 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. Hun påpeker at det er viktig med gode rutiner og opplæring av nye medarbeidere i forhold til smertekartlegging og smertebehandling. Smertekartlegging danner grunnlaget for en god smertelindring og er en selvstendig sykepleiefunksjon. Vi har 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)

Det er ulike måter å kartlegge smerter på hos eldre, men gullstandard er selvrapporering. Hvis pasienten ikke er i stand til å selvrapporere smerte kan et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy brukes. Vi har 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 (2009) 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 gamle kan ha ulike ”smertesignaturer”.

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 (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons 2002, American Geriatrics Society Panel on chronic pain in older persons 1998).

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 vi det nødvendig å gjennomføre en studie der vi ønsker å kartlegge dette. For å få avgrenset studien ønsker vi 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 også over 64 år, som også er i henhold til aldersgrensen for Verdens Helseorganisasjons definisjon av eldre på verdensbasis (WHO 1999). I tillegg ønsker vi å gjennomføre en litteraturstudie der vi kartlegger best praksis for smertekartlegging av skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon.

2. Mål

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

Følgende problemstillinger vil bli belyst

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

3. Metode

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

Tverrsnittstudien

Spørreskjemaet

Vi vil benytte et spørreskjema for å kartlegge kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos helsepersonell i hjemmebasert omsorg og sykehjem i Midt Norge. Skjemaet bygger på spørreskjema som er brukt ved tidligere studier (Skauge mfl 1998, Rognstad mfl 2012). Spørreskjemaet består av tre deler; bakgrunnsopplysninger til informantene, kunnskap om smertelindring hos eldre og hvordan avdelingen behandler smerte hos de eldre.

Inkludering

Alle ansatte med ansvar for medikamenter fra 11 kommuner i Midt Norge vil inkluderes i studiet. Det vil bli inkludert 3 små kommuner, 4 middels store kommuner og 4 store kommuner i Midt Norge.

Utvelging av sykehjem

For å sikre representativiteten vil en bruke ”forskningskommunene” til Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge, som er utvalgt i forhold til representativitet etter kommunestørrelse. Det vil bli inkludert ansatte fra både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Inkluderingen vil bli foretatt i nært samarbeid med kontaktpersonen til Senter for Omsorgsforskning, Midt Norge i de respektive kommuner.

Inkluderingsprosedyrer:

Senter for Omsorgsforskning Midt Norge’s kontaktperson i de respektive ”forskningskommuner” informerer kommunen og ansatte om studien og innhenter tillatelse fra ledelsen i kommunene i samarbeid med prosjektleder. Ansatte informeres muntlig om studien og at all deltakelse i studien er frivillig. Spørreskjemaene besvares anonymt og det skal ikke på noe tidspunkt være mulig å gjenkjenne enkelte respondenter.

4. Analyse og artikler

Det vil bli skrevet en HiNT rapport fra hele studien og 2-3 artikler fra materialet. Det er tidligere gjennomført en lignende studie blant sykepleiere og leger i postoperative avdelinger på norske sykehus og denne studien vil derfor være sammenlignbar med denne studien. Artikkene vil derfor omhandle best praksis på smertekartlegging blant skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv funksjon på sykehjem og i hjemmebaserte tjenester i Norge. I tillegg vil det bli publisert en artikkel som omhandler kunnskap, holdninger og ferdigheter angående smerte og smertelindring til skrøpelige eldre hos ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten i Midt Norge. Det vil også bli publisert en artikkel der en sammenligner kunnskaper, ferdigheter og holdninger angående smerte og smertelindring til skrøpelige eldre hos ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten i Midt Norge med data fra sykehusstudien i Norge.

5. Etske konsekvenser

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

Vi vil informere de ansatte muntlig at det er frivillig å delta i studien, og regner det som frivillig samtykke når de har fylt ut og levert spørreskjemaet. Spørreskjemaet fylles ut anonymt og oppbevares i lukket konvolutt på avdelingen til de leveres samlet til prosjektleder.

REK har tidligere opplyst at det ikke er nødvendig med REK behandling av denne type studier, men det vil bli søkt om tillatelse fra datatilsynet for registrering og oppbevaring av spørreskjema-dataene.

Data fra spørreskjemaundersøkelsen vil bli oppbevart på frittstående PC og papirkopien vil bli oppbevart i et låsbart, brannsikkert skap. Dataene vil bli oppbevart i 5 år i henhold til Norske forskrifter for dataoppbevaring i forskning (REK).

6. Litteraturhenvisning

- AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. American Geriatrics Society (1998) The management of chronic pain in older persons: AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc*. May;46(5):635-51.
- Andersson IH, Ejlertsson G, Leden I, Rosengerg C. Chronic Pain in a Geographically Defined General Population: Studies of Differences in Age, Gender, Social Class, and Pain Localization. *The Clinical Journal of Pain* 1993;9:174-182.
- 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: Treatment of pain in cognitively impaired compared with cognitively intact older patients with hip-fracture. *J Am Geriatr Soc* 1998, 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.
- 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.
- International Organisation for the study of pain <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.
- Lefebvre-Chapiro S, group atD. The DOLOPLUS 2 scale evaluating pain in the elderly. *European Journal of Palliative Care* 2001;8(5):191 - 194.
- Mezinskis PM, Keller AW, Luggen AS Assessment of pain in the cognitively impaired older adult in long-term care. *Geriatr Nurs*. Mar-Apr;25(2):107-12.
- Nygård HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2000;120:3113 - 6.

- Nygaard H and Jarland M, *Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment?* Int J Geriatr Psychiatry, 2005. **20**(8): p. 730-737
- 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. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain* Akseptert for publisering 2004.
- 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.
- Sørbye LW, *Daglige smerter hos eldre i hjemmetjenesten - en nordisk multisenterstudie.* Geriatrisk sykepleie 2009, 2010. **2**(2).
- Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. (2009) Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliat Med. Jan;23(1):8-16.
- World Health Organization (ed.): Men Ageing and Health: Achieving Health Across the Lifespan. Geneva: WHO; 1999.