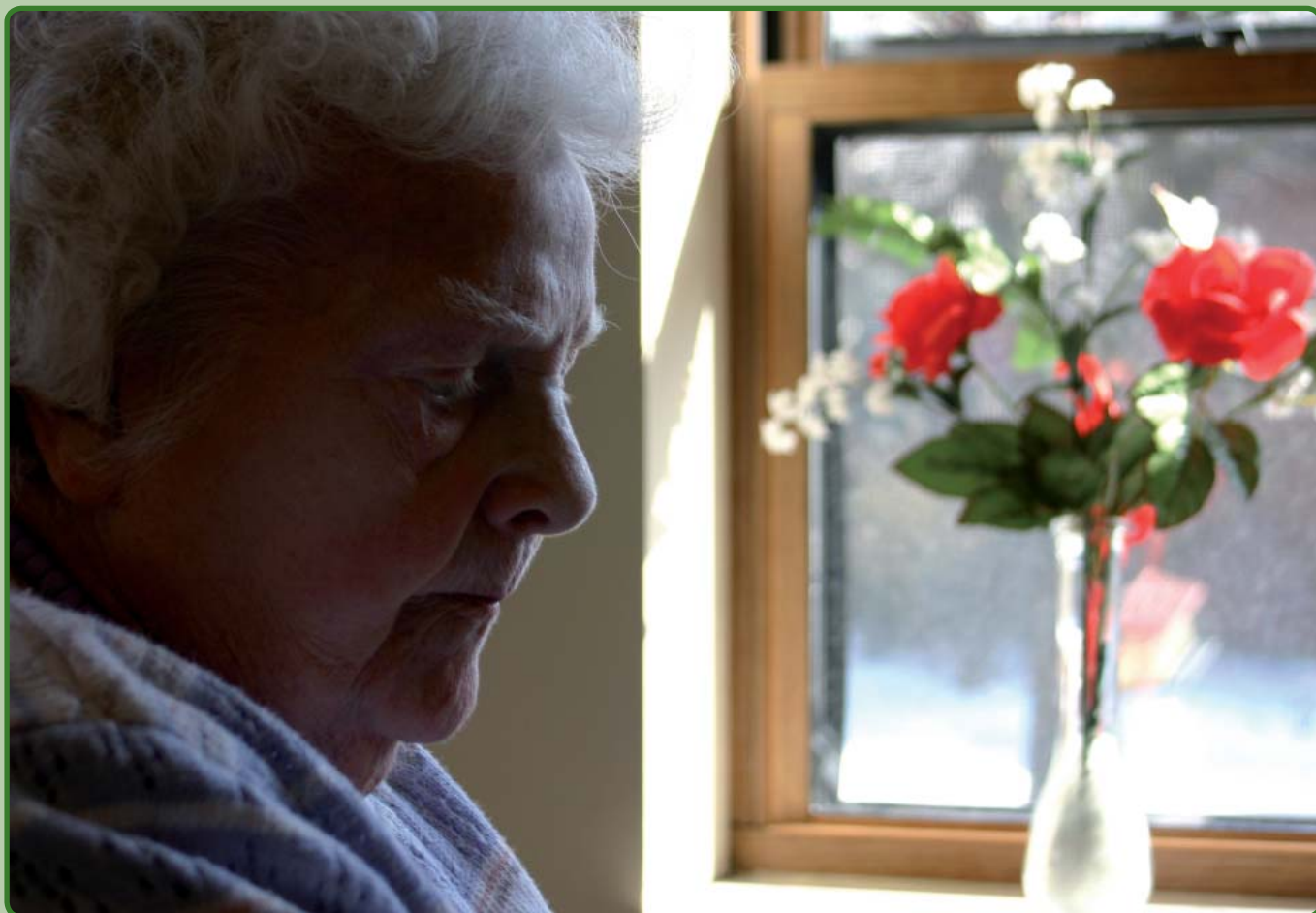


GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2009, ÅRGANG 1, NUMMER 2



T E M A :

Smerte hos gamle mennesker



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusivt mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.

- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten. Referanselisten skal angis med Vancouvermodellen som referansestil.

- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.

- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.

- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte innsendt materiell/manuskripter.

- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.

- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.

ABONNER PÅ GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2009 vil det bli utgitt tre nummer av Geriatrisk Sykepleie med faste datoer for innlevering av materiell utgivelse. Fagartikler med selvvalgt tema kan sendes til redaksjonen når som helst. Vi vil også aktivt motivere medlemmer til å skrive artikler for tidsskriftet innen de planlagte tema som angitt nedenfor.

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie er:

UTGIVELSE:	MATERIELLFRISTER:	DISTRIBUSJON:	TEMA:
GS1	15. februar	1. april	Depresjoner
GS2	15. juni	1. august	Smerte
GS3	1. oktober	1. desember	Ernæring

Alle medlemmer vil få tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Bedrifter, helseinstitusjoner, høyskoler, universiteter samt enkeltpersoner kan tegne abonnement for kr 200 det første året.

For å tegne et abonnement på Geriatrisk Sykepleie, fyll ut og returner skjemaet til redaktøren.

Navn på abonnenten:

Adresse:

Postnummer: Sted:

Jeg tegner herved abonnement på Geriatrisk Sykepleie - Tidsskriftet for NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens for året 2009 til kr 200 for tre utgivelser av bladet:

Sign.:

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

Geriatrisk Sykepleie utkommer tre ganger i 2009 og fire ganger fra 2010. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens.

Redaktør

Karen Bjørø, PhD
Arnulf Øverlands vei 266
0763 Oslo
Tlf. 22142168; Mobil: 48104697
e-post: karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonskomite/ Faglige medarbeidere

Siri Meyer, høgskolelektor ved Høgskolen i Buskerud

Liv Wergeland Sørbye, førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole

Solveig Hauge, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo

Nina Aarhus Smebye, forskningsleder ved Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo

Inger Schou-Bredal, forsker ved Oslo universitetssykehus og førsteamanuensis II ved Universitetet i Oslo

Abonnement

Tidsskriftet distribueres gratis til medlemmene av NSF FGD. Andre abonnenter i Norge: kr 200,- Abonnenter i andre nordiske land: kr 250,-. Bestilling av abonnement: karen@nsfgeriatridemens.no

Annonser

Karen Bjørø
karen@nsfgeriatridemens.no
Tlf: 22 14 2168; Mobil 48104697

ISSN: 1891-1889

Materiellfrister 2009

Nr. 1 15 februar
Nr. 2 15 juni
Nr. 3 1. oktober

Distribusjonsdato 2009

Nr. 1 1. april
Nr. 2 1. august
Nr. 3 1. desember

Retningslinjer for publisering i Geriatrisk Sykepleie 2

Smarter hos gamle mennesker – en hovedutfordring i geriatrisk sykepleie 3

Gamle mennesker med langvarig smerte 4

Daglige smarter hos eldre i hjemmetjenesten – en nordisk multisenterstudie 8

Bokanmeldelse: Ulike tekster om smerte 18

Håndtering av kroniske smerte-problemer hos sykehjems-pasienter – Også et spørsmål om kommunikasjon blant personalet? 19

Psykisk helse hos eldre på dags-orden 23

Verktøy for atferdsbasert smerte-kartlegging – Hvilket er best i test? 24

Hei alle medlemmer og abonnenter! 28

Sykepleiere viktigst for god eldre-omsorg 29

Med fokus på kunnskapsbasert sykepleie 29

Smarter hos gamle

mennesker

– en hoved- utfordring i geriatrisk sykepleie

*Karen Bjøro, PhD,
sykepleier og redaktør*



I dette nummeret av Geriatrisk Sykepleie setter vi søkelyset på smarter hos gamle mennesker. I fem artikler tar forfatterne opp noen sentrale tema knyttet til smertekartlegging og behandling av eldre med smerte.

I sin innledende artikkel presenterer Marie Louise Hall-Lord en oversikt over temaet langvarige smerte hos gamle mennesker (1). Hun belyser smerteforekomst, kartlegging av smerte og strategier for god smertelindring.

To artikler presenterer resultater fra multisenter kliniske studier fra ulike settinger i eldreomsorgen. Liv Wergeland Sørbyes studie er gjennomført i hjemmetjenesten i de fem nordiske lands hovedsteder med over 1600 eldre brukere (2). Karin Torvik m.fl. har kartlagt smarter blant 214 beboere fra et tilfeldig utvalg av syv sykehjem i Midt-Norge (3). Mens fire av ti eldre brukere i hjemmetjenesten hadde daglige smerter, hadde halvparten av sykehjemsbeboerne moderate eller sterkere smerteplager. Tross ulik setting gir begge disse studier et bilde av at eldre har mye smerter, samtidig som de får en utilstrekkelig smertekartlegging og behandling.

Det er mange barrierer til god smertebehandling av eldre mennesker. I sin artikkel setter Harald A. Nygaard søkelyset på kommunikasjon og samhandling mellom de ulike yrkesgruppene på sykehjem som en potensiell kilde til sviktende smertebehandling (4). Mangelfulle kunnskaper om håndtering av smerterelaterte problemer, sviktende kommunikasjon og utilstrekkelig kjennskap til hverandres kompetanse og ansvarsområde kan gå utover eldre sykehjempasienters ve og vel. Nygaard viser til gode erfaringer fra Danmark og Sverige med samundervisning med studenter fra de forskjellige helsefagene som en mulig vei å gå for å forbedre smerteomsorgen for eldre på sykehjem.

En annen barriere til god smertebehandling er smertekartlegging som ikke er tilpasset eldre. I sin artikkel tar Karen Bjøro opp smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens som mangler evne til å selvrappotere (5). Hun presenterer en kritisk granskning av standardiserte atferdsbaserte verktøy for kartlegging av smerte hos nonverbale eldre med demens som er tilgjengelig på norsk. Resultatene viser at ingen av de norske verktøyene peker seg ut som *best i test*.

Fortsettes side 22

GAMLE MENNESKER MED LANGVARIG SMERTE



**Marie
Louise
Hall-Lord**

Professor, Med.dr., Sykepleier, Seksjon sykepleie, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Høgskolen i Gjøvik

Innledning

Antall mennesker over 65 år forventes å øke markant de nærmeste årene. Den største økningen de nærmeste 30 årene forventes i gruppen 85 år og eldre. Dess høyere alder desto mer øker risikoen for ulike plager og sykdommer. Det er også de eldste eldre som har størst behov for pleie og omsorg (1). Langvarig smerte er vanlig forekommende hos eldre og utgjør et omfattende helseproblem. Mange eldre tror at det å oppleve smerte hører med til det å bli gammel, men høy alder behøver ikke nødvendigvis føre til opplevelser av smerte (2).

Vitenskapelig forskning har bidratt til at synet på smerte og lidelse har forandret seg i løpet av de siste ti år. Grensene mellom et naturvitenskapelig syn på smerte og et av mer psykososial og eksistensiell karakter har åpnet seg. Et endret syn på smerte har gitt økt kunnskap om at langvarig smerte kan påvirke eldre mennesker på ulike måter og at smerte får betydning for deres livssituasjon. Det fins en rekke aspekter som mer eller mindre kan medføre begrensninger i den daglige livsførsel hos eldre med langvarig smerte. Smerte kan føre til at livskvaliteten forringes, og til opplevelser som medfører emosjonell lidelse, oppgitthet og uvisshet. Eldre menneskers innstilling til smerte og hvordan de håndterer smerten varierer. På samme måte varierer de eldres behov for hjelp og støtte.

Det er viktig at sykepleiere lytter til hvordan eldre mennesker opplever

Sammendrag

Langvarig smerte er hyppig forekommende hos eldre personer. Artikkelen er en litteraturstudie med hensikt å gi et innblikk i forskning om langvarig smerte hos eldre mennesker. Artikkelen fokuserer på forekomst, type og smerteintensitet, helse og livskvalitet, aktivitet og funksjonsevne, innstilling til smerte. Artikkelen beskriver også strategier for å håndtere smerte hos eldre samt hjelp og støtte. Det er viktig at sykepleiere har kunnskap om hvilke strategier som finns for å lindre smerte. Helsepersonell skal kunne informere, undervise og sammen med pasienten finne frem til de strategier som kan være til hjelp.

Nøkkelord: eldre, langvarig smerte, livskvalitet, funksjonsevne, mestring.

og erfarer sine plager og problem slik at de kan få en bedre forståelse for hvordan de eldre påvirkes av smerten i det daglige livet. Mange ganger har de eldre ikke ord for den smerte de kjenner. Ord for å beskrive smerten strekker ikke til, hvilket innebærer at langvarig smerte ikke kan objektiviseres til kroppen. Eldre mennesker med langvarig smerte bør ikke betraktes som en ensartet gruppe fordi deres opplevelser av smerte og lidelse kan variere i stor grad. Isteden er det å foretrekke at vi snakker om en forskjelligartet gruppe for å sikre at eldre mennesker med langvarig smerte får individualiserte pleie og omsorgstjenester. Artikkelen er en litteraturstudie som gir et innblikk i gjennomført forskning på langvarig smerte hos eldre mennesker med fokus på forekomst, smertetype og intensitet, helse og livskvalitet, aktivitet og funksjonsevne, innstilling til smerte, smertehåndtering samt hjelp og støtte.

Forekomst, type og intensitet av langvarig smerte

Forekomst av smerte hos eldre mennesker varierer mellom ulike studier. I en review av Helme og Gibson (3) fremkommer det at andelen eldre i aldersgruppen 75-84 år som rapporterte smerte kunne variere mellom 29 og 86 prosent i ulike studier. I gruppen 85 år og eldre var andelen 40 til 79 prosent.

Cirka 40 prosent i aldersgruppen 75 år og eldre oppga at de hadde langvarig smerte (4). Eldre mennesker som bor i eget hjem rapporterte i mindre grad

smerte enn eldre med spesielle botilbud (5). I en nylig gjennomført studie av eldre sykehjemsbeboere med demens vurderes nesten halvparten (47 %) å ha smerteplager (6). Personer med nedsatt kognitiv funksjon rapporterte langvarig smerte i større grad enn personer med normal kognitiv funksjon (7). De eldre med nedsatt kognitiv funksjon rapporterte også mer intense smerter.

En stor andel eldre lider også av flere smerteproblemer samtidig (8). Det er vanlig med muskelskelett og nevrologiske smerteproblemer hos eldre mennesker. I en studie ved 15 sykehjem i Storbritannia fremkom det at de vanligste årsakene til smerteproblemer var artrose, artritt, ryggproblemer og smerte etter slag (9). Men også hodepine og magesmerter ble oppgitt som vanlige årsaker til smerte.

Aldersrelaterte forandringer i sensoriske nervebaner og redusert produksjon av naturlige opioider antas å påvirke hvordan smerte fornemmes og oppfattes i høy alder (3). Undersøkelser viser ulik resultat om andelen personer med smerte minker eller øker med stigende alder. Om smerteintensiteten minker eller øker med stigende alder varierer også mellom ulike studier.

Brattberg m.fl. (10) fant at muskelskjelett relaterte smerter minket hos de aller eldste. Men i andre studier fremkommer det at forekomsten av langvarig smerte økte med alderen (11). Jakobsson m.fl. (4) viste at 34 prosent av eldre mennesker mellom 75 og 84 år rapporterte smerte. I aldersgruppen

85-89 år var andelen 41 prosent og i aldersgruppen 90 år og eldre var andelen 50 prosent. Variasjoner i resultater mellom ulike studier kan blant annet henge sammen med type av smerte, hvilken aldersgruppe er inkludert og om smerten finnes på flere enn et sted på kroppen. I en longitudinell studie gjennomført mellom 1992 og 2002 økte andelen personer med verk i skuldre, rygg eller hofter, hender, albuer eller knær for såvel menn som kvinner mellom de to undersøkelsestidspunkter (1). En annen longitudinell undersøkelse viste at for de 85 prosent som hadde langvarig smerte ved det første måletidspunktet, hadde de fortsatt smerteplager etter tolv år. Det fremkom også at personer som hadde smerter mer enn tre steder på kroppen ved første måletidspunkt, også hadde økt risiko for langvarig smerte tolv år senere (12).

Studier viser at eldre personer rapporterer lavere nivå av smertintensitet enn yngre (13, 14, 15). I andre studier fremkommer det at andelen eldre som hadde henholdsvis ganske mye og veldig mye smerte økte med alderen (4, 16). I aldersgruppen 75-84 år rapporterte i underkant av 20 prosent at de hadde ganske mye eller veldig mye smerte. I aldersgruppen 85-89 år økte andelen til 22 prosent og i gruppen over 90 år var andelen 28 prosent (4). Gagliese og Melzack (17) fant derimot ingen forskjeller i smertintensiteten mellom ulike aldersgrupper av smertepasienter.

Også når det gjelder forskjeller mellom kjønn viser forskningen varierende resultater. Flere studier viser imidlertid at forekomst av smerte er vanligere hos eldre kvinner enn menn (18, 19). Kvinner rapporterte i høyere grad tilbakevendene verk og også høyere smertintensitet enn menn (10). Studier viser også at andelen kvinner som hadde smerte på flere steder av kroppen var høyere enn hos menn (18, 20). Men med stigende alder virker det som om forekomsten av kronisk smerte øker blant menn og minker hos kvinner (21). Det finnes også undersøkelser som viser at det ikke forekommer noen forskjeller i smertintensitet mellom kjønnene (18).

Helse og livskvalitet

Langvarig smerte kan påvirke eldre mennesker på ulike måter og har betydning for hvordan de opplever sin livssituasjon. Studier viser at eldre mennesker med langvarig smerte hadde dårligere helse og livskvalitet sammenlignet med eldre uten smerte (19, 22, 23). Det er vanlig at langvarig smerte fører til tretthet og søvnproblemer (5, 8, 20, 24). På grunn av smerten kan eldre mennesker kjenne seg tiltaksløse og mangle energi til å planlegge og gjennomføre ulike aktiviteter. Å ha smerte er trettende og utmattende. Forstyrret søvn kan være et problem som igjen kan lede til tretthet (25, 26).

Følelser som angst, uro, irritasjon og sinne assosieres ofte med kronisk smerte hos eldre. Kvinner med langvarig smerte opplever ofte engstelse og uro (27). Eldre mennesker kan også lide av depresjon eller nedstemthet. Dårligere psykisk velbefinnende kan føre til depressiv tilstand (13). Det ser ut til å være en sammenheng mellom smerteintensitet og depresjon. I en studie av Casten m.fl. (28) fremkommer det at blant dem med spesielle botilbud hadde ikke-depressive personer og eldre med lettere depresjon lavest smerteintensitet og færre smertetilfeller, samtidig som eldre med en alvorligere depresjon rapporterte høyere smertintensitet samt flere smertetilfeller. Ferrell m.fl. (29) fant derimot ikke noe sammenheng mellom smerte og depresjon. Det var imidlertid en middels sammenheng mellom depressive symptomer hos de eldre og redusert evne å delta i aktiviteter samt å kunne gå og forflytte seg. Ferreira og Sheriman (30) fant en sammenheng mellom depressive symptomer og om de eldre var mindre optimistiske og hadde mindre sosial støtte.

Det er vanlig at eldre mennesker med langvarig smerte resignerer og kjenner oppgitthet, ettersom de tror at smerten kommer til å vare resten av livet, og at den ikke kan lindres (26, 31). Mange eldre opplever at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon om sin tilstand og om hva som forårsaker smerten (26, 31, 32). Smerten kan føre til at de eldre kjenner seg avgrenset i sin livssituasjon og at de er en byrde for andre. Å være avhengig av andre kan også føre til følelser av oppgitthet (26, 33).

Både egne og andre menneskers

humør, sinnsstemning og følelser kan påvirke smerteopplevelsen. Men ofte finnes det ingen rasjonell forklaring på hvorfor smerten blir verre. Uvisshet om når smerten skal oppstå eller forverre seg kan føre til følelser av usikkerhet og uvisshet. Smerten kan bli så upåvirkelig og vanskelig at den ikke lengre kan kontrolleres. Det kan da oppstå en fortvilelse som medfører at kampen mot smerten kjennes som tapt (25).

Aktivitet og funksjonsevne

Det er en sammenheng mellom eldre menneskers funksjonsevne og langvarig smerte. Først og fremst har muskelskjellelt relaterte smerter en sterk sammenheng med fysisk funksjonsevne (34). Drøyt halvparten av en gruppe eldre på sykehjem rapporterte at mer enn ett funksjonsområde forverret seg på grunn av smerten, og en fjerdedel flere enn fem funksjonsområder. Over halvparten av de eldre hadde dårligere evne til å delta i aktiviteter og til å gå og forflytte seg (29). Eldre mennesker som lider av smerte har i høyere grad problemer med å utføre aktiviteter enn eldre som ikke har smerte (22). Smerten kan påvirke vanlige aktiviteter som å handle, gjøre husarbeid, delta i fritidsaktiviteter og å være sammen med familie og venner. Smerten nedsetter bevegelseevnen og kan være et hinder for sosial omgang med venner. Nedsatt funksjonsevne kan føre til at det blir vanskeligere å mestre personlige daglige aktiviteter på egen hånd. De eldres innstilling til smerten kan ha betydning for hvordan de mestrer daglige aktiviteter. De fleste daglige aktiviteter kan mestres på egen hånd dersom de får ta den tid som trengs for å gjennomføre dem (33).

Innstilling til smerte

Studier viser at eldre menneskers innstilling til smerte kan variere. Det finnes personer som er overbevist om, og stolte av at de klarer å utholde smerte. Denne typen av mennesker klager aldri unødige og de vil av andre bli oppfattet som flinke. Smerte oppleveres som en trussel mot deres selvbylde som uavhengige personer. Å mestre smerte innebærer å være modig og utholdende, og ikke en passiv, lidende person (25, 33).

Å vise seg uanfektet overfor smerte og å ikke snakke om smerte kan være uttrykk for stoisme. Cook og

Chastain (35) sammenlignet eldre og yngre pasienter med langvarig smerte. I gruppen med eldre pasienter fant man to undergrupper med stoisk profil. I en av undergruppene hadde pasientene hatt smerte i cirka ti år. De rapporterte moderat smertenivå, langvarig emosjonell lidelse og kraftige funksjonsnedsettelse. Den andre gruppen hadde hatt smerter i svært lang tid, gjennomsnittlig 47 år. Pasientene i denne gruppen rapporterte moderat smerte og funksjonsnedsettelse, samt mindre grad av emosjonell lidelse. Begge gruppene håndterte og tilpasset seg smerten på en meget effektiv måte. Mulige bidragende faktorer til stoisme hos eldre mennesker kan være at de fortrenger emosjonelle opplevelser eller kjenner en motvilje mot å fortelle om sine følelser.

Det finnes også eldre personer som forklarer og begrunner smerten utfra religion og livsyn. Smerten kan ses som et tegn fra Gud eller en straff. Å straffes uten å klage, og å være uten smertebehandling kan være et bevis på dyp åndelig og religiøs tro. Intensiteten av smerten står i størrelsesforhold til deres synder, og gjennom bønn kan de eldre forstå og se mening med smerten (25).

Smertehåndtering

Mestringsstrategier for å håndtere smerte kan beskrives som problemrespektiv følelsesfokusert mestringsstrategier som inngår i problemfokusert mestringsstrategier innebærer at man forsøker å redusere eller løse et problem, for eksempel å kommunisere sin smerte til andre, avlede oppmerksomheten fra smerten, ta medikamenter og trene. Strategier som inngår i følelsesfokusert mestringsstrategier innebærer å forsøke å forandre på opplevelsen av problemet, som å omtolke den virkelige smertepplevelsen slik at den får en annen betydning eller å tenke på opplevelsen som noe positivt. Andre eksempler på hvordan eldre kan håndtere sin smerte er å sammenligne seg med andre mennesker som har det verre, eller med seg selv da det var verre enn det er ved det aktuelle tilfellet (33). Dunn (36) viste at eldre i høyere grad nyttiggjorde seg problemfokuserte strategier for å håndtere sin smerte.

I en studie av Sofaer m.fl. (37) fremkommer det at eldre personer hadde et sterkt ønske om å fortsatt

være uavhengige på tross av sterke smerter. Deltagerne stolte på at de kunne få støtte av tekniske hjelpemidler. Samtlige av de eldre som deltok i studien hadde gjort forandringer og tilpasninger i sitt hjem. De hadde også funnet ulike måter som hjalp dem med å avlede sine tanker fra smerten.

En studie av Yates m.fl. (31) viser at eldre personer brukte smertelindrende mestringsstrategier i liten grad. En årsak kan være at de eldre ikke hadde kjennskap til at det finnes ulike metoder for å lindre smerte. De var også tvilsomme til om det kunne hjelpe dem å bruke ulike strategier for å lindre smerten. Jo eldre personene var, desto færre strategier brukte de. Den vanligste metoden var å bruke reseptbelagte legemidler og deretter å hvile, samt ulike avledningsteknikker (5, 30, 31). Jakobsson (38) fant at typen av smerte ikke synes å ha noen betydning for hvilke metoder som ble anvendt. Eldre mennesker med høy smerteintensitet og flere smertelokalisasjoner bruker flere ulike strategier, for eksempel avslapning, varme, kulde, trening, massasje, alkohol og å snakke med personer som forstår dem. Akupunktur og spesialkost ble også brukt som metoder for å lindre smerten. Andre eksempler på strategier som eldre personer med smerte bruker, er å hjelpe andre mennesker og engasjere seg i foreningsarbeide (37).

Egenomsorg er nært koblet til det enkelte individets evne til å håndtere smerte. Egenomsorgsevnen hos eldre viste seg å ha en positiv sammenheng med bruken av mestringsstrategier som tidligere hadde gitt et bra resultat (39).

Det finnes kulturelle forskjeller mellom hvilke smertelindringsmetoder som brukes. I en studie som ble gjennomført i Hong Kong brukte kun 20 prosent reseptbelagte smertestillede legemidler og det var vanlig med ikke-medikamentelle strategier som smertelindrende salver, oljer, massasje, hvile, dypåndning og avledende metoder. Halvparten av de eldre anså at ikke-medikamentelle strategier var meget effektive (40). Resultatet skiller seg til en viss grad ut mot en studie som ble gjennomført i Sverige, der det fremkom at legemidler, avledning, hvile og å være i bevegelse var de vanligste strategiene. Strategier som ble minst brukt var spesialkost eller vegetarisk kost, kontakt med pleiepersonale og å unngå smertefulle aktiviteter. En

strategi, å være i bevegelse, ble ansett å være effektiv. Spaserturer, husarbeid, trening, fysioterapi og stillingsendringer var eksempler på å være i bevegelse (33).

Hjelp og støtte

Eldre personer med langvarig smerte forventer at de skal få hjelp og støtte av pleiepersonalet. Studier viser at eldre personer ønsket at personalet skulle være empatiske og vise vennlighet, noe som virket smertelindrende (25, 31). De forventet seg at pleiepersonalet skulle observere deres behov for smertelindring (25). Færre eldre forventet at personalet skulle gi råd om medikamenter og andre behandlingsmetoder.

En studie av Walker (32) viser at de eldre forventer seg at sykepleierne skulle kunne gi støtte i form av forståelse, sympati og oppmuntring, men også at de i fortrolighet kunne snakke med dem om sine smerteproblemer. Dessuten var det viktig med sosial støtte. Til tross for at de eldre ønsket å få hjelp og støtte av personalet, var det ikke mange som trodde at de ville få hjelp slik at smerten lettet. De opplevde at personalet ikke lyttet eller brydde seg om dem (25).

Andre studier har vist at eldre mennesker anså at pleiepersonalet var for opptatt, eller hadde det for travelt til å ha tid til dem. Det varierte fra person til person i personalgruppen om de ville hjelpe de eldre. Eldre personer som resignerte, oppfattet at de var en byrde for andre mennesker. De ville ikke vise sin smerte, fordi de da følte at de var til bry, og de kunne da uroe personalet og pårørende (25, 31, 33). De opplevde det som meningsløst å snakke med andre som ikke kunne forstå hvordan smerten plaget dem (33).

En undersøkelse viser at noen eldre personer ønsker å håndtere smerten selv uten hjelp fra pleiepersonalet eller pårørende. De forsøkte istedet å skjule smerten for andre mennesker. Studiens resultater viser også at en annen gruppe av eldre hadde tillit til andre mennesker og hadde ingen betenkeligheter med å spørre pleiepersonalet og pårørende om hjelp. De var som regel takknemmelige for den hjelpen de fikk. Ytterligere en gruppe eldre kjente seg misfornøyd og urettferdig behandlet. De anså at de ikke hadde fått noen behandling i det hele tatt, eller feilaktig medisinsk be-

handling. Deres erfaringer var at eldre personer generelt sett var diskriminert i helse- og omsorgssektoren, hvilket medførte at de opplevde irritasjon og uro med tanke på fremtiden (33).

Kort oppsummering og konklusjon

Denne litteraturgjennomgangen viser store variasjoner mellom studier når det gjelder forekomst av langvarig smerte hos eldre personer. Eldre personer med langvarig smerte ser ut til å få økt forekomst av søvnproblemer, depressive symptomer og redusert livskvalitet sammenlignet med eldre uten smerteproblem. Innstillingen til smerte har betydning blant annet for hvordan de eldre oppfatter hjelp og støtte av pårørende og helsepersonell. Det er store individuelle forskjeller når det gjelder hvilke smertestrategier de eldre benytter. Eldre personer som kan håndtere sine smerter rapporterer lavere nivå av smerteintensitet. Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om hvilke strategier som finnes for å lindre smerte. Helsepersonell skal kunne informere, undervise og sammen med pasienten finne frem til strategier som kan være til nytte (41). Eldre personer har også behov for at helsepersonell viser empati og forståelse for deres situasjon.

Referanser

1. Thorslund M, Lennartsson C, Parker MG, Lundberg O. De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen* 2004;17: 1494–99.
2. American Geriatric Society, AGS panel on chronic pain in older persons. The management of chronic pain in older persons (Clinical practice guidelines). *J Am Geriatr Soc* 1998;46: 635-651.
3. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3):417-431.
4. Jakobsson U, Klevegård R, Westergren A, Hallberg IR. Old people in pain: A comparative study. *J Pain Symptom Manage* 2003;26(1):625-636.
5. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain* 2004;8:335-344.
6. Zwakhalen SM, Koopmans RT, Geels PJ, Berger MP, Hamers JP. The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *Eur J Pain* 2009;13(1):89-93.
7. Leong I, Nuo T. Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *Clin J Pain* 2007;23(2):19-127.
8. Mobily PR, Herr KA, Clark MK, Wallace RB. An epidemiologic analysis of pain in the elderly: The Iowa 65+ rural, health study. *J Aging Health* 1994;6:139-154.
9. Closs JS, Barr B, Briggs M. Reporting of painful conditions in nursing homes. *J Clin Nurs* 2006;15:1203-1205.
10. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. A longitudinal study of pain: Reported pain from middle age to old age. *Clin J Pain* 1997;13:144-149.
11. Brochet B, Michel P, Baberger-Gateau P, Dartigues J. Population-based study of pain in elderly people: A descriptive study. *Age Ageing* 1998;27:279-284.
12. Andersson IH. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *Eur J Pain* 2004;8:47-53.
13. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995;61:93-101.
14. Pahor M, Guralnik JM, Wan JY, Ferrucci L, Penninx B, Lyse A, Ling S, Fried LP. Lower body osteoarticular pain and dose of analgesic medications in older disabled women: The Women's health and aging study. *Am J Public Health* 1999;89(6):930-934.
15. Soares JFF, Sundin Ö, Grossi G. The stress of musculoskeletal pain: A comparison between primary care patients in various ages. *J Psychosom Res* 2004;56:297-305.
16. Hall-Lord ML. Hälsorelaterad livskvalitet, hälsobesvär och läkemedelsanvändning. I Kalander Blomqvist M, Janson S. (eds.) *Äldre i Värmland. Om hälsa, levnadsvanor och livssituation* 2006. Karlstad University Press; 2007.
17. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003;104:597-608.
18. Bergh I, Steen G, Waern M, Johansson B, Odén A, Sjöström B, Steen B. Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:903-912.
19. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old. *Qual Life Res* 2004;13(1):125-136.
20. Zarit SH, Griffiths PC, Berg S. Pain perceptions of the oldest old: A longitudinal study. *Gerontologist* 2004;44(4):459-468.
21. Brattberg G, Parker M, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996;67:29-34.
22. Ross MM, Crook J. Elderly recipients of home nursing services: Pain, disability and functional competence. *J Adv Nurs* 1998;27(6):1117-1126.
23. Oster G, Harding G, Dukes E, Edelsberg J, Cleary PD. Pain, medication use, and health-related quality of life in older persons with postherpetic neuralgia: results from a population-based survey. *J Pain* 2005;6(6):356-363.
24. Tsai Y, Chu T, Lai Y, Chen W. Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *J Clin Nurs* 2008;17:2596-2603.
25. Higgins I. The experience of chronic pain in elderly nursing home residents. *J Res Nurs* 2005;10(4):369-382.
26. Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. Chronic pain and distress in older people: A cluster analysis. *Int J Nurs Pract* 1999;5:78-85.
27. Hall-Lord ML. Smärta och värk. I Janson S, Kalander-Blomqvist M, (eds.) *Värmlänningarnas liv och hälsa*. Karlstads universitet & Landstinget i Värmland; 2004.
28. Casten RJ, Parmalee PA, Kleban MH, Lawton PM, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain* 1995; 61: 271-276.
29. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990;38: 409-414.
30. Ferriera VM, Sherman AM. The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health* 2007;11(1):89-98.
31. Yates P, Dewar A, Fentiman B. Pain: the views of elderly people living in long-term residential care settings. *J Adv Nurs* 1995;21:667-674.
32. Walker J. Caring for elderly people with persistent pain in the community: a qualitative perspective on the attitudes of patients and nurses. *Health and Social Care* 1994;2:221-228.
33. Blomqvist K, Edberg A-K. Living with persistent pain: experiences of older people receiving home care. *J Adv Nurs* 2002;40(3):297-306.
34. Scudds R, Robertson J. Empirical evidence of the association between the presence of musculoskeletal pain and physical disability in community-dwelling senior citizens. *Pain* 1998; 75:229-235.
35. Cook AJ, Chastain DC. The classification of patients with chronic pain: Age and sex differences. *Pain Res Manage* 2001;6(3):142-151.
36. Dunn KS. Testing a middle-range theoretical model of adaption to chronic pain. *Nurs Sci Q* 2005;18(2):146-156.
37. Sofaer B., Moore AP, Holloway I., Lamberty JM., Thorp TAS, O'Dwyer JO. Chronic pain as perceived by older people: a qualitative study. *Age Ageing* 2005;34:462-466.
38. Jakobsson U. Pain Management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Manag Nurs* 2004;4:137-143.
39. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *J Pain* 2005;6(7):471-479.
40. Tse MM, Pun SP, Benzie IF. Pain relief strategies used by older people with chronic pain: an exploratory survey for planning patient-centered intervention. *J Clin Nurs* 2005;14:315-320.
41. Ersek M, Turner JA, Kemp CA. Use of the chronic pain coping inventory to assess older adults' pain coping strategies. *J Pain* 2006;7(11):833-842.

DAGLIGE SMERTER HOS ELDRE I HJEMMETJENESTEN

– EN NORDISK MULTISENTERSTUDIE



Liv
Wergeland
Sørbye

Sykepleier, PhD, førsteamanuensis,
Diakonhjemmet høgskole

Innledning

Forekomst av smerter hos eldre er godt dokumentert (1-2). De eldre selv regner med at smerter i muskel og skjelett hører med til alderdommen. Norge ligger på topp i Europa når det gjelder tjenester til eldre, likevel er det få som bekymrer seg mer enn nordmenn for å bli gamle og hjelpetrengende. Huseby & Paulsen (3) mener at bekymringen for å bli gammel har et bredere og mer eksistensielt grunnlag. Nordmenn liker ikke å bli avhengige av hjelp fra andre, og daglige smerter er assosiert med en økt risiko for behov for hjelp (4).

Litteratursøk i aktuelle søkerbaser og fagtidsskrift (pubMed, CINAHL, Helsebiblioteket, Tidsskrift for Den norske lægeforening og Sykepleien) ga få treff på systematisk kartlegging av smerter hos eldre som mottar hjemmetjenester i Norge (5). Det er foretatt populasjonsstudier (6-7), undersøkelser i sykehjem (8-10), og registrert omfang av smerter innen palliative omsorg (11-12). Helsetilsynet (13) hadde en omfattende kartlegging av mottakere av kommunehelsetjenester sine behov for pleie, men der er smerte ikke nevnt. Så langt vi kan se er det heller ikke foretatt noen sammenlignende studie på dette temaet innen de nordiske landene (14). Hensikten med denne

Sammendrag

Studien undersøker hva som karakteriserer eldre med daglige smerte for å synliggjøre sykepleiefaglige utfordringer. Materialet inkluderer 1695 eldre i de fem nordiske hovedstedene, 65 år eller mer, som mottok hjemmetjenester i 2001/2003. De ble vurdert med det internasjonale verktøyet "Rai Assessment Instrument for Home Care" (RAI-HC). Gjennomsnittsalderen for menn var 82 år (standard avvik (SD) 7,1) og for kvinner 84 år (SD 6,7); 76% var kvinner og 75% bodde alene. Totalt hadde 718 (42%) daglig smerte. En logistisk regresjonsmodell forklarte 25% av daglige smerter. Sentrale variabler var: artritt, osteoporose, hofte – og andre frakturer, selvrapportert dårlig helse, oppbluss av en kronisk lidelse, polyfarmasi og kvinnelig kjønn.

Nøkkelord: hjemmetjenesten, smerter, multisenter, eldre (65+), RAI-HC

artikkelen er å beskrive daglige smerte hos eldre i hjemmetjenesten. Sammenligning på tvers av landegrenser kan gi viktig informasjon om hvordan helsetjenesten møter eldre menneskers behov for tjenester.

Metode og materiale

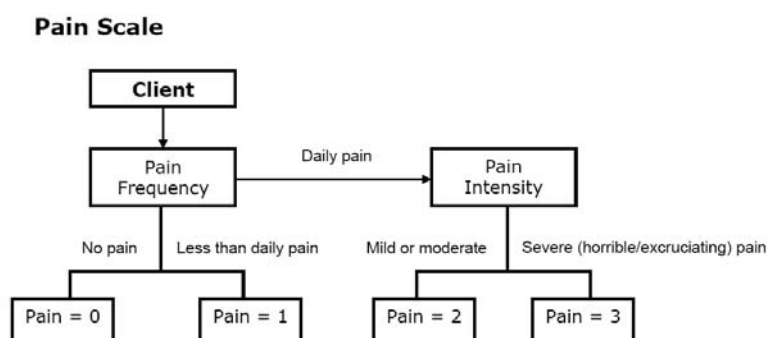
Denne artikkelen inkluderer data fra de fem nordiske hovedstedene som deltok i *The Aged in Home Care* (AdHOC). Dette var en omfattende studie av eldre 65 år eller mer, som ble utført i 11 europeiske storbyer i 2001/2003. Ved oppstart av prosjektet hadde om lag en tredjedel av de gamle hjemmehjelp og omlag to tredjedeler hadde bare hjemmesykepleie eller hjemmehjelp. I det nordiske materialet deltok 1695 pasienter, som utgjør 77 % av de forespurte. De ble vurdert med Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC) (15). RAI-HC er et anerkjent, standardisert og tverrkulturelt instrument som er testet i forhold til validitet og reliabilitet (16). Instrumentet inkluderer variabler som omfatter sosiodemografiske, fysiske og kognitive karakteristika hos pasientene så vel som medisinske diagnoser og medisiner. Disse data ble knyttet til informasjon om omgivelser, servicestrukturer og

servicebruk, inklusiv bruk av hospitalisering og langtidspleie. Etiske og juridiske anliggende ble ivaretatt ut fra det enkelte lands regler og lover. Informantene ble vurdert ved oppstart av studien, så etter seks og tolv måneder. Vurderingen ble foretatt i samarbeid med personell som kjente pasienten over tid.

Variabler som ut fra litteratur og klinisk erfaring har vist seg å være assosiert med smerter ble trukket ut fra RAI-HC instrumentet for videre analyse. Daglig smerte ble vurdert i samtale med pasienten som en hvilken som helst type smerte eller ubehag som pasienten hadde opplevd hver dag siste uke før den første vurderingen ble gjort. Smerteintensitet ble inndelt i: Ingen, mild, moderat, alvorlig og uutholdelig. Smerteskalaen (figur 1) er en kombinasjon av smertens hyppighet og intensitet. Videre registreres om smerten førte til avbrudd av normal aktivitet, lokalisering, og adekvat medikamentell kontroll (17). Smertevariablene i RAI-HC fremgår av faktaboks.

Å være lenket til hjemmet ble definert som: Ikke vært ute av boligen siste uke, eller behov for omfattende hjelp for å komme ut. Depresjon ble vurdert ut fra

Figur 1 Smerteskala med utgangspunkt i smertens hyppighet og intensitet



Source: Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *Gerontologist* 41(2): 173-179, 2001.

ulike spørsmål angående pasientens stemningsleie. En skåre på ≥ 3 på en skala på (0-14) ble diagnostisert som tegn på depresjon (18). For å vurdere den eldre kognitive fungering ble det benyttet en *Cognitive Performance Scale* (CPS) som er sammensatt av følgende variabler i RAI-HC: Hukommelse, kognitive evner til å ta daglige beslutninger, gjøre seg selv forstatt og evne til å spise selv. Skalaen går fra 0-6, hvor 0 er normalt fungerende. Korrelasjon mellom CPS og *Mini Mental State Examination* (MMSE) er på 0.81 (19). For nærmere beskrivelse av metode, materiale og variabler, se tidligere publikasjoner (20-21).

Dataanalysen er foretatt i SPSS-16.0. Dikotomerte variabler blir presentert i frekvens og krystabeller. Variablene i tabell 2 dannet grunnlaget for en regresjonsmodell. Alle resultatene er oppgitt med en sannsynlighetsverdi ($p < 0,05$), konfidensintervall 95%.

Resultater

I tabell 1 presenteres utvalgte bakgrunnsdata. Det var relativt liten variasjon mellom de fem nordiske utvalgene. Gjennomsnittsalderen for menn var 82 år (SD 7,1) og for kvinner 84 år (SD 6,7); 76% var kvinner. Totalt hadde 29% smerte som avbrøt vanlig aktivitet og det var 42% som hadde daglig smerte.

Figur 2 viser andel på de ulike nivå i smerteskalaen fordelt på de ulike hovedstedene. Reykjavik hadde lavest hyppighet av alvorlige/utholdelige smerter (8%), deretter Oslo (11%). I de andre tre hovedstedene hadde ca 14-15% av pasientene så sterke smerter.

Figur 3 viser andel som: 1) ikke hadde daglige smerter eller hvor medisineren ga adekvat lindring, 2) ikke fikk adekvat smertelindring med medisineren 3) hadde smerter - men lot være å ta medisiner. I København og Stockholm var det størst andel som ikke hadde adekvat smertelindring, mens de øvrige hovedstedene var tilnærmet like.

I tabell 2 presenteres frekvensfordeling av bakgrunnsdata og sentrale kliniske karakteristika og sammenhengen med daglige smerter. Tabell 3 viser resultatene fra den logistiske regresjonsmodellen. Den logistiske regresjonsmodell forklarte 25% av sammenhengen mellom daglige smerter og følgende variabler: Artritt, osteoporose, hoftelidelse og andre frakturer, selvrapportert dårlig helse, oppbluss av en kronisk lidelse, polyfarmasi (her ≥ 6) og kvinnelig kjønn, tegn på depresjon, utilsiktet vekttap, "lenket til hjemmet", svimmelhet og redusert sosial aktivitet. Kognitiv svikt var negativt assosiert med smerter (Nagelkerke 0,25). Hosmer og Lemeshow goodness of fit test var ikke-signifikant og det betyr at regresjonsmodellen var godt tilpasset dataene.

Diskusjon

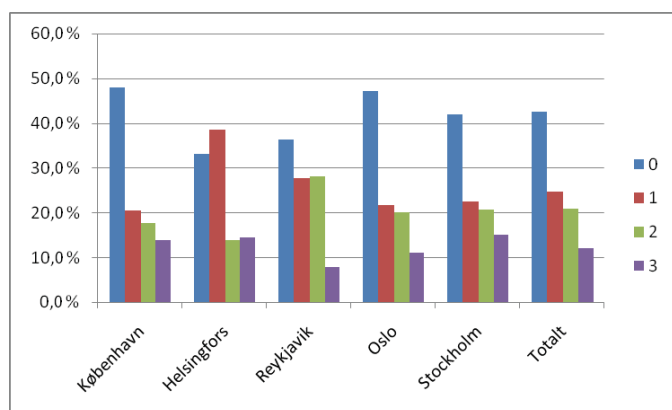
Smerte hos eldre er et sammensatt problem og virker inn på livskvalitet og funksjonsdyktighet (4). I denne artikkelen har vi ved hjelp av data fra et omfattende geriatrisk vurderingsskjema (RAI-HC) beskrevet hva som karakteriserer eldre med daglige smerter i de nordiske hovedstedene. Så langt vi vet, er det ikke gjennomført en tilsvarende studie tidligere.

Daglige smerter forekom hos 39% av de eldre i Oslo-materialet. En tilsvarende vurdering med RAI-HC gjennomført i bydelen St. Hanshaugen/Ullevål i 1998, viste at 37% av de eldre hadde daglige smerter (5). Totalt hadde en lavere andel menn enn kvinner daglig smerte. En årsak kan være at kvinner lider oftere av kroniske sykdommer enn menn (22).

Tabell 1 Sentrale bakgrunnsvariabler fra det nordiske utvalget totalt og for hver av hovedstedene

	København N=469	Helsingfors N=187	Reykjavik N=405	Oslo N=388	Stockholm N=246	Total N=1695
Alder, år (Mean±SD)	84± 6,8	81± 7,6	82± 6,6	84± 6,3	84± 6,8	83± 6,9*
Kvinner	79%	81%	74%	72%	73%	76% (1281)
Bodde alene	76%	83%	68%	74%	80%	75% (1271)
"Lenket til hjemmet"	28%	38%	22%	28%	24%	27% (461)
Sykehus siste 90 dager	13%	16%	13%	13%	14%	14% (230)
Smerte avbryter vanlig aktivitet	31%	37%	25%	26%	30%	29% (486)
Daglige smerter	41%	42%	47%	39%	43%	42% (718)

Figur 2 Andel av brukere av hjemmetjenester i de norske hovedstedene med ingen smerte (=0), sjeldnere enn daglig smerte/mild smerte (=1), moderat smerte (=2) og alvorlig/uutholdelige smerte (=3). N=1695.



Pasienter med artritt og ulike frakturer var spesielt utsatt. Daglig smerte i vår studie var 2,1 ganger så hyppig hos de pasientene som hadde en oppblussing av en kronisk sykdom, sammenlignet med andre pasienter. Dette kan være en årsak til at pasienter med kreft ikke rapporterte mer smerter enn eldre med andre diagnoser. I likhet med tidligere studier (23) forekom smerter sjeldnere i gruppen de eldste gamle; 40,1% av de som var 85 år og eldre sammenlignet med 45,3% av de yngre eldre. Dette kan ha mange årsaker, f.eks. frykt for innleggelse i sykehus, frykt for avvising, oppfatning av at smerte er uunngåelig og at det er uakseptabelt å klage over at man har vondt (24). Kommunikasjonsbegrensninger som svekket hørsel, syn eller taleevne kan

komplisere rapporteringen av subjektive symptomer. Når en stor andel av de eldre hjemmeboende pasientene må avbryte vanlig aktivitet på grunn av smerter, er dette et signal om at de trenger ekstra oppfølging. Pasienter med kognitiv svikt var sjeldnere vurdert til å ha smerter enn andre pasienter, noe som stemmer med andre funn (25). Dette kan tyde på at sykepleierne mangler kompetanse i å tolke tegn på smerter hos pasienter med ulike demenslidelser. Pasienter med daglige smerte hadde oftere tegn på depresjon enn andre pasienter. Noe som også ble bekreftet i materialet fra Sentral- og Sør-Europa (26). Carpenter m. fl. (20) påpekte at pasientene i det nordiske materialet var mindre pleietrengende enn de eldre deltakerne i Tyskland,

Frankrike eller Italia. Når det gjelder daglige smerter er likevel ikke forskjellen så stor (4). En av årsakene kan være at pasientene i det nordiske materialet har statistisk signifikant ($p < 0,001$) langt oftere artritt enn brukerne av hjemmetjenesten i utvalgene i Tyskland, Frankrike og Italia (data ikke vist). Pasienter i de nordiske landene har også en høy andel med hoftebrudd (27).

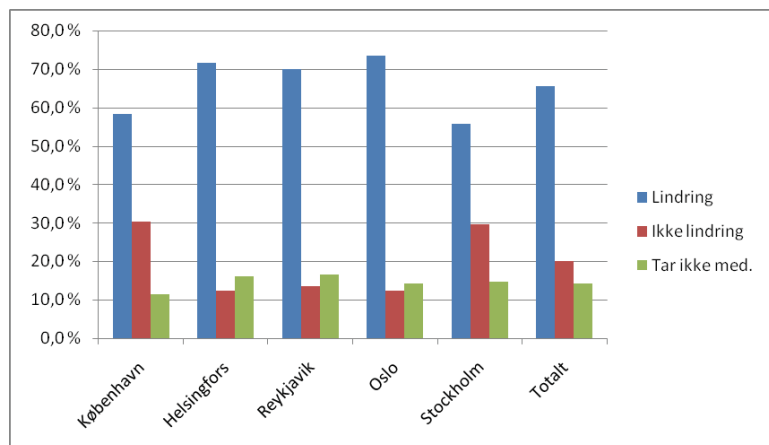
En svensk undersøkelse viste at hjemmeboende som bodde sammen med andre rapporterte signifikant mer smerte enn eldre som bodde alene. Hos de som bodde sammen med andre interfererte smertene oftere med daglige gjøremål og de brukte mer smertelindring enn eldre som bodde alene (28). I vårt materiale var det ingen statistisk signifikant forskjell på aleneboende og de som bodde sammen med andre i forhold til: andel med daglige smerte, avbrudd i dagliglivets aktiviteter på grunn av smerter eller opplevelse av smertelindring (data ikke vist).

Den logistiske regresjonsanalysen omfattet selvrapportert dårlig helse og utilsiktet vekttap. Når den gamle selv opplever at helsen er dårlig er dette et viktig tegn (29). Betydningen av god ernæringsstatus hos eldre har blitt mer fokusert i de siste årene, jamfør Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av risiko for underernæring (30). McConnell m.fl. (31) viser at med intensiv opplæring kan sykepleiere tilegne seg evidensbasert kunnskap og trekke nytte av den kompetansen i møte med den eldre pasient. Spesielt eldre med en demenslidelse trenger kyndige sykepleiere til å tolke deres behov for smertelindring. En oversiktsartikkel over ulike publikasjoner fra AdHOC prosjektet illustrerer kompleksiteten i den eldre hjemmeboende pasient sine behov og betydningen av å bruke et omfattende geriatrikisk vurderingsverktøy (32).

Styrke og svakheter

Styrken i denne studien er at det er benyttet samme utvelgelseskriteriene i alle de fem hovedstedene og at et felles validert og reliabilitetstestet instru-

Figur 3 Andel av brukere av hjemmetjenester i de nordiske hovedstedene hvor det ikke er smerter eller at medisinerer gir lindring (blå), medisinerer gir ikke adekvat lindring (rød), ikke smertelindring og de eldre tar ikke medikamenter (grønn). N=1695.



Tabell 2 Daglig smerter og sammenheng med bakgrunnsvariabler og ulike kliniske symptom. N=1695

Ja/Nei	Totalt		Ingen daglig smerte		Daglig smerte		p-verdi
	N	%	N	%	N	%	
Kvinne	1255	(75,5)	663	(52,8)	592	(47,2)	<0,001
Alder ≥85	716	(43,1)	428	(59,8)	288	(40,2)	0,035
Bodde alene	1243	(74,7)	696	(56,0)	547	(44,0)	0,239
Kreft (enhver diagnose)	119	(7,0)	66	(55,5)	53	(44,5)	0,620
Artritt	407	(24,5)	149	(36,6)	258	(63,4)	<0,001
Osteoporose	268	(16,1)	103	(38,4)	165	(61,6)	<0,001
Hofte og andre brudd	282	(16,6)	128	(45,4)	154	(54,6)	<0,001
Fall ≥ 1 siste 3 mnd	393	(23,6)	194	(49,4)	199	(50,6)	0,001
Ekstrem fedme	56	(3,4)	23	(41,1)	33	(58,9)	0,01
Utilstekt vekttap	169	(10,0)	72	(41,9)	97	(58,1)	<0,001
Depresjon skala ≥ 3 (0-14)	127	(7,6)	48	(37,8)	79	(62,2)	<0,001
Svimmelhet	446	(26,3)	211	(47,3)	235	(52,7)	<0,001
Oppbluss av kronisk sykdom	159	(9,4)	55	(34,6)	104	(65,4)	<0,001
CPS verdi ≥ 1 (0-6)	565	(34,0)	353	(62,5)	212	(37,5)	0,001
ADL skala ≥1 (0-8)	744	(43,9)	140	(18,8)	604	(81,2)	0,001
IADL skala ≥ 1 (0-7)	852	(50,3)	147	(17,3)	705	(82,7)	0,001
“Lenket til hjemmet”	461	(27,2)	230	(49,9)	231	(50,1)	<0,001
Selvrappoertert dårlig helse	518	(30,6)	201	(38,8)	317	(61,2)	<0,001
Redusert sosial aktivitet	586	(34,6)	291	(49,7)	295	(50,3)	<0,001
Øyeblikkelig hjelp hjemme	134	(7,9)	62	(46,3)	72	(53,7)	0,05
Sykehusinnleggelse	230	(13,6)	106	(45,1)	124	(53,9)	<0,001
Polyfarmasi ≥6	874	(51,6)	419	(47,9)	455	(52,1)	<0,001

ment er benyttet. Det at undersøkelsen ikke primært var rettet mot smerter og smertelindring er både en styrke og en svakhet. Fordelen er at den enkelte pasients smerter blir analysert i forhold til annen klinisk informasjon. Svakheten er at dersom en hadde konsentrert seg om å måle smerter kunne en gått mer i dybden med mer detaljerte spørsmål. Denne undersøkelsen gir ikke noe kunnskap om eldre som ikke mottar hjemmetjenester. Kharicha m. fl. (33) viser at spesielt eldre hjemmeboende som bor alene er i høy risiko for en rekke lidelser og trenger oppfølging.

Konklusjon

Daglige smerter forekommer hos ca 40% av eldre som får hjemmetjeneste i de nordiske hovedstedene. Daglige smerter er relatert til artritt, osteoporose og ulike brudd; dette fører igjen til avbrudd i dagliglivets aktiviteter, selvrappoertert dårlig helse og polyfarmasi. Det er viktig at smerter hos eldre og årsaker til disse blir kartlagt og dokumentert. Sykepleiere må i samarbeid med brukeren og annet helsepersonell finne frem til hvordan en best kan redusere smertene hos den enkelte. Informasjonen i denne undersøkelsen gir viktig kunnskap om at de eldre har et stort og udekket behov for smertelindring. Bedre smertekartlegging og behandling kan bidra til å bedre deres funksjonsnivå og livskvalitet og

kanskje redusere behov for institusjonalisering. Det er et stort behov for intervensjonsstudier for å undersøke om bedre smertebehandling kan øke livskvalitet og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre.

Takksgelser

En stor takk til interRAI fellesskapet og samarbeidspartnere i AdHOC, fra de nordiske landene: Harriet Finne-Soveri, Finland; Palmi H. Jönsson, Island; Gunnar Ljunggren, Sverige; Marianne Schroll, Danmark. En takk til Den norske lægeförening for økonomisk støtte.

Referanser

1. Bjoro K, Torvik K. Smerter. I: Brodtkorb K, Kirkevold M, Ranhoff AH, redaktører. *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 333-48.
2. Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Aust J Adv Nurs* 2006 Sep-Nov;24(1):33-8.
3. Huseby BP, Paulsen B. Eldreomsorgen i Norge - Helt utilstrekkelig eller best i verden? Oslo: SINTEF- Helsetjenesteforskning; 2009.
4. Soldato M, Liperoti R, Landi F, Finne-Soveri H, Carpenter I, Fialova D, et al. Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain* 2007 Jun;129(3):304-10.
5. Grue EV, Sørbye LW. *Helse- og omsorgsbehov hos hjemmeboende vurdert med RAI-HC pleie- og omsorgstjenesten i St. Hanshaugen-Ullevål bydel*. Oslo: Diakonhjemmets høgskole-senter; 1998.
6. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miasowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004 Dec;8(6):555-65.
7. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006 May;10(4):287-333.
8. Nygaard HA, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrappoerting og sykepleiers vurdering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005 May 19;125(10):149-51.
9. Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2008 Jul;9(6):427-33.
10. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustoen T. Smerte hos sykehjemspasienter i Norge. *Geriatrisk Sykepleie* 2009;1(2): 13-18.
11. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000 Sep 9;356(9233):888-93.
12. Jordhoy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics.

13. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo: Helsetilsynet; 2003.

14. Szebehely M. Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt. København: Nordisk råd; 2005.

15. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI. et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997 Aug;45(8):1017-24.

16. Morris JF, B; Bernabei, R. RAI -Home Care (RAI-HC). Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead: Opus; 2000.

17. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist* 2001 Apr;41:173-9.

18. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000 Mar; 29(2):165-72.

19. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C. et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000 Dec;38(12):1184-90.

20. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC. et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug;16(4):259-69.

21. Sørbye LW. *Frail homebound elderly basic nursing challenges of home care: a comparative study across 11 sites in Europe [avhandling]*. Tromsø: University of Tromsø; 2009.

22. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain--findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag Nurs* 2004 Sep;5(3):105-17.

23. Carmaciu C, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G. et al. Health risk appraisal in older people 3: prevalence, impact, and context of pain and their implications for GPs. *Br J Gen Pract* 2007 Aug;57(541):630-5.

24. Songe-Moller S, Saltvedt I, Holen JC, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005 Jun 30;125(13):1838-40.

25. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report. *J Pain Symptom Manage* 2004 Dec;28(6):585-92.

26. Onder G, Landi F, Gambassi G, Liperoti R, Soldato M, Catananti C. et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2005 Aug;66(8):982-8.

27. Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordsletten L. et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001 Nov;29(5):413-8.

28. Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living:

Tabell 3 Faktorer assosiert med daglig smerte hos eldre brukere av hjemmetjenesten i hovedstedene i de nordiske land (N=1695)

Faktor	OR ¹	Daglig Smerte	
		(95% CI) ²	p-verdi
Kvinne	1,71	(1,31-2,22)	<0,001
Artritt	2,67	(2,67-2,07)	<0,001
Osteoporose	1,75	(1,29-2,35)	<0,001
Hofte- og andre brudd	1,52	(1,14-2,04)	0,004
Depresjonsskala ≥3 (0-14)	1,68	(1,10-2,59)	0,016
"Lenket til hjemmet"	1,40	(1,10-1,79)	0,007
Svimmelhet	1,35	(1,06-1,73)	0,017
Oppbluss av kronisk sykdom	2,12	(1,44-3,11)	<0,001
Selvrapportert dårlig helse	2,16	(1,70-2,76)	<0,001
Redusert sosial aktivitet	1,32	(1,05-1,67)	0,018
Polyfarmasi (≥6)	1,74	(1,40-2,17)	<0,001
Utsiktet vekttap	1,64	(1,13-2,37)	0,009

Nagelkerke R²=0,25

¹ OR = Odds ratio

² 95 % CI = 95 % konfidens interval

a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain* 2004 Aug;8:335-44.

29. Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *Int J Nurs Stud* 2005 Feb; 2(2):147-58.

30. Guttormsen A, Hensrud A, Irtun Ø, Mowe M, Sørbye LW, Thoresen L. et al. Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av risiko for underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.

31. McConnell ES, Lekan D, Bunn M, Egerton E, Corazzini KN, Hendrix CD. et al. Teaching

evidence-based nursing practice in geriatric care settings: the geriatric nursing innovations through education institute. *J Gerontol Nurs* 2009 Apr;35(4):26-33.

32. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard JC, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E. et al. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009 Mar 20;62(3):235-42.

33. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? *Br J Gen Pract* 2007 Apr;57(537):271-6.

FAKTABOKS

Smertevariabler i RAI-HC versjon 2.0

a. Hyppig klager over eller tegn på smerter

- 0. Ingen smerter 2. daglig, en episode
 1. Smerter sjeldnere enn daglig 3. Daglig, flere episoder

b. Smertens intensitet

- 0. Ingen smerter 3. Alvorlig
 1. Mild 4. Uutholdelig
 2. Moderat

c. Smerten avbryter vanlige aktiviteter (brukerens vurdering)

- 0. Nei 1. Ja

d. Smertens karakter

- 0. Ingen smerte 2. Flere steder
 1. Lokalisert på ett sted

e. Brukeren mener at medisineren gir adekvat smertelindring

- 0. Ja, eller ingen smerter 2. Smerter tilstede, medisiner er ikke tatt
 1. Medisineren gir ikke adekvat smertelindring

SMERTE HOS SYKEHJEMS- PASIENTER I NORGE



**Karin
Torvik**

Førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, Avdeling for sykepleierutdanning og PhD kandidat ved NTNU. Forskningsfeltet er smerte og livskvalitet hos sykehjemspasienter (bildet)

Stein Kaasa

Professor ved Kreft og pasientnær forskning, Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin, NTNU

Øyvind Kirkevold

DrPhilos, Forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Tone Rustøen

Professor ved Høgskolen i Oslo, Avdeling for sykepleierutdanning og Senter for sykepleieforskning og pasientmedvirkning, Rikshospitalet. Hun er hovedveileder på Karin Torvik's PhD prosjekt.

Artikkelen er delvis basert på:

Torvik K., Kaasa S., Kirkevold Ø., Rustøen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Palliative Medicine 2009; 23: 8-16

og publiseres med tillatelse fra Geoffrey Hanks, Editor-in-Chief, Palliative Medicine og Marta Granatowska, SAGE Publications Ltd

Sammendrag

Målet med denne studien var å beskrive forekomst av smerte, medikamentell smertebehandling og hvilke faktorer som var forbundet med smerte hos sykehjemspasienter i Midt-Norge. Alle pasientene (n=307) ved 7 sykehjem ble inkludert i studien. Smerte ble målt ved hjelp av en 4 punkts verbal skala til selvrappoterende og Doloplus-2 til nonverbale pasienter. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 86 år og mer enn 2/3 var kvinner. Totalt var 128 (60%) selvrappoterende, hvorav ca. halvparten rapporterte øyeblikkssmerter. Av de som rapporterte smerte, rapporterte 50% moderat eller veldig sterke smerter. Pasienter med god kognitiv funksjon rapporterte sterkere smerte og fikk sterkere smertestillende medikamenter enn pasienter med mild og moderat kognitiv svikt. Forekomsten av smerte hos nonverbale pasienter ble estimert til å være høyere enn for selvrappoterende pasienter (67.5% vs 51%), men vi fant ingen faktorer som hadde sammenheng med smerte hos nonverbale pasienter. Ca. 30% i den selvrappoterende gruppen og 40% i den nonverbale gruppen fikk ingen smertelindrende medikamenter til tross for smerterapportering. Smerte er et stort problem blant sykehjemspasienter. Vi trenger derfor mer forskning og forskningsbasert kunnskap omkring smertebehandling på sykehjemspasienter.

Nøkkelord: smerte, sykehjemspasienter, Doloplus-2

Innledning

Forekomsten av smerte øker med økende alder (1-3) og smerte er et hyppig forekommende problem hos eldre. Smerteforekomsten i befolkningen generelt varierer fra 25 til 50% (1, 3), og smerteforekomsten hos sykehjemspasienter varierer fra 27 til 84% [4-8]. Smerte er hyppigere hos sykehjemspasienter på grunn av blant annet forekomsten av flere sykdommer samtidig hos en og samme pasient og redusert funksjon (1, 9, 10). I en studie blant palliative kreftpasienter, fant man at pasienter som døde på sykehjem var eldre, hadde dårligere fysisk, kognitiv og sosial funksjon og hadde mer smerter sammenlignet med pasienter som døde på sykehus og hjemme (9).

Sykehjemspasienter med redusert kognitiv funksjon rapporterer mindre smerte enn de med god kognitiv funksjon, og de har også et lavere forbruk av smertelindrende medikamenter (8, 11, 12). Smerteforekomsten i studier blant sykehjemspasienter viser store variasjoner på grunn av blant annet ulike målemetoder (smerter siste uke, øyeblikkssmerter, selvrappoterende, helsepersonell estimerer pasientenes smerte osv) og pasientenes muligheter til å selvrappotere smerte. Studier

viser at mer enn 80% av sykehjemspasientene i Norge har nedsatt kognitiv funksjon (13, 14) og at smerteforekomsten samt bruk av smertestillende ved behov er lavere hos pasienter med nedsatt kognitiv funksjon (13). 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.

I tidligere studier av smerte hos sykehjemspasienter er smertevurdering basert på selvrappoterende (inkluderer bare pasienter som kan selvrappotere smerte) eller data rapportert av helsepersonell (4, 5, 15-17). For å få et mer komplett bilde av smerte hos sykehjemspasienter inkluderte vi alle pasientene på sykehjemmene uavhengig av kognitiv funksjon. Målet med studien var å få svar på følgende forsknings-spørsmål:

- Hva er forekomsten av smerte blant sykehjemspasienter som kan selvrappotere og pasienter som ikke kan selvrappotere smerte i Midt-Norge?
- Hva er den selvrappoterte smertintensiteten?

- Hva er forekomsten av forskrevet smertestillende medikamenter?
- Hvilke faktorer har sammenheng med smerte hos pasienter som kan selvrapporere smerte og pasienter som ikke kan selvrapporere smerte?

Metode

Design og utvalg

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 selvrapporere).

Utvalget i studien er alle pasienter over 64 år fra syv sykehjem. Sykehjemmene er tilfeldig trukket blant sykehjem i Midt Norge Helseregion. Sykehjemmene ble stratifisert før uttrekket, slik at sykehjemmene i data-materialet skulle representere by/land i de tre fylkene i Midt Norge (Møre og Romsdal, Sør Trøndelag og Nord Trøndelag). Utvalget består av et sykehjem fra by og et sykehjem i en landkommune i hver av de tre fylkene. I Møre og Romsdal ble det inkludert to sykehjem fra landkommuner fordi sykehjemmene hadde få pasienter.

Pasientene ble ikke inkludert i studien hvis de hadde vært på sykehjemmet kortere tid enn en uke, hadde kort forventet levetid, var yngre enn 65 år eller hadde problemer med å forstå norsk fordi de hadde et annet språk som morsmål.

Pasientene ble delt i to grupper avhengig av kognitiv funksjon. Pasienter som kunne skåres ved hjelp av Mini-Mental Status Examination (MMS) ble satt i gruppen som kunne selvrapporere. De andre ble kategorisert som ikke selvrapporerende eller proxy målt gruppe.

Datainnsamling

I den selvrapporterte gruppen fylte forsker ut spørreskjemaet i samarbeid med pasienten. Forsker leste spørsmålene og svarene og fylte inn pasientens svar. Proxy ble definert som primærsykepleier, eller den sykepleieren som kjente pasienten best. Forsker lærte opp primærsykepleieren før hun/han skåret pasienten og var tilgjengelig under data innsamlingen.

Demografiske data (alder, kjønn, utdanning og sivil status), kliniske

variabler (medisinske diagnoser, faste medisiner), fungering i dagligdage aktiviteter (Barthel Index) ble registrert fra pasientjournal, kardex, sykepleiepapirer eller ved intervju av pasienter og sykepleiere (der registreringene i papirene var ufullstendig).

Smerte ble målt ved hjelp av en fire punkts verbal skala (VRS) for de pasientene som kunne selvrapporere smerte. Kategoriene på skalaen var *ingen smerte, mild smerte, moderat smerte og sterke smerter*, eller *verst tenkelige smerte* (19). Doloplus-2 ble brukt for å skåre smerte hos pasienter som ikke kunne selvrapporere smerte. Doloplus-2 er et observasjonsbasert smertereregistreringsskjema som er beregnet på personer som ikke verbalt kan kommunisere smerte (19-21). Det skårer smerte på 10 ulike smerteadfærd og er delt inn i 3 grupper; somatiske adferd som kan indikere smerte (klager på smerte, smertelindrende hvilestillinger, beskytter smertefulle områder, ansiktsuttrykk og søvn), psykomotoriske adferd (stell og/eller påkledning og forflytning) og psykososiale reaksjoner som kan indikere smerte (kommunikasjon, sosial aktivitet og adferdsproblemer). Hver adferdsobservasjon skåres på en skala fra 0 til 3 hvor 0 er fravær og 3 er det sterkeste uttrykk for adferden. Dette gir skår fra 0 til 30 på den enkelte pasient. Forskerne som har utviklet Doloplus-2 har definert et skille mellom smerte og ikke smerte på 5, det vil si at dersom pasienten har en totalskår på 5 eller mer, kan det tyde på at pasienten opplever smerte (21).

Etikk

På grunn av at mange av pasientene hadde redusert kognitiv funksjon måtte vi følge retningslinjene som Sosial- og Helsedirektoratet hadde for inkludering av pasienter som ikke var samtykkekompetente ved rekruttering av disse pasientene. Den nærmeste pårørende (som var oppført i kardex) til pasienter som ikke hadde samtykkekompetanse mottok skriftlig informasjon om studien og samtykket skriftlig på vegne av den de var pårørende til. Hvis pasientene i etterkant gav uttrykk for at de ikke ville være med i studien ble de ekskludert selv om pårørende hadde samtykket til deltakelse på vegne av pasienten. Pasienter med samtykkekompetanse gav skriftlig samtykke til deltakelse for inkludering.

Regional Etisk Komite, NSD og Sosial- og Helsedirektoratet gav samtykke til studien.

Statistikk

Statistisk analyse ble foretatt i Statistical Package for the Social Sciences, version 13.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). T-test ble benyttet for å analysere forskjell i alder mellom gruppene, mens forskjell i kjønn, sivil status, utdanning, smerterelaterte diagnoser og faste smertelindrende medikamenter ble analysert ved Fisher's exact test. Forskjeller i Barthel index og MMS ble analysert ved linear association test. Vi brukte en univariat og en multivariat stepwise, logistisk regresjon analyse for å identifisere faktorer som var assosiert med smerte i de to pasientgruppene.

Resultat

Nittitre av 307 pasienter ble ekskludert fra denne studien: 41 ville ikke delta, 50 hadde pårørende som ikke gav samtykke, 1 hadde vært pasient kortere enn en uke, 1 pasient var døende. Totalt, 214 (70%) pasienter er inkludert i denne analysen, men det var ingen forskjell mellom de som var inkludert og ekskludert i studien. Gjennomsnittsalderen til pasientene var 86 år, nesten 60 % var kvinner, en fjerdedel var gifte eller samboere, de fleste hadde kun obligatorisk skolegang og 128 (60%) kunne selvrapporere smerte (Tabell 1). Totalt 92 av 214 pasienter (43%) var totalt eller mye pleietrengende (Barthel Index under 9) og 86 pasienter hadde ikke språk eller kognitiv kapasitet til å forstå spørsmålene i MMS (Tabell 1). Ca. 80% av pasientene hadde MMS skår under 24.

Av de som kunne selvrapporere smerte, rapporterte 51% smerte og av disse rapporterte 55% mild smerte, 31% moderat smerte og 14% sterke smerter (Figur 1). Totalt 67.5% av de som ikke kunne selvrapporere smerte ble estimert til å ha smerte, med en Doloplus-2 skår >4 (Figur 2). De hyppigste diagnoser som var forbundet med smerte var slag (39%), brudd (24%), angina (15%), artritt (13%) og kreft (12%). 28% av de som selvrapporterte smerte og 38% av de som ikke kunne selvrapporere smerte fikk ikke faste smertelindrende medikamenter til tross for at pasientene eller sykepleierne rapporterte at de hadde smerte

Tabell 1 Sammenligning av demografiske og kliniske variabler mellom selvrappoterende og ikke selvrappoterende pasienter (n=214)

	Selvrappoterende pasienter (n = 128)	Ikke selvrapporterende pasienter (n = 86)	Statistikk
Alder ¹			
Gjennomsnitt (SD)	86 (SD ± 7)	86 (SD ± 6)	t = 0.38
Variasjonsbredde i år	65 til 102 n (%)	68 til 100 n (%)	p = 0.70 P verdi
Kjønn ²			
Mann	41 (32)	20 (23)	0.22
Kvinne	87 (68)	66 (77)	
Sivil status ²			
Ugift	16 (13)	9 (10)	0.51
Gift, samboer	40 (31)	19 (22)	
Skilt, separert	5 (4)	4 (6)	
Enke, enkemann	67 (52)	51 (59)	
Missing		3 (4)	
Utdannelse ²			
Obligatoriske skole	78 (61)	49 (57)	0.04*
Utdannelse utover obligatorisk skole	41 (32)	11 (13)	
Missing	9 (7)	26 (30)	
Faste smertestillende medikamenter ²			
Ingen faste smertestillende medikamenter	61 (48)	36 (42)	0.85
Ikke opioider	42 (33)	32 (37)	
Svake opioider	8 (6)	5 (7)	
Sterke opioider	9 (9)	6 (7)	
Andre smertestillende medikamenter (ACT; M 02, 03, 04, 05) ³	6 (5)	6 (7)	
Diagnoser forbundet med smerte ²			
Ja	102 (80)	66 (77)	0.62
Nei	26 (20)	20 (23)	
Barthel index ⁴			
Sterk pleieavhengig (ADL skår <5)	14 (11)	30 (35)	< 0.01*
Middels pleieavhengig (ADL skår 5- 8)	32 (25)	16 (19)	
Lav/middles pleieavhengig (ADL skår 9-12)	37 (29)	22 (26)	
Lite pleieavhengig (ADL skår >12)	45 (35)	14 (16)	
Missing		4 (5)	
Mini mental status			
God kognitiv funksjon (MMS skår 24-30)	14 (11)		
Mild kognitiv svikt (MMS skår 18-23)	49 (38)		
Moderat kognitiv svikt (MMS skår 10-17)	50 (39)		
Alvorlig kognitiv svikt (MMS skår 0-9)	3 (2)		
Missing	12 (9)		

* Signifikant forskjell mellom gruppene, $P \leq 0.05$

¹ T-test

² Fisher's exact test

³ M02 = utvortes preparater ved muskel- / leddsmerter, M03 = muskelrelaxerende midler, M04= giktmidler, M05= midler til behandling av bensykdommer.

⁴ Linear by Linear associations

Diskusjon

Hovedfunnene i denne studien er at mer enn 50% i den selvrappoterende gruppen i sykehjem rapporterer smerte, hvorav nesten halvparten av disse rapporterer moderate (31%) eller sterke smerter (14%). I den proxy rapporterte gruppen var smerte prevalensen over 65%. Ca 30% i den selvrappoterende gruppen og ca. 40% i den proxy rapporterte gruppen fikk ikke faste smertelindrende medikamenter til tross for rapportert smerte. Disse funnene samsvarer med tidligere funn. Nygaard og Jarland (13) rapporterte en smerteforekomst (smerte siste uke) på 47% blant selvrappoterte sykehjemspasienter. Andre studier viser høyere smerteforekomst (16, 22, 23). Smalbrugge med flere (23) fant en forekomst på 68% i nederlandske sykehjem mens en studie fra Iran rapporterte en smerteforekomst på 78%, hvorav 48% hadde moderat smerte og 29% sterke smerter (15).

Det er mange faktorer som kan forklare variasjonen i forekomst av smerte og smerteintensitet i de ulike land. Viktige faktorer kan for eksempel være ulike definisjoner av sykehjem, ulikheter i pasientpopulasjonen på sykehjem i alder, skrøpeligheit, kognitiv funksjon og sykdommer. En viktig faktor er helsepersonell's oppmerksomhet og kunnskap om smertekartlegging og smertebehandling. Ansatte på norske sykehjem har vist økende interesse omkring smerteproblematikken til sykehjemspasientene. Vi håper denne trenden vil fortsette og at det vil bli ytterligere økt fokus på smerte og smertebehandling i sykehjem.

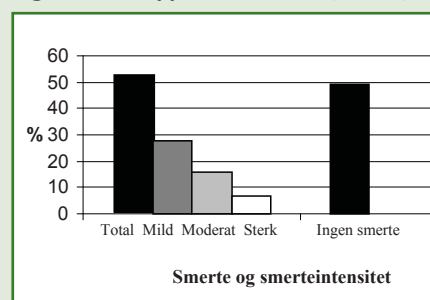
Det var et uventet funn at smerteforekomsten var størst i den proxy målte gruppen. Tidligere studier har vist at smerteforekomsten er synkende når evnen til å selvrappotere smerte avtar, selv om forekomsten av sykdommer som er forbundet med smerte er like høy (5, 24, 25). Noe av forklaringen kan være at det er vanskelig å kartlegge smerte hos ikke kommuniserende personer. Det er derfor veldig viktig at det utvikles verktøy for kartlegging av smerte hos disse pasientene. Vi har i denne studien brukt et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy (Doloplus-2), som er utviklet og validert for å kartlegge smerte hos ikke kommuniserende pasienter. Dette kan kanskje gi et mer korrekt bilde av smerte i denne gruppen, men siden

(Tabell 2). Det hyppigste forskrevne smertelindrende medikamentet var Paracetamol enten som singel medikament eller i kombinasjon med andre medikamenter (Codein eller NSAIDS) (Tabell 1).

Som vist i tabell 2, er det en sammenheng mellom kognitiv funksjon og smerterapportering i den selvrappoterende gruppen. Vi fant i tillegg en lav korrelasjon (Pearson's $r = 0.26$, $p=0.01$) mellom kognitiv funksjon og

rapportert smerteintensitet, pasienter med god kognitiv funksjon, rapporterer høyere smerteintensitet. I gruppen som kunne selvrappotere fant vi i tillegg en korrelasjon mellom smerteintensitet og mer potent smertestillende medikament (Pearson's $r = 0.55$, $p=<0.001$) når vi brukte WHO's smertetrapp. I den proxyrapporterte gruppen fant vi ingen faktorer som var assosiert med smerterapporteringen.

Figur 1 Selvrappotert smerte (n=128)



Figur 2 Proxy estimert smerte (n=77)

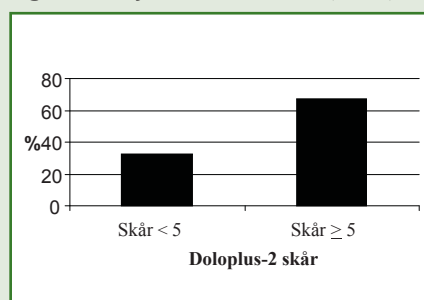


Table 2 Faktorer relater til smerte hos selvrappporterende og ikke selvrappporterende sykehjemspasienter (n=205, missing Doloplus data hos 9 pasienter)

	Selvrappporterende pasienter (n=128)		P verdi	Ikke selvrappporterende pasienter (n=77)		P verdi
	Ikke smerte n=63	Smerte n=65		Ikke smerte n=25 (Doloplus <5)	Smerte n=52 (Doloplus ≥5)	
Alder ¹						
Gjennomsnitt (SD)	86 (SD 7)	87 (SD 6)	t=0.94	86 (SD 7)	86 (SD 7)	t=0.16
Variasjonsbredde i år	65 til 102	72 til 100	p=0.35	72 til 89	68 til 100	p=0.88
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Kjønn ²						
Mann	23 (37)	18 (28)	0.35	7 (28)	12 (23)	0.78
Kvinne	40 (63)	47 (72)		18 (72)	40 (77)	
Diagnoser forbundet med smerte ²						
Ja	50 (79)	52 (80)	1.00	19 (76)	38 (73)	1.00
Nei	13 (21)	13 (20)		6 (24)	14 (27)	
Faste smertestillende medikamenter ²						
Ingen faste smertestillende med.	43 (68)	18 (28)	< 0.01*	11 (44)	20 (38)	0.91
Ikke-opioider	16 (25)	26 (40)		10 (40)	20 (38)	
Svake opioider		8 (12)		1 (4)	4 (8)	
Sterke opioider		11 (17)		1 (4)	5 (10)	
Andre smertestillende medikamenter (ACT; M 02, 03, 04, 05) ³	4 (6)	2 (3)		2 (8)	3 (6)	
Barthel ADL Index (BI) ^{4,5}						
Sterk avhengig	8 (14)	5 (8)	0.93	9 (36)	18 (37)	1.00
Middels avhengig	13 (21)	19 (29)		6 (24)	9 (18)	
Lav/ middels avhengig	17 (29)	19 (29)		5 (20)	15 (29)	
Lite avhengig	23 (36)	22 (34)		5 (20)	8 (16)	
Mini mental status ⁶						
Alvorlig kognitiv svikt	2 (3)	1 (1)	< 0.01*			
Moderat kognitiv svikt	28 (44)	22 (34)				
Mild kognitiv svikt	22 (35)	27 (42)				
God kognitiv funksjon	4 (6)	10 (15)				
Missing	7 (11)	6 (9)				

* Signifikant forskjell mellom gruppene, $P \leq 0.05$

¹ T-test ² Fisher's exact test

³ M02 = utvortes preparater ved muskel- / leddsmerter, M03 = muskelrelaxerende midler, M04 = giktmidler, M05 = midler til behandling av bensykdommer. ⁴ Linear by Linear associations. ⁵ Sterk avhengig=BI <5, Middels avhengig=BI 5-8, Lav/middels avhengig=BI 9-12, Lite avhengig=BI >12.

⁶ Alvorlig kognitiv svikt=MMS skår 0-9, Moderat kognitiv svikt=MMS skår 10-17, Mild kognitiv svikt MMS skår 18-23, God kognitiv funksjon=MMS skår 24-30.

Doloplus-2 er observasjonsbasert kan det være vanskelig å skille ut adferd som spesifikt indikerer smerte fra andre type adferd hos disse pasientene og det kan resultere i en overestimering.

Vi fant også at 28% av de selvrappporterende pasientene og 38% i den proxy målte gruppen ikke fikk faste smertelindrende medikamenter til tross for at de rapporterte/ble skåret til å ha smerter (Tabell 3). Dette viser at smertebehandlingen ikke er tilfredsstillende hos disse pasientene. Disse funnene må også sees i sammenheng med at 70% av de selvrappporterende og 80% av de proxy rapporterte hadde diagnoser som var forbundet med smerte. Utilfredsstillende smertebehandling er godt dokumentert hos sykehjemspasienter, spesielt hos de som ikke kan selvrappportere smerte (4, 5, 6, 11). Årsaken til dette kan blant annet være at eldre personer ikke klager over

smerte fordi de har hatt smerte i mange år, smerte er blitt en del av deres hverdag og de tror at smerte tilhører aldringsprosessen (26). De kan også være redd for bivirkninger som medikamentene medfører (for eksempel svimmelhet). Det er derfor viktig at sykepleierne kommuniserer med pasientene om smerte og kartlegger smerte regelmessig hos pasientene.

Resultatet fra regresjonsanalysen viste at faste smertestillende medikamenter og kognitiv funksjon var faktorer som hadde sammenheng med smerte hos pasienter som kunne selvrappportere smerte. Vi ser også av tabell 2 at pasienter med smerte oftere sto på faste smertelindrende medikamenter enn pasienter uten smerte. Dette indikerer at pasienter med smerte får smertelindrende medikamenter, men at den medikamentelle behandlingen er utilstrekkelig. Vi fant også

at pasienter som kan selvrappportere smerte får mer potent smertestillende medikamenter og at de med best kognitiv funksjon rapporterte oftere smerte og sterkere smerte. Dette viser at det er viktig at pasientene kan gi verbalt uttrykk for smerte for å få best mulig smertebehandling. Sykepleiere ved sykehjem trenger økt kunnskap om smertekartlegging og smertebehandling. Sykepleierne må observere pasienter som ikke kan selvrappportere smerte, med tanke på smerte (lære seg pasientens smerteuttrykk) for å være pasientens hjelper og talsmann i smertekartleggingen og smertebehandlingen.

I den ikke kommuniserende gruppen fant vi ingen faktorer som var assosiert med smerte. Dette gjør at vi stiller spørsmål ved om Doloplus-2 er sensitiv nok til å skille ut pasientens spesifikke smerteuttrykk. Vi har brukt 5 som skille mellom smerte og ikke smerte, slik som det er anbefalt hos de som har utviklet verktøyet. De anbefaler 5 som et skille, men mener at en ikke kan utelukke smerte selv om pasienten skårer lavere enn 5 (27). Doloplus-2 er testet ut på flere grupper eldre og det er funnet god inter-rater og test-retest reliabilitet og validitet hos eldre med redusert kognitiv funksjon (19, 21, 28). En ny norsk studie fant tilfredsstillende inter-rater reliabilitet, men de anbefaler også systematisk trening før en tar i bruk Doloplus-2 (20). Pasientene i denne studien ble skåret av primær-sykepleier med best kjennskap til pasientenes adferd og fikk opplæring i bruken av Doloplus-2. Selv om vi i tillegg brukte diagnoser som var forbundet med smerte og bruken av smertelindrende medikamenter fant vi ingen faktorer som var forbundet med smerte hos ikke kommuniserende pasienter. En bør derfor teste ut Doloplus-2 i nye og større studier for å se nærmere på validitet og reliabilitet og klinisk nytte hos ikke kommuniserende eldre.

En vil kanskje stille spørsmål ved vår bruk av selvrappportert data fra pasienter med lavest MMS skår i denne studien. I en tidligere studie av 113 sykehjemspasienter med varierende kognitiv funksjon fant en at bare 19% ikke var i stand til å selvrappportere smerte ved hjelp av VRS (18). Gjennomsnittlig MMS skår på de som ikke greide å selvrappportere smerte var

Table 3 Faktorer assosiert med smerte hos selvrappoterende og ikke selvrappoterende sykehjemspasienter (n=214)

	Selvrappoterende pasienter			Ikke selvrappoterende pasienter								
	Smerte nå (n = 128)			Doloplus ≥ 5 (indikerer smerte) (n = 77)								
	Univariat analyse			Multivariat analyse Forward Stepwise Cut off, p=0.05			Univariat analyse			Multivariat analyse Forward Stepwise Cut off, p=0.05		
	OR ¹	(95% CI) ²	P verdi	OR ¹	(95% CI) ²	OR ¹	(95% CI) ²	P verdi	OR ¹	(95% CI) ²	P verdi	
Alder 65 + år	1.03	(0.97, 1.08)	p=0.35	---	---	1.01	(0.94, 1.08)	p=0.88	---	---	---	
Kjønn kvinne	1.50	(0.71, 3.17)	p=0.29	---	---	1.30	(0.45, 3.84)	p=0.64	---	---	---	
Smertelindrende medikamenter ³	4.70	(4.46, 8.98)	p<0.01	4.57	(2.26, 9.28)	1.34	(0.74, 2.43)	p=0.34	---	---	---	
Diagnoser forbundet med smerte	0.96	(0.41, 2.28)	p=0.93	---	---	1.17	(0.40, 3.52)	p=0.79	---	---	---	
Barthel index ⁴	0.99	(0.92, 1.07)	p=0.89	---	---	1.00	(0.91, 1.10)	p=0.97	---	---	---	
Mini mental status (MMS) ⁵	1.14	(1.04, 1.24)	p<0.01	1.13	(1.02, 1.24)	---	---	---	---	---	---	

¹ OR = Odds ratio² 95 % CI = 95 % konfidens interval³ Kodet fra 0 til 3, 0 = ingen smertelindrende medikamenter, 1 = paracetamol + ACT M gruppen, 2 = svake opioider (kombinasjon paracetamol og kodein), 3 = sterke opioider⁴ Kodet fra 0 (fullstendig pleietrengende) to 20 (helt selvhjulpen)⁵ Kodet fra 0 (kognitiv svekket) to 30 (kognitiv intakt)

2.3 (18). Dette tyder på at selvrappotert smerteskår i denne studien mest sannsynlig er et uttrykk for pasientens smerteopplevelse og ikke avhengig av smerteskalaen som vi har valgt.

En mulig begrensning av denne studien kan være at utvalget ikke er representativt for andre sykehjemspasienter. En styrke er at sykehjemmene er randomisert og at de som er inkludert på de enkelte sykehjem ikke skiller seg fra de som er ekskludert. At våre funn samsvarer med funn fra andre studier på norske sykehjem er også med styrker representativitetsspørsmålet.

Det kan også være en begrensning at vi ikke har registrert smertestillende medikamenter som er tatt, bare faste forskrevne medikamenter. Pasienter tar ikke alltid foreskrevne medisiner og kan i tillegg få smertestilende medikamenter ved behov.

Oppsummering

Halvparten av pasienter i sykehjem i Midt Norge rapporterer smerte, av disse rapporterer nærmere 50% moderat eller sterk smerte. Over 60% av nonverbale pasienter ble estimert til å ha smerte. Hele 28% av de selvrappoterende og 38% av de ikke selvrappoterende fikk ikke fast smertelindrende medikamenter til tross for at de rapporterte eller ble estimert til å ha smerte. Pasienter med god kognitiv funksjon rapporterte oftere smerte og

sterkere smerteintensitet, til tross for at de fikk mer potent smertelindrende medikamenter. Smerte var ikke forbundet med hvor pleietrengende pasientene var eller diagnoser forbundet med smerte. Vi fant ingen faktorer som kunne predikere smerte hos non verbale pasienter. Smertebehandling er en stor utfordring hos sykehjemspasienter. Vi trenger mer forskning omkring smerte, smertekartlegging og smertebehandling hos sykehjemspasienter.

Referanser

- American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. Clinical practical guidelines: the management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:S205-S224.
- Jones G, Macfarlane G. Epidemiology of pain in older persons. I: Gibson S, og Weiner D, red. *Pain in older persons*. Seattle, WA: IASP Press; 2005. p. 3-22.
- Rustøen T, Wahl A, Hanestad B, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged and older adults. *Clin J Pain* 2005;21(6):513-523.
- Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Trondheim: SINTEF Unimed helsetjenesteforskning; 2003.
- Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:730-737.
- Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *CMAJ* 1999;160(3):329-333.

- McClellan W, Higginbotham N. Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *MJA* 2002;177(1):17-20.
- Nygaard HA, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59:463-469.
- Jordhøy M, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlmer-Elmqvist M, Kaasa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. *Palliat Med* 2003;17(5):433-444.
- Ross MM, Crook J. Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence. *J Adv Nurs* 1998;27:1117-1126.
- Ian YOL, Tan HN. Prevalence of pain in nursing home residents with different cognitive and communicative abilities. *Clin J Pain* 2007;23(2):119-127.
- Parmelee P. Pain in cognitively impaired older people. *Clin Geriatr Med* 1996;12:473-487.
- Nygaard H, Jarland M. Chronic non-malignant pain in Norwegian nursing home residents: patients' self-report and nurses' assessment. *Tidsskr Nor Lægeforening* 2005;10(125):1349-1351.
- Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):843-849.
- Asghari A, Ghaderi N, Ashory A. The prevalence of pain among residents of nursing homes and the impact of pain on their mood and quality of life. *Arch Iranian Med* 2006;9(4):368-373.
- Sawyer P, Lillis P, Bodner E, Allman R. Substantial daily pain among nursing home residents. *JAMDA* 2007;8(3):58-165.
- Teno J, Kabumoto G, Wetle T, Roy J, Mor V. Daily pain that was excruciating at some time in the previous week: prevalence, characteristics,

and outcomes in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:762-767.

18. Closs S, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five assessment scales for nursing home residents with vary degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(3):196-205.

19. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjørnnes M, Stenseth G, Hval B, Filbet M, Loge JH, Kaasa S. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med* 2005;19(5):411-417.

20. Hølen JC, Saltvedt I, Fayers P, Hjermstad MJ, Loge J, Kaasa S. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatr* 2007;19(7):29.

21. Lefebvre-Chapiro S. The Doloplus-2 scale - evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care* 2001; 8:191-194.

22. Ferrrell B. Pain evaluation and management in nursing home. *Ann Intern Med* 1995; 123(9):681-687.

23. Smalbrugge M, Jongenelis LK, Pot AM, Beekman ATF, Eefsting JA. Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment - an observational cohort study. *BMC Geriatrics* 2007;7(3):1-9.

24. Raynolds KS, Hanson LC, DeVellis RF, Henderson M, Steinhauser KE. Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2008;35(4):388-96

25. Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag* 2001;6(3):119-125.

26. Miaskowski C. The impact of age on a patient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manage Nurs* 2000;1(3):2-7.

27. web-side. <http://www.doloplus.com/versiongb/pdf/echelle.pdf>. 2007 (lest oktober 2007).

28. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Abu-Saad HH, Berger MPF. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 2006;6(3):1-15.

BOKANMELDEELSE

ULIKE TEKSTER OM SMERTE

– *Fra nocisepsjon til livskvalitet*



I denne artikkelsamlingen presenteres ny kunnskap og forskning innen deler av fagfeltet smerte. Bokens hensikt er ikke å gi et fullstendig bilde av smerte og smertebehandling, men heller å kaste lys over områder som kanskje ikke har vært så mye fokusert på i tidligere lærebøker om smerte. Bokens bidrag spenner fra smerte i et fysiologisk perspektiv til håp og smerte. Det presenteres tekster om smerte i ulike kliniske kontekster slik som smerte ved hudsykdommer og sår, ryggsmarter, øyesmarter, fantomsmerter, kreftsmarter, samt smerter og kognitiv svikt.

For sykepleiere i geriatri og demensomsorgen vil det være av spesiell interesse at to kapitler er viet smerte hos eldre – som begge er skrevet av duoen Karin Torvik og Karen Bjørø. Et kapittel omhandler smerte hos eldre og setter fokus på smertekartlegging og behandling med geriatrisk fokus. Et eget kapittel er viet smerte hos eldre med demens. På det viset er boken i høyeste grad aktuell ikke bare for oss som arbeider i eldreomsorgen.

Boken tar også for seg kroniske smerter generelt, samt smerte hos intensiv og postoperative pasienter. Vi har jo også mange medlemmer som arbeider på sykehus, og kobling mellom gamle og sykehus er særdeles aktuell. Videre ses smerte i et livsløpsperspektiv og i et

kjønnsperspektiv. Leseren får kunnskap om områder som mestring av smerte, hvordan smerte kan påvirke livskvalitet og hvordan smerte kan kartlegges og kommuniseres. Det fokuseres i boken på hvilke konsekvenser smerte får på livskvalitet, savner kanskje noe fokus rundt psykisk smerte, men vet ikke om det er prematurt å blande psyke og soma innen smertebehandling, håper den dagen kan komme at det er legitimt å forene disse to.

Selv om boken tar opp tema som utvilsomt er av tverrfaglig interesse, er boken spesielt rettet mot fagfeltet sykepleie. Kunnskapen som formidles relateres derfor ofte til implikasjoner for sykepleie i praksis. Den inneholder også ulike kartleggingsskjema brukt i praksis. Og på slutten av hvert kapittel er det utførlige litteraturlister for videre lesning. Hvis du er opptatt av et tema som gjerne kunne vært satt mer fokus på i møtet med gamle er dette boken for deg.

384 sider

Redaktører:

Tone Rustøen og Astrid Klopstad Wahl

Norsk, bokmål

ISBN: 978-82-05-37216-0

Pris kr 445,-

Skrevet av Siri Meyer og noe tekst er også hentet fra Gyldendals nettsider

NSF FGD OPPLAND

inviterer til høstkurs for sykepleiere på Øyer.

Tema: Eldre og legemidler - Generell farmakologi - Spesiell farmakologi - Kasuistikker

Foreleser: Trond Oskar Aamo, avdelingssjef, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

Tid: Torsdag 24 september 2009. - **Sted:** Quality Hotell Hafjell på Øyer

Kursavgift: NSF FGD medlemmer kr 600,-/ikke medlemmer kr 800,-

Bindende påmelding innen 31. 31.08.2009 til Monja Dammen, Camilla Colletts veg 21, 2818 Gjøvik
e-post: monj-da@online.no - Telefon: 47393535 etter kl 17

Program og nærmere informasjon: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

HÅNDTERING AV KRONISKE SMERTE-PROBLEMER HOS SYKEHJEMSPASIENTER – OGSÅ ET SPØRSMÅL OM KOMMUNIKASJON BLANT PERSONALET?



Harald A. Nygaard

Professor emeritus, NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Erdal og Seksjon for geriatri Institutt for samfunnsmedisinske fag Universitetet i Bergen

Sammendrag

Smerteproblemer er en hyppig utfordring i sykehjem. En norsk undersøkelse viste at 51 % av sykehjemsbeboere som kunne rapportere om de hadde smerte eller ei, rapporterte smerte, mens 68 % av dem som ikke kunne uttale seg, ble vurdert til å ha smerteproblemer. Smerte blir lett oversett hos eldre. Dette gjelder også for personer som bor i sykehjem og særlig for personer med alvorlig demens. God kommunikasjon og samhandling er en forutsetning for god omsorg og behandling av sykehjemsbeboere. Både nasjonalt og internasjonalt har det vært liten interesse for å studere denne problemstillingen nærmere. Det forventes, at sykepleier som har en knutefunksjon i sykehjem, har oversikt over beboernes medisinske, psykiske og sosiale tilstand og at problemstillinger som skal håndteres av andre faggrupper formidles videre. I denne sammenhengen er kommunikasjon mellom sykepleier og lege viktig. Tilgjengelig litteratur viser at mangelfull kommunikasjon mellom de forskjellige faggruppene kan gå på bekostning av beboernes vé og vel. Det er påfallende at sykepleiere og leger har tendens til å søke årsakene til dette hos den andre yrkesgruppen. Dels skyldes nok dette sviktende fagkunnskaper med hensyn til smerte hos eldre og spesielt hos personer med demens, men også at man ikke kjenner godt nok til andre yrkesgruppers kompetanse og usikkerhet med hensyn til hverandres profesjonelle rolle. Erfaringer fra Sverige og Danmark tyder på at samundervisning med studenter fra forskjellige helsefaglige områder kan bidra til å utvikle egen profesjonelle rolle og funksjon som medlem av et team.

Nøkkelord: smerte, sykehjem, sykepleier, lege, kommunikasjon

Innledning

I sykehjem konfronteres helsepersonell ikke bare med forskjellige fysiske og psykiske lidelser, men man må også være innstilt på å omgås med og forstå personer med varierende grad av kognitiv svikt. Flere undersøkelser har vist at smerteproblemer blir undervurdert og utilstrekkelig behandlet hos personer med kognitiv svikt/demens (1-4). Cook og medarbeidere nevner fire årsaker: 1) eldre bagatelliserer og underrapporterer ofte smerte; 2) pleiere tar vage og bagatelliserende utsagn lett for *god fisk*; 3) pleieres evne til å identifisere smerte; 4) instrumenter til bruk ved identifisering av smerte i denne pasientgruppen er utilstrekkelige (5). Ofte dreier det seg også om holdninger til smerteproblemer hos eldre.

Mange av alderdommens helseproblemer er assosiert med smerte (6). Definisjon av smerte fokuserer sterkt på den subjektive opplevelsen av smerte. Evnen til å formidle smerteopplevelsen på en "begripelig måte" kan være avgjørende for om personalet oppfatter eller tolker pasientens budskap. Den overveiende del av sykehjemsbeboerne lider av demens og evnen til å formidle subjektive opplevelser varierer. Hos personer med demens kan evnen til å formidle indre opplevelser variere fra dag til dag. Smerte kan for eksempel bidra til forvirring. Kaasalainen har formulert en definisjon av smerte som også tar hensyn til at enkelte personer har nedsatt evne til å uttrykke seg verbalt: *smerte er en ubehagelig subjektiv opplevelse som kan formidles til andre*

enten ved hjelp av selvrapportering dersom dette er mulig eller gjennom forskjellige former for smerterelatert atferd (7).

Forekomst av og håndtering av smerte i sykehjem

Sykehjem er medisinske institusjoner som også ivaretar bofunksjon. Sykehjemsideologien har skiftet mellom å fremheve den medisinske og den sosiale funksjon. Den til enhver tid fremherskende oppfatning påvirker holdningene til balansen mellom det sosiale og det medisinske aspektet. Men det er et faktum som man ikke kan stikke under stolen, de fleste sykehjemsbeboere lider av en eller flere, til dels alvorlige sykdommer som krever kontinuerlig oppfølging og

vurdering. Smerteproblemer er en av mange utfordringer man konfronteres med. En norsk undersøkelse viste at 51 % av sykehjemsbeboere som kunne rapportere om de hadde smerte eller ei, rapporterte smerte, mens 68 % av dem som selv ikke kunne uttale seg ble vurderte til å ha smerteproblemer (8). I en annen studie observerte man at personer med diagnosen demens fikk mindre smertebehandling enn personer med like alvorlig demens, men som ikke hadde journalført demensdiagnose (4). Det ser med andre ord ut for at demensdiagnosen legger føringer for håndtering av smerteproblemer. Tilsvarende er også rapportert av andre (9).

Kommunikasjon i sykehjem – hvordan står det til?

Sykehjemsforskriften fastslår at legen har det medisinske ansvaret, mens sykepleier har ansvar for den sykepleiefaglige virksomheten. Enn videre har sykepleier et selvstendig ansvar for at arbeidet som utføres er faglig forsvarlig. All den stund de fleste norske sykehjem har begrenset med legetjenester, hviler ansvar for kontinuitet og tilsyn med beboernes medisinske tilstand på sykepleier. Sykepleier har ansvar for utdeling av legemidler, er nærmest til å vurdere effekt av behandling og eventuelle bivirkninger/uventede reaksjoner, samt å vurdere når det er aktuelt å administrere medikamenter som er forordnet til bruk ved behov. Dersom to eller flere medikamenter er forordnet til bruk ved tilstander som overlapper hverandre (for eksempel smerte og uro/aggressivitet) forventes det at sykepleier foretar en klinisk vurdering for administrering av behovsmedisin. Sykepleier må på sin side støtte seg på den øvrige pleiestaben bestående av personell med vekslende kvalifikasjoner. Dersom systemet skal fungere forutsetter det god kommunikasjon og samhandling innen og mellom de enkelte faggruppene. Sykepleiers rolle beskrives som bindeledd mellom pasient og lege (9). Men rollen kan trygt utvides til å omfatte arbeid for forståelse for pasientens problemer hos andre medarbeidere (10). Det vil si at sykepleier forventes å ha oversikt over beboernes tilstand og sykepleier er den nærmeste kontakt-

person for yrkesgrupper som ikke til enhver tid har kontakt med beboerne, for eksempel legen.

God kommunikasjon og tverrfaglig samhandling er forutsetning for at sykehjem skal fungere etter sin intensjon. At problemstillingen er av generell interesse fremgår blant annet av at det er ett av punktene som tilsynsmyndighetene vurderer. I 2007 kommenterte for eksempel Helsetilsynet i Hordaland med at "dei færreste institusjonsleiarane hadde teke initiativ til utforming av faste rutinar, til dømes samarbeid mellom pleiepersonell og sjukeheimslege" (11). I en nasjonal kartlegging av legetjenestene i sykehjem kommenterer man at "flere leger viser manglende forståelse for nytten av tverrfaglig samarbeid" (12).

Det finnes lite systematisk kunnskap vedrørende kommunikasjon mellom forskjellige yrkesgrupper i norske sykehjem og håndtering av smerteproblemer. Førland har nærmet seg spørsmålsstillingen ved å se på oppfatning av makt og innflytelse ved å beskrive sykepleieres selvforståelse. Førland forstå makt også som makt til å påvirke pasientrettede tiltak (13). Sammenliknet med sykepleiere som arbeider i sykehus opplever sykepleiere i sykehjem at de har en mer innflytelsesrik og autonom sykepleierrolle (63 % versus 53 %) (14). Førland omtaler ikke kommunikasjon, men beskriver samarbeid og klima sett fra sykepleiers ståsted. Forholdene til hjelpepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter beskrives "langt i retning av vennlig og avslappet". Forholdet til leger vurderes noe dårligere, men likevel mer positivt enn negativt. Sykepleiere angir (med rette) å ha hovedansvaret for koordinering av pasienttiltak. Makten til og ansvar for å skape et godt miljø og å legge forholdene til rette for kommunikasjon og samhandling, omtales derimot ikke.

I sin masteroppgave som er basert på samtaler med sykepleiere fra sykehjem samt kasuistikker, diskuterer Jenssen håndtering av smerteproblemer i sykehjem mer detaljert (9). Det konkluderes med at mangelfulle rutiner for samarbeid, dårlig formidling innen pleierstaben samt usikkerhet omkring egne observasjoner, har negative konsekvenser for pasienten. Likeledes be-

skrives samarbeidsproblemer med tilsynslegen og konsekvensen av mangelfulle fagkunnskaper og mangelfull kjennskap til den enkelte pasient. Konsekvensen av disse forholdene kan være skremmende når dårlig samarbeid fører til behandlingssvikt.

I en studie fra USA hvor man i fokusgrupper diskuterte måter å registrere smerteproblemer på, ble hjelpepleiere fremhevet som meget viktige, "they are eyes and ears". Hjelpepleiere på sin side gav uttrykk for at det ofte er frustrerende å forsøke å bringe informasjon oppover i systemet (15). Denne dissonansen fremkom imidlertid først når fokusgruppene ble inndelt slik at hver faggruppe var for seg. Samme forhold gjelder sannsynligvis også for kommunikasjon mellom sykepleier og lege. I en annen studie (riktignok fra sykehus) undersøkte man svar mellom leger og sykepleier med hensyn til etiske beslutninger. Mens sykepleiere anga uoverensstemmelse i 81 % av beslutningene, mente legene at kun 4 % av avgjørelsene hadde vært konfliktfylte (16). I en kanadisk sykehjemsundersøkelse som omhandlet smertevurdering, ga legen uttrykk for enighet mellom profesjonene i 96 %, hjelpepleiere anga enighet i 68 % og sykepleier i 44 % av alle avgjørelsene (17).

Cohen-Mansfield og medarbeidere har også studert relasjonen mellom sykepleier og lege ved å se på beslutningsprosessen i sykehjem (18). Det konkluderes med at det synes å være forskjell på sykepleieres og legers oppfatning av egen rolle og syn på beslutningsprosessen. Leger og sykepleiere bruker forskjellig terminologi for å beskrive endring i pasientens tilstand. Sykepleiere har bedre kjennskap til pasientens og familiens ønsker, mens leger er mer funksjonsorienterte. Systematisk vurdering av kommunikasjonens betydning ser man sjelden. Schmidt og medarbeidere er et unntak. De påviste at kvaliteten på kommunikasjon mellom sykepleier og lege påvirker kvaliteten av legemiddelbruken i sykehjem (19). Det er ingen grunn til å tro at verdien av god kommunikasjon ikke har en generell innflytelse på pasientomsorgen i sykehjem, blant annet hva gjelder håndtering av smerte.

Kunnskap, kjennskap til pasient

Utredning og behandling av smerte hos personer med demens er en stor utfordring. Det gjelder særlig hos personer med nedsatt evne til verbal kommunikasjon. Undersøkelser har vist at både leger og pleiere har mangelfulle kunnskaper om håndtering av smerterelaterte problemer hos denne pasientgruppen (20), og at dette kan gå ut over pasienten. Kunnskap om og kjennskap til den enkelte pasient/beboer er en forutsetning for å kunne fortolke atferdsendringer som kan gi mistanke om smerteproblemer hos personer med nedsatt kommunikasjonsevne (9, 21). Pleiepersonalet har i denne sammenhengen en nøkkelrolle. I mange sykehjem er det ofte hjelpepleiere som har mest kontakt med pasienter i situasjoner som kan utløse smerteytringer, og de er i en bedre posisjon til å registrere endringer i en pasients atferd, både til det bedre og til det verre. Sykepleiere har en knutefunksjon hvor pasientrelatert informasjon samles. Informasjonen som videreformidles til legen er ofte gjenstand for sykepleiers fortolkning. Det dreier seg derfor ikke utelukkende om kommunikasjon sykepleier – lege, men generelt om kommunikasjon i en avdeling. Imidlertid er forutsetningen, at pleiepersonalet kjenner sine pasienter ikke alltid gitt. I en svensk undersøkelse som omfattet 3724 personer over 65 år, ble den pleier som hadde hatt mest kontakt med pasienten den siste uken bedt om å besvare om vedkommende brukte smertestillende medikamenter. Hos dem som brukte smertestillende regelmessig var dette ukjent (nei eller vet ikke) for pleier hos 5 % av pasientene. Hos dem som fikk smertestillende ved behov var det ukjent for 19 %, og hos dem som ikke fikk noe smertestillende mente pleier at 17 % stod på et smertestillende medikament (22).

Leger vurderer systematisk sykepleieres kompetanse dårligere enn sykepleiere selv gjør. Det gjelder for eksempel evnen til å skille akutte fra ikke-akutte problemer. Heller ikke når det gjelder å oppdage problemer i tide mener leger at sykepleiere holder mål. Det samme gjelder for adekvat vurdering før det tas telefonkontakt med legen. Attpå til er evnen til å fremstille

problemene klart og tydelig ikke god nok (23). van Niekerk og medarbeidere registrerte pleieres klage over legers mangelfulle kunnskapsnivå med hensyn til smertehåndtering. Forfatterne fant det imidlertid bekymringsfylt at sykepleiere generelt var fornøyet med eget kunnskapsnivå, til tross for at flere studier ikke gir grunnlag for en så rosenrød vurdering (24).

Leger vurderer ofte sykepleiers kunnskapsnivå på grunnlag av "kvaliteten" på måten pasientens smerteplager rapporteres på, for eksempel ved telefonhenvendelse. Dersom fremstillingen av pasientens plager er uklar, angir noen leger mer tilbakeholdenhet med å forordne sterkere analgetika (25). Skjønt det kan jo tenkes at uklar problemstilling kombinert med legens mangelfulle vurdering av den enkelte pasient legger grunnen for uklare ordinasjoner. I forbindelse med en undersøkelse i sykehjem registrerte vi at blant 124 pasienter som stod på smertestillende ved behov, var det 56 (45 %) som også hadde et psykofarmakon til bruk ved behov (Nygaard HA & Jarland M, ikke publiserte data). Dette kan føre vakthavende sykepleier ut i en kinkig situasjon. Ikke alle kjenner sine pasienter like godt. Sannsynligheten for at pasienten får utlevert et beroligende medikament er stor (26).

Kommunikasjon – spiller det noen rolle?

Det er påvist at god kommunikasjon mellom sykepleier og lege har ringvirkninger som er av betydning for pasientene både i sykehus (27) og i sykehjem (19). Forutsetningen er at alle som deltar i behandlingsopplegget er inkluderte i prosessen. Noen studier tyder på at helheten drukner i detaljer. I forbindelse med et prosjekt som hadde til formål å bedre smertebehandling i sykehjem opprettet man et kvalitetsforbedringsteam. Prosjektet som også omfattet ikke-medikamentelle tiltak, førte til reduksjon av pasientenes smerteproblemer, men det skjedde ingen endring i forskrivningspraksis (28). Legen var ikke inkludert i prosjektet. Tilsvarende funn gjorde man også i en studie hvor bruken av en smerteskala ble vurdert med henblikk på bedring av smertebehandling. Det resulterte i økt utdeling av analgetika som var ordinert

til bruk ved behov, men det førte ikke til endring av ordinasjon og bruk av analgetika til regelmessig bruk. Forfatterne antyder at dette muligens hadde sammenheng med utilfredsstillende kommunikasjon mellom sykepleier og lege, som ikke var inkludert i prosjektet (29).

Konklusjon

Hvordan kommunikasjonen mellom forskjellige yrkesgrupper i sykehjem fungerer, er kun i liten grad undersøkt. Dette gjelder rent generelt, og også for spesielle problemstillinger som for eksempel håndtering av smerteproblemer. Konklusjonen må bli at den dokumentasjonen som foreligger i vesentlig grad reflekterer uenighet mellom faggrupper, men det er også vist at god kommunikasjon mellom sykepleier og lege har positive konsekvenser for pasientbehandlingen. Ett av problemene er muligens at de enkelte faggruppene innen helsevesenet har utilstrekkelig kjennskap til hverandres kompetanse og usikkerhet med hensyn til hverandres profesjonelle rolle (30). Dette kan være medvirkende til å opprettholde barrierer. Kurs i kommunikasjon for ansatte har vært forsøkt, men sannsynligvis vil det være bedre å forebygge utvikling av forestillinger hva andre yrkesgrupper sin rolle skal være i det helsefaglige teamet. Studier både fra Sverige og Danmark har vist at felles undervisning med studenter fra forskjellige helsefaglige områder kan bidra til å utvikle egen profesjonelle rolle og funksjon som medlem av et team (30, 31).

Referanser

1. Parmelee P. Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996;12:473-487
2. Won A, Lapane K, Gambassi G, et al. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:936-942.
3. Nygaard H, Naik M, Ruths S, et al. Nursing home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59:463-469.
4. Nygaard H, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:730-737.
5. Cook AKR, Niven CA, Downs MG. Assessing the pain of people with cognitive impairment.

Int J Geriatr Psychiatry 1999;14:421 - 425.

6. Jones G, Macfarlane G. Epidemiology of pain in older persons. In: Gibson S, Weiner D, eds. Pain in older persons. Seattle: IASP Press, 2005:3-22.
7. Kaasalainen S. Pain assessment in older adults with dementia. Using behavioral observation methods in clinical practice. J Gerontol Nurs 2007;33(6):6-10
8. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, et al. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. Pall Med 2009;23:8-16
9. Jenssen G-M. Vi spekulerer ikke i smerte. En studie om sykepleiers erfaringer fra smertevurdering til pasienter med alvorlig demens og språkvansker. Masteroppgave. Tromsø: Avdeling for Sykepleie og helsefag, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, 2008.
10. Van Niekerk L, Martin F. The impact of the nurse-physician professional relationship on nurses' experience of ethical dilemmas in effective pain management. J Prof Nurs 2002;18:276-288.
11. Helsetilsynet i Hordaland. Oppsummering etter tilsyn med ni sjukeheimar - kartlegging av legemiddel, utgreiing av aldersdemens og journalføring. Bergen, 2007.
12. Waaler H, Nilsen J. Legetjenester i sykehjem: en nasjonal kartlegging. Helsetilsynets utredningsserier 8/99 1999. Oslo: Helsetilsynet, 1999.
13. Førland O. Sykepleieres selvforståelse av makt- og innflytelsesforhold i det tverrfaglige samarbeidet i tre helseorganisasjoner. Neondagene. Bergen, 17.-18 november 2005. <http://www.bergendsh.no/upload/dokmnt/Paper> (18. april 2009)
14. Førland O. Fra Student til sykepleier. Dokumentasjonsrapport fra fase 1 og 2 av prosjekt "Sykepleieres yrkesløp og yrkesverdier". Rapport nr. 1/2005. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole, 2005.
15. Clark L, Jones K, Pennington K. Pain assessment practices with nursing home residents. West J Nurs Res 2004;26:733-750
16. Larson E. The impact of physician-nurse interaction on patient care. Holist Nurs Pract 1999;13:38-46.
17. Gonthier R. Semiology and evaluation of pain in the subject denies communicating or not. Info kara. 1999;53:12-23.
18. Cohen-Mansfield J, Lipson S, Horton D. Medical decision-making in the nursing home. A comparison of physician and nurse perspective. J Gerontol Nurs 2006;32(12):14-21
19. Schmidt I, Svarstad B. Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. Soc Sci Med 2002;54:1767-1777.
20. Jones K, Fink R, Pepper G, et al. Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. Gerontologist 2004;44:469-478.
21. Parke B. Gerontological nurses' ways of knowing. J Gerontol Nurs 1998;24(6):21 - 28.
22. Lövheim H, Sandman P-O, Kallin K et al. Poor awareness of analgesic treatment jeopardizes adequate pain control in the care of older people. Age Ageing 2006;35:257-261.
23. Cadogan M, Franzi C, Osterweil D et al.

- Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. J Am Geriatr Soc 1999;47:71-75.
24. Van Niekerk L, Martin F. The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. Pain Manage Nurs 2003;4:3-10.
 25. Kaasalainen S, Coker E, Dolovich L, et al. Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. West J Nurs Res 2007;29:561-580.
 26. McDonald D, Frakes M, Apostolidis B, et al. Effect of a psychiatric diagnosis on nursing care for nursing problems. Res Nurs Health 2003;26:225-232.
 27. Shortell S, O'Brien J, Carman J, et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/quality management: concept versus implementation. Health Serv Res 1995;30:377-401.
 28. Baier R, Gifford D, Patry G, et al. Ameliorating pain in nursing homes: a collaborative quality-improvement project. J Am Geriatr Soc 2004;52:1988-1995.
 29. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T, Lix L. Pain assessment as intervention. A study of older adults with severe dementia. Clin J Pain 2008;24:697-707.
 30. Pedersen B. Træning af tværfaglig kommunikation og samarbejde omkring stuegang for læge- og sygeplejestuderende: et pilotprojekt. Ugeskr Læger 2006;165:2449-2451.
 31. Ponzer S, Hylén U, Kusoffsky A, et al. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. Med Educ 2004;38:727-736.

Leder forts. fra s 3 . . .

Fordi det i dag ikke finnes et standardisert nonverbalt verktøy som kan anbefales for bred anvendelse i praksis, skisseres en anbefalt helhetlig strategi for smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens.

Artiklene i denne utgaven av GS dokumenterer at smerte er et helseproblem for eldre med stor betydning for deres livskvalitet. Smerte er en av hovedutfordringene i geriatrisk sykepleie og en verdig eldreomsorg. For å løse disse utfordringene må vi ha solide geriatriske fagkunnskaper og etablere gode systemer for smertekartlegging og behandling, og sykepleiere i geriatri og demensomsorgen har en nøkkelrolle i dette forbedringsarbeid. Redaksjonen i GS håper at artiklene i dette nummeret vil inspirere og motivere sykepleiere til å ta fatt på denne hovedutfordring i geriatrisk sykepleie.

Redaksjonen takker forfatterne for sine artikler. Vi takker også redaksjonskomiteen for kyndig bistand med tidskriftet.

God lesing!

Karin Bjørø

Referanser

1. Hall-Lord ML. Gamle mennesker med langvarig smerte. Geriatrisk Sykepleie 2009;1(2): 4-7.
2. Sørbye LW. Daglige smerter hos eldre i hjemmetjenesten – en nordisk multisenterstudie. Geriatrisk Sykepleie 2009; 1(2): 8-12.
3. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustøen T. Smerte hos sykehjemspasienter i Norge. Geriatrisk Sykepleie 2009;1(2): 13-18.
4. Nygaard HA. Håndtering av kroniske smerteproblemer hos sykehjemspasienter - også et spørsmål om kommunikasjon blant personalet? Geriatrisk Sykepleie 2009;1(2): 19-22.
5. Bjørø K. Verktøy for atferdsbasert smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens - hvilket er best i test? Geriatrisk Sykepleie 2009;1(2): 24-27.

NSF FGD ROGALAND inviterer til seminar

**Tema: Palliasjon, fokus på smertebehandling hos personer med demens
Omsorg for den døende pasient – Ethiske utfordringer**

Foreleser: Dr. Aart Huurnink, Boganes lindrende enhet

Tid: 22. september 2009 kl. 14-17. - *Sted:* Universitetet i Stavanger

Bindende påmelding innen 11. sept. 2009 til Torhild Warland, Kvernevikveien 13, 4048 Hafersfjord - Telefon: 51 55 28 75 - Mobil: 990 30 493
E-mail: torhild@nsfgeriatridemens.no

PSYKISK HELSE HOS ELDRE PÅ DAGSORDEN

Med utgangspunkt i Landsmøtesak 11/07, NSF's innsatsområder for landsmøteperioden og NSF sitt prinsippprogram, besluttet forbundsledelsen å utarbeide en egen plattform knyttet til psykisk helsearbeid og rusavhengighet. Plattformen ble utarbeidet av fagpolitisk avdeling i NSF, i samarbeid med bl.a. NSF's faggrupper for psykiatri, geriatri og demens, og helsesøstre, samt NSF Oslos Rus-nettverk.

Jeg har som faggrupeleder av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens (NSF FGD) deltatt i gruppen som har utarbeidet plattformen, og den ble vedtatt i forbundsstyret den 18. juni.

Psykisk helse hos eldre er et viktig faglig fokus for faggruppen. Demens, depresjon og angst er eksempler på psykiske lidelser som er hyppig forekommende i den eldre delen av befolkning og som kommer til å øke i omfang i årene fremover. Noen eldre har et rusproblem som

følge av overforbruk av alkohol og legemidler, og i tillegg begynner første generasjons stoffmisbrukere å bli gamle. Dette utgjør store utfordringer, og her er det vi som har den sykepleiefaglige spisskompetansen. Gjennom vår deltakelse i NSF's arbeid har vi klart å få satt fokus på den psykiske helsen hos eldre mennesker.

I årene fremover skal NSF arbeide for *et mer helhetlig og forsvarlig tjenestetilbud til eldre med psykisk helse-svikt og/eller rusproblem*, går det frem av plattformen. NSF vil være pådriver for å sette psykiske helsetjenester til eldre på dagsorden. Eldre med psykiske lidelser og rusproblem skal ha lik rett til utredning, behandling og oppfølging som den øvrige delen av befolkningen, i følge NSF. Forbundet skal være pådriver for rekruttering og bibehold av kompetent personale innenfor klinisk praksis. Etablering av gode rutiner for raskere utredning og behandling av eldre kjennetegner god praksis, og NSF skal arbeide for at

dette kommer på plass innen psykisk helsetjeneste for eldre. NSF skal også være pådriver for å etablere trygge forhold for eldre med psykiske lidelser i kommunehelsetjenesten.

Alle disse punktene burde være en selvfølge, men slik er det dessverre ikke. Ved å sette fokus på eldres psykiske helse, er vi med på å gjøre det kjent at å få psykiske plager i alderdommen ikke er en del av den normale aldringsprosessen, men noe du kan få hjelp med. Ingen skal behøve å lide på grunn av vår uvitenhet.

Det er ikke bestemt hvordan dokumentet skal distribueres, men det vil bli mulig å få tak i via NSF eller faggruppen.

Reportasje: Hilde Fryberg Eilertsen



NSF's FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår leder Hilde Fryberg Eilertsen.

I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF: Kontingent: kr 252,- pr. år

(Pensjonister, ufør (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent).
Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD

v/Hilde Fryberg Eilertsen, Vikaveien 21, N-9022 Krokelydalen

FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe.

For å finne vår nettside, går du inn på: <http://www.sykepleierforbundet.no>.

Under Faggrupper finner du FGD Faggruppe i geriatri og demens. Der legges det inn aktuelt stoff fortløpende, og det er fint om jeg kan få tips om aktuelle artikler og annet interessant stoff som du tror andre kan ha glede av å lese.

E-postadresse og tlf.nr finner du øverst på denne side.

Faggruppa har også en nettside her: www.nsfgeriatriidemens.no.



VERKTØY FOR ATFERDSBASERT SMERTEKARTLEGGING – HVILKET ER BEST I TEST?



Karen Bjørø

Sykepleier, PhD, forsker i sykepleie, Kirurgisk klinikk, Oslo universitets-sykehus, Ullevål

Innledning

Om lag 66.000 personer lider av demens i Norge i dag og tallet forventes å øke til nærmere 135.000 innen 2040 på bakgrunn av økende levealder (1). Alzheimer, den vanligste type demens, er en progressiv og uhelbredelig sykdom som medfører alvorlig kognitiv svikt, tap av språk, og manglende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter. Ved alvorlig demens har den enkelte eldre behov for døgkontinuerlig pleie og omsorg i sykehjem, der forekomsten av demens er på 80% (2). I norske sykehjem har også halvparten av beboerne smerte (3,4).

Byrden av demenssykdommer kommer i tillegg til andre smerteassosierte sykdommer som slag, angina, slitasjegikt, kreft, osteoporosis og benbrudd som også har høyere forekomst i den eldre delen av befolkningen (3). Flere studier viser at andelen smerteklager hos eldre minker med økende grad av kognitiv svikt (5,6). Det er uklart hvorfor det er slik fordi eldre med kognitiv svikt har like høy forekomst av smerteassosierte sykdommer som eldre uten kognitiv svikt (4). Likevel får eldre med demens mindre smertestillende enn de uten demens (3,4,6,7). Svikt i smertebehandlingen til eldre kan ha mange årsaker, men

Sammendrag

Artikkelen fokuserer på atferdsbasert smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens. Kriterier for vurdering av standardiserte atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy presenteres og drøftes inkludert begrepsmessig grunnlag, kjennetegn på pasientutvalg og setting, reliabilitet og validitet samt brukervennlighet. Basert på disse kriterier blir tre verktøy som er tilgjengelig på norsk kritisk vurdert. Resultatene av kritisk granskning viser at det foregår et viktig arbeid med å utvikle og teste atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy for eldre med demens i Norge. Det er imidlertid på det nåværende tidspunkt ingen av de standardiserte verktøyene som peker seg ut som best i test og som kan anbefales for bred anvendelse i praksis. Videre utvikling og testing er nødvendig. Til slutt presenteres anbefalinger om viktige punkter som bør inngå i en helhetlig smertekartlegging av pasienter med alvorlig demens.

Nøkkelord: smerte, nonverbal kommunikasjon, atferd, demens

den mest bekymringsfulle er at helsepersonellet mangler gode rutiner på systematisk smertekartlegging. Helsepersonell mangler også evne til å gjenkjenne smerte hos eldre med demens (8-10). Disse forskningsresultater viser behov for forbedring i smertekartlegging og behandling.

Regelmessig og systematisk smertekartlegging er nøkkelen til optimal smertebehandling og kliniske retningslinjer anbefaler bruk av valide verktøy for smertekartlegging (11,12). Bruk av standardiserte smertekartleggingsverktøy har til hensikt å skaffe pålitelig informasjon for valg av smertebehandling og evaluering av behandlingseffekt, samt å fremme god kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell. Smerte er en høyst personlig og subjektiv opplevelse og derfor anbefales det bruk av selvrporterings skjema som numerisk rangeringsskala og verbal rangeringsskala. Studier viser at de fleste eldre mennesker med mild kognitiv svikt og mange med moderat svikt kan bruke slike selvrporteringsverktøy (13). Etterhvert som en demenstilstand utvikler seg svekkes evnen til selv å forstå og sette ord på indre sanseopplevelser som smerte, og dette innebærer et alvorlig hinder til smertekartlegging.

Helsepersonell og pårørende må da observere atferd og verbalisering som stønning, for å vurdere om smerte kan være tilstede.

I de senere år er det utviklet flere standardiserte verktøy for atferdsbasert smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens. Det er imidlertid flere forhold som bør vurderes før et standardisert atferdsbasert smertekartleggingsverktøy innføres i praksis. Denne artikkelen fokuserer på kriterier for evaluering og utvalgelse av atferdsbasert smertekartleggingsverktøy, gir en kortfattet kritisk vurdering av verktøy som er tilgjengelig på norsk, og skisserer punkter som bør inngå i en helhetlig smertekartlegging av pasienter med alvorlig demens.

Kriterier for valg av atferdsbaserte smerteverktøy for eldre med alvorlig demens

Flere nyere kunnskapsoppsummeringer har satt fokus på atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy for eldre med alvorlig demens (14-17). Disse har hver for seg konkludert med at lovende verktøy er under utvikling, men at det foreløpig ikke er noen verktøy som kan anbefales som *best i test*. De fleste verktøy er evaluert i studier med små pasientutvalg og i et begrenset antall

kliniske settinger, noe som medfører begrensninger ift generalisering av resultatene. Det er for tidlig å anbefale ett verktøy for bred anvendelse i klinisk praksis.

Herr og medarbeidere har kritisk vurdert atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy for nonverbale eldre med demens i flere kunnskapsoppsummeringer (18-20). I juni 2008 ble en oppdatert granskning som inkluderte 16 atferdsbaserte verktøy gjort tilgjengelig på <http://prc.coh.org/PAIN-NOA.htm> (17). Kritisk vurdering er gjort ut fra fem nærmere spesifiserte kriterieområder: begrepsmessig grunnlag, kjennetegn på pasientutvalget og settingen der verktøyet ble evaluert, reliabilitet, validitet, samt brukervennlighet for klinisk praksis. Kriteriene bør også brukes av sykepleiere og andre i praksisfeltet når atferdsbaserte verktøy vurderes, og disse utdypes kort i det følgende.

Begrepsmessig grunnlag.

Gamle mennesker med alvorlig demens viser stor variasjon i smerteuttrykk. En omfattende liste med seks hovedkategorier av aktuelle smerteatferd og indikatorer er utarbeidet av Den amerikanske geriatriforeningen (AGS) og fremgår av Tabell 1 (21). Ansiktsuttrykk som grimaser og rynket panne, verbaliseringer som stønning eller grove utrop, eller beskyttende

kroppsbevegelser er atferd som vanligvis assosieres med smerte. Imidlertid kan atferd som endringer i mental status og subtile endringer i samhandling med andre mennesker også tyde på smerte og kan manifestere seg som økt forvirring, delirium, aggressivitet eller motstand i stellesituasjoner. Likeledes kan endring i vanlig aktivitetsmønster bety smerte, som at den eldre spiser eller sover mer eller mindre enn vanlig. Listen over nonverbale smerteatferd kan brukes som utgangspunkt for å vurdere hvor omfattende eller dekkende atferdspunktene i et standardisert verktøy er. Verktøy med et dekkende utvalg av mulige smerteatferd vil være mer sensitive med større sannsynlighet for å oppdage smerte. Men noen smerteatferd som for eksempel aggressivitet eller uro, kan være tegn på andre forhold enn smerte. Disse atferd er ikke spesifikke for smerte og verktøyet vil kunne gi falskt svar. Hvis kun smertespesifikke atferd blir inkludert, vil verktøyet feile mindre. Smerte vil imidlertid kunne gå uoppdaget hos et individ med et uvanlig smerteuttrykk. Det beste er høy sensitivitet og spesifisitet, men dette kan være vanskelig å få til nettopp fordi smerteuttrykket er så forskjellig fra person til person. Fysiologiske indikatorer som endring i respirasjon, hjerterefrekvens, blodtrykk, er ikke følsomme smerteindikatorer (12).

Vurdering av endring i atferd (endring i appetitt, søvnmønster) som uttrykk for smerte forutsetter kjennskap til pasientens vanlige atferdsmønster. Smerteverktøy som vektlegger atferdsendringer er bedre egnet i settinger der personalet kjenner pasienten, som sykehjem eller hjemmesykepleie. I situasjoner der personalet ikke kjenner pasientens vanlige væremåte som i akutt sykehus, er det hensiktsmessig å begrense indikatorer til de som er vanlig å observere.

Et atferdsbasert smerteverktøy kan bidra til å avdekke om smerte er tilstede men ikke intensiteten av smerten (12,18,22). Selv om noen atferdsbaserte verktøy forsøker å kvantifisere smerte, er skåre som produseres ikke det samme som smerteintensitet. En atferdsbasert smerteskår kan ikke sammenlignes med en standardisert smerteintensitetsskår eller kategorier av smerteintensitet.

Reliabilitet og validitet.

Styrken på verktøyetets reliabilitet og validitet basert på evalueringsdata må kritisk vurderes når et atferdsbasert verktøy skal velges. Verktøy må gjennomgå gjentatte utprøvinger i ulike kliniske settinger (f.eks akutt sykehus, sykehjem) og utvalg for å samle støtte på reliabilitet og validitet. Reliabilitet handler om hvor konsekvent og nøyaktig verktøyet måler, inkludert indre konsistens, interater og test-omtest reliabilitet. Validitet omhandler hvorvidt verktøyet måler smerte og om verktøyet har evne til å skille mellom smerte og andre fenomener. Validitet kan måles som begrepsvaliditet eller kriterievaliditet. Reliabilitet er kritisk fordi et måleverktøy som ikke måler konsekvent er verdiløst uansett om det er valid (23).

Brukervennlighet innebærer en vurdering av hvordan et verktøy fungerer i klinisk praksis. De som skal bruke verktøyet har behov for klare bruksinstruksjoner. Hvor mye tid tar det å utføre smertekartleggingen? Hvor mye opplæring og øvelse trengs for å bruke verktøyet? Hvordan skal verktøyet skåres? Hvordan skal totalskår tolkes? De som utvikler et verktøy må oppgi disse opplysninger og det er viktig at sykepleiere i praksisfeltet etterspør og vurderer denne informasjonen kritisk før et verktøy velges.

Tabell 1 Vanlig smerteatferd hos eldre med kognitiv svikt

- **Ansiktsuttrykk:** Mørkt, trist, fryktsomt ansiktsuttrykk, grimasering, rynket panne, lukkede øyne, rask blinking.
- **Verbalisering, vokalisering:** Sukking, jamring, stønning, grynting, utrop, gjentatte monotone rop, støyende åndedrett, rop om hjelp, grove utrop.
- **Kroppsbevegelser:** Rigid anstrengt kroppsstilling, beskyttende kroppsbevegelser, urolige, nervøse bevegelser, gyngende bevegelser, rytmiske bevegelser, begrensede, monotone bevegelser, endringer i gangart og kroppsbevegelse.
- **Forandring i mellommenneskelig samhandling:** Aggressiv, stridslysten, motsetter seg omsorg. Minkende sosiale interaksjoner, sosialt uakseptable, opprivende forstyrrende oppførsel, tilbakeholden, reservert oppførsel.
- **Forandringer i aktivitetsmønster og rutiner:** matvegning, endringer i matlyst, lengre hvileperioder, endringer i søvnmønster, plutselige endringer i vanlige rutiner, økt vandring.
- **Forandring i mental status:** gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring og irritabilitet.

Kilde: AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002;50(6 Suppl):S205-224.

Norske verktøy for smerte-kartlegging hos eldre med alvorlig demens

Tidligere kunnskapsoppsummeringer viser at tre verktøy for atferdsbasert smertekartlegging er tilgjengelig på norsk: Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI) (24,25), Doloplus-2 (26,27), og Mobilization-Observation-Behavior-Intensity Dementia Pain Scale (MOBID) (28,29). Tabell 2 viser en oversikt over verktøyenes styrker og svakheter basert på tidligere kunnskapsoppsummeringer ved Herr og medarbeidere (17,18) samt nyere evalueringstudier.

Atferdsbaserte verktøy som er tilgjengelig på norsk er i ulike faser i utvikling. CNPI er evaluert både i sykehus og sykehjem. Det er begynnende støtte både for validitet og reliabilitet, men det gjenstår å avklare hvordan skår skal tolkes. Doloplus-2 har også gjennomgått evaluering i både sykehjem og sykehus. Støtte for validitet og reliabilitet øker basert på evalueringstudier i flere land. Imidlertid viser to norske studier motstridende resultater hva gjelder validitet (27,30), og indikerer behov for ytterligere evalueringstudier. Videre kan det være behov for revisjoner av verktøyet. Dessuten er det viktig å merke seg at nederlandske sykepleiere har vurdert Doloplus-2 som den minst foretrukne av tre atferdsbaserte smerteverktøy (31). MOBID er et nytt verktøy med kun en evalueringstudie så langt gjennomført i et lite utvalg på ett sykehjem. Verktøyet omfatter kun tre av seks atferdskategorier på AGS listen. Verktøy forsøker å måle antatt smerteintensitet basert på smerteatferd, noe det ikke er støtte for i forskningslitteraturen (12,22). Resultatene av denne kritiske vurderingen viser behov for ytterligere testing av MOBID for å etablere verktøyets reliabilitet, validitet og skåring.

Det er oppmuntrende å registrere at det skjer et viktig arbeid med å utvikle og teste atferdsbaserte verktøy for smertekartlegging for eldre med demens. Foreløpig er det imidlertid ingen av de tre norske verktøy på peker seg ut som klart *best i test* og det er behov for flere utprøvinger. Det kan også være interessant å oversette flere av de eksisterende atferdsbaserte verktøy til norsk og prøve ut disse.

Tabell 2 Oversikt over styrker og svakheter for atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy tilgjengelig på norsk for bruk med eldre med alvorlig demens

Verktøy	Beskrivelse	Atferd dekning*	Validitet	Reliabilitet	Brukervennlighet
CNPI (24,25, 32,33)	6 atferdsbaserte punkter Atferdspunkter skåres tilsted/ikke tilstede	Begrenset	Moderat	IKR: Moderat IRR: - God med geriatriske spl. - Svak til moderat med spl./hpl i praksis TOR: Svak til moderat	Lett å bruke, men tolkning av skår er uklart. Testet i sykehus og sykehjem
Doloplus 2 (26,27,31,34-37)	10 atferdsbaserte punkter 0-3 skala Totalskår: 0 til 30	God	Moderat støtte for validitet for det meste, men enkelte studier viser svak støtte	IKR: Total skala: moderat til god Subskalaer: svake til moderate IRR: -Totalskår: moderat -Enkelt punkter: moderate til god for det meste TOR: Tilfredsstillende	Testet i sykehus og sykehjem Tidsforbruk: 10m Terskelverdien for smerte på ≥5 ikke begrunnet Vanskelig å bruke Totalskår vanskelig å tolke
MOBID (28,29)	3 atferdspunkter kartlegges ifm 5 standardiserte, guidede bevegelser av overkropp og ekstremiteter. For hver bevegelse skåres antatt smerteintensitet på en 0-10 skala Overall antatt smerteintensitet skåres på en 0-10 skala	Begrenset	Begrepsvaliditet støttes av høyere MOBID skår ved bevegelse enn i hvile Det er uklart hvordan tilstedeværelse av atferd omsettes til antatt smerteintensitet	IKR: Atferdspunkter: ikke oppgitt Antatt smerteintensitet: god IRR: Atferdspunkter: svake til gode Antatt smerteintensitet: god til meget god TOR: Atferdspunkter: svake til gode Antatt smerteintensitet: gode til meget gode	Testet i sykehjem Skjemaet virker enkelt og lettfattelig Skåring er uklart Foreligger lite informasjon om brukervennlighet

*Atferd dekning: vurderingen er basert på antall smerteatferdskategorier verktøyet dekker basert på AGS listen (jfr. Tabell 1), 0-4 kategorier = begrenset dekning, 5-6 god dekning.
IKR = intern konsistens reliabilitet, IRR = interrater reliabilitet og TOR = test-omtest reliabilitet.
Spl=sykepleier, hpl=hjelpepleier.

Anbefalinger for bruk av atferdsbasert smertekartleggingsverktøy

Da det foreløpig ikke foreligger et verktøy for atferdsbasert smertekartlegging hos eldre med demens, anbefaler Den amerikanske organisasjon for smertesykepleiere en strategi med fem trinn som utgangspunkt for en helhetlig kartlegging av smerte hos nonverbale eldre med demens (12), som skisseres i det følgende.

- Forsøk å få en selvrappport. Spør pasienten. En person med alvorlig demens kan muligens svare *ja* eller *nei* på direkte spørsmål om de har vondt. Det kan være vanskelig for eldre med demens å huske smerte opplevd i fortiden. Spør derfor om smerte *her* og *nå*. Vær konkret. Eldre med demens har vanskeligheter med å tenke abstrakt. Prøv en enkel verbalrangeringsskala med få valgmuligheter og stor skrift. Les opp valgmulighetene, gjenta, og gi tid til å svare. Vedvarer mistanke om smerte hos den eldre personen med alvorlig demens, er det viktig å fortsette kartlegging med observasjon av atferd.

- Kartlegg mulige årsaker til smerte. Smerte bør formodes å være tilstede hos pasienter med en sykdom eller skade som er en kjent årsak til smerte. Smerte bør også forventes hos eldre som gjennomgår smertefulle prosedyrer og kirurgiske inngrep på lik linje med andre mennesker. Vurder om potensielle problemer som bruddskader, infeksjoner, obstipasjon, trykkskade kan være årsak til smerte og ubehag.

- Observer atferd som kan bety smerte. Benytt gjerne listen til AGS som omfatter både vanlig smerteatferd og atferd som er mindre vanlig. På den enkelte post eller avdeling kan det være interesse for å prøve ut et standardisert atferdsbasert smerteverktøy og evaluere egnethet i forhold til egen setting og pasientgruppe. – Og dette bør det oppmuntres til.

- Samarbeid aktivt med pårørende. Familiemedlemmer som kjenner pasientens væremåte kan bidra med sine observasjoner og hjelpe med å tolke pasientens atferdsuttrykk. Opplæring av pårørende om smerteatferd hos eldre med demens er en viktig sykepleieopp-

gave. Både i sykehjem, hjemmesykepleie og på sykehus er det mange grupper av helsepersonell med direkte pasientkontakt. Opplæring av medarbeidere i observasjon av smerteatferd og etablering av gode rutiner for rapportering av observasjoner er også viktige tiltak.

- Analgetisk prøvebehandling bør startes etter forordning av og i samarbeid med lege. Dersom det ikke lykkes å avklare en objektiv årsak til smerte, bør smertestillende forsøkes som ledd i å avklare om smerte kan være tilstede. Hvis administrasjon av smertestillende medfører at mistenkelig atferd reduseres helt eller delvis, er det sannsynlig at smerte var årsaken, og videre behandling kan forordnes.

Konklusjon

Smertekartlegging hos eldre med alvorlig demens er utfordrende for sykepleiere, leger og andre i det tverrfaglige team. Atferdsbaserte smertekartleggingsverktøy bør benyttes, men foreløpig er det ingen av verktøyene tilgjengelig på norsk eller internasjonalt som peker seg ut som *best i test*. En helhetlig og strukturert smertekartlegging hos eldre med demens anbefales, og kan bidra til bedre smertelindring for denne sårbare gruppen av eldre.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2015-Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2007.
2. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Borge-Husebo S, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *JAMDA* 2008;9(6):427-433.
3. Torvik K, Kaasa S, Kirkeveld O, Rustoen T. Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliat Med* 2009;23(1):8-16.
4. Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag* 2001;6(3):119-125.
5. Parmelee PA, Smith B, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institution residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(5):517-522.
6. Nygaard HA, Jarland M. Are nursing home patients with dementia diagnosis at increased risk for inadequate pain treatment? *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(8):730-737.
7. 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.
8. Nygaard HA, Jarland M. Chronic pain in nursing home residents--patients' self-report and nurses' assessment. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(10):1349-1351.
9. Cohen-Mansfield J, Lipson S. Pain in cognitively impaired nursing home residents: How well

- are physicians diagnosing it? *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):1039-1044.
10. Cohen-Mansfield J, Creedon M. Nursing staff members' perceptions of pain indicators in persons with severe dementia. *Clin J Pain* 2002;18(1):64-73.
 11. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Helme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23(1 Suppl):S1-43.
 12. Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the non-verbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs* 2006;7(2):44-52.
 13. Closs SJ, Barr B, Briggs M, Cash K, Seers K. A comparison of five pain assessment scales for nursing home residents with varying degrees of cognitive impairment. *J Pain Symptom Manage* 2004;27(3):196-205.
 14. Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(2):319-326.
 15. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006;6:3.
 16. Hadjistavropoulos T. Assessing pain in older persons with severe limitations in ability to communicate. I: Gibson SJ, Weiner DK, red. *Pain in older persons*. Seattle, WA: IASP Press; 2005. p. 135-151.
 17. Herr K, Bursch H, Black B. State of the art review of tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia. 2008; Available at: <http://prc.coh.org/PAIN-NOA.htm>. (lest juli 2009).
 18. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(2):170-192.
 19. Bjoro K, Herr K. Assessment of pain in the non-verbal or cognitively impaired older adult. *Clin Geriatr Med* 2008;24(2):237-262.
 20. Bjoro K, Bergen K, Herr K. Tools for pain assessment in older adults with end-stage dementia. *American Academy of Hospice and Palliative Medicine Bulletin* 2008;9(2):1-4.
 21. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-224.
 22. Pasero C, McCaffery M. No self-report means no pain-intensity rating. *Am J Nurs* 2005;105(10):50-53.
 23. Jacobson SF. Evaluating instruments for use in clinical nursing research. I: Frank-Stromborg MA, Olsen SJ, red. *Instruments for Clinical Health Care Research* Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers; 1997.
 24. Feldt KS. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs* 2000;1(1):13-21.
 25. Nygaard HA, Jarland M. The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI): Testing of reliability and validity in Norwegian nursing homes. *Age Ageing* 2006;35(1):79-81.
 26. Lefebvre-Chapiro S. The DOLOPLUS 2 scale: Evaluating pain in the elderly. *Eur J Palliat Care* 2001;8(5):191-194.
 27. Holen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Bjornnes M, Stenseth G, Hval B, et al. The Norwegian Doloplus-2, a tool for behavioural pain assessment: translation and pilot-validation in nursing home patients with cognitive impairment. *Palliat Med* 2005;19(5):411-417.
 28. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Ljunggren AE. Pain behaviour and pain intensity in older persons with severe dementia: reliability of the MOBID Pain Scale by video uptake. *Scand J Car-*

- ing Sci* 2009;23(1):180-189.
29. Husebo BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebo SB, Snow AL, Ljunggren AE. Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): development and validation of a nurse-administered pain assessment tool for use in dementia. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(1):67-80.
 30. Holen JC, Saltvedt I, Fayers PM, Hjermstad MJ, Loge JH, Kaasa S. Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatrics* 2007;7:29.
 31. Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006;126(1-3):210-220.
 32. Jones KR, Fink R, Hutt E, Vojir C, Pepper GA, Scott-Cawiezell J, et al. Measuring pain intensity in nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2005;30(6):519-527.
 33. Cohen-Mansfield J. The utility of pain assessment for analgesic use in persons with dementia. *Pain* 2008;134(1-2):16.
 34. Pautex S, Herrmann F, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP, Gold G. Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(4):524-529.
 35. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D, et al. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 2006;54(7):1040-1045.
 36. Pautex S, Herrmann FR, Michon A, Giannakopoulos P, Gold G. Psychometric properties of the Doloplus-2 observational pain assessment scale and comparison to self-assessment in hospitalized elderly. *Clin J Pain* 2007;23(9):774-779.
 37. Akbarzadeh M, Jakobsson U. Smärtbedömning hos äldre personer med kommunikationssvårigheter - en utvärdering av den svenska versionen av Doloplus-2. *Vård i Norden* 2007;27(86):26-31.

Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten.

Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2009 utgis tidsskriftet tre ganger og fra 2010 fire ganger i året.

For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med karen@nsfgeriatridemens.no

Hei alle medlemmer og abonnenter!

Jeg håper at alle har hatt en flott sommer, og har fått ladet batteriene i løpet av lange, late dager og lyse sommer-kvelder.

Grasrota i faggruppen, er lokalgruppene og fylkeskontaktpersonene. Vi har fremdeles 5 lokalgrupper, men har hatt en fantastisk økning av kontaktpersoner som ønsker å starte lokalgrupper. I 2009 har vi fått kontaktpersoner i fylkene: Møre- og Romsdal, Telemark, Vestfold og Buskerud. Dette er det bare å ta av seg hatten for! Kontaktinformasjon for alle våre kontakter, finnes bakerst i bladet. Noen av kontaktpersonene holder allerede på å stifte lokalgrupper og det kommer til å bli stor aktivitet i løpet av høsten og vinteren, både hos de nye og de vel-etablerte. Landsstyret ønsker at lokalgruppene skal trekkes mer med i både landsdekkende og lokale arrangementer. På denne måten kan vi hjelpe hverandre, og utnytte hverandres kunnskaper og kontakter.

Aldri har eldreomsorgen vært så sterkt fokusert i et stortingsvalg. – Og aldri har den geriatrike sykepleierkompetansen vært så sterkt fokusert i media. Men vi har da heller aldri hatt så mange syke med stort behov for kyndig sykepleie. Oppslagene i dagspressen og på TV i det siste, om mangel på sykepleiere på vakt på sykehjem og i hjemmesykepleie gjør inntrykk på folk. Man føler seg utrygg. Bildet av kompetansesvikten i eldreomsorgen er en del av vår hverdag og det er på tide at vi står frem. Forbundsleder Lisbeth Normann har gitt NSF's undersøkelse riktig adressat: norske politikere. Og det er godt gjort at en fagorganisasjon klarer å sette dagsordenen midt oppe i en tilspisset valgkamp.



I Norge har eldre rett til helsehjelp som en offentlig tjeneste. NSF's undersøkelse viser at eldre ikke får den helsehjelpen de har krav på.

Vi sykepleiere ser sammenhengen mellom hull i turnus og kvaliteten på helsehjelpen de eldre får. Vi vet at det ikke bare handler om hvor mange som er på jobb, men hvilken kompetanse som er til stede til enhver tid. Det er viktig å rekruttere sykepleiere med spesialutdanning til eldreomsorgen, men det er like viktig å ta vare på de vi har.

Alle partiene har sine løsninger på dagens eldreomsorg. Noen snakker om antall sykehjemsplasser, noen prater om å skaffe nok hender. Men hvem snakker om kompetanse? Jeg skal ikke peke ut noe parti fremfor et annet. NSF FGD er partipolitisk uavhengig. Men jeg oppfordrer alle dere medlemmer til å lese partiprogrammene til de ulike partiene før dere tar veien til valglokalet 14. september.

Godt valg!

*Hilde Fryberg Eilertsen,
leder NSF's faggruppe for sykepleiere
i geriatri og demens*

NSF FGD OSLO

arrangerer fagseminar om smerte hos eldre og konstituerende møte for Oslo lokalgruppe

Tid: 23. september 2009 kl. 16-19.30

Sted: Diakonhjemmets sykehus, møterom 1 og 2

Alle sykepleiere som er medlem i Norsk Sykepleierforbund og som har interesse for eldre og personer med demens, er velkommen til å bli medlem i faggruppen. Se vår nettside for nærmere informasjon og sakspapirer:

www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleie



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2009

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2009. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

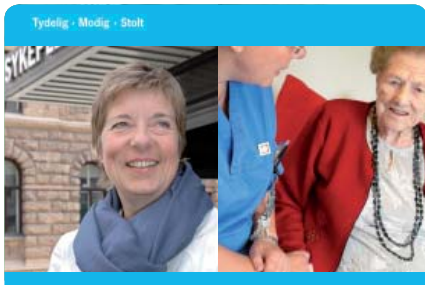
Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2009, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Post og e-postadresse, Medlemsnummer i NSF. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2009.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatriemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2009.



Sykepleiere viktigst i eldreomsorgen

70 prosent av de spurte i en opinionsundersøkelse svarer at sykepleierne har en viktig eller svært viktig jobb for i eldreomsorgen. Sykepleierne rangeres dermed høyere enn andre yrkesgrupper som leger og hjelpepleiere.

Undersøkelsen er utført av InFact på vegne av Norsk Sykepleierforbund, og de spurte rangerte fire yrkesgruppers betydning i norsk eldreomsorg.

Det er ikke overraskende at sykepleiere scorer høyt på en slik undersøkelse. Sykepleiere har en sentral funksjon i norsk eldreomsorg, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund.

-Når det er sagt, så er det gledelig at befolkningen synes å verdsette den kompetansen og omsorgen for pasientene som sykepleiere representerer. Det ser vi når vi sammenlikner med yrkesgruppen

helsefagarbeidere og ufaglærte. At vi også scorer høyere enn legen, tyder på at sykepleierne er synlige og til stede i eldreomsorgen, legger hun til.

Normann ser svarene i sammenheng med den nylig gjennomførte kartleggingen som ble gjennomført av Kunnskapsdepartementet, der sykepleier var det yrket som nordmenn mente var det viktigste yrket.

Det at hele 82 prosent av de spurte i denne undersøkelsen rangerer sykepleiere på topp, gjør meg veldig stolt, både av medlemmene våre og av sykepleiere generelt, sier Normann.

Ønsker du å melde deg inn i Norsk Sykepleierforbund - gå inn på www.sykepleierforbundet.no - Bil medlem



SYKEPLEIERE VIKTIGST FOR GOD ELDTREOMSORG

70 prosent av de spurte i en opinionsundersøkelse svarer at sykepleierne har en viktig eller svært viktig jobb i eldreomsorgen. Sykepleierne rangeres dermed høyere enn andre yrkesgrupper som leger og hjelpepleiere.

Undersøkelsen er utført av InFact på vegne av Norsk Sykepleierforbund, og med 1000 respondenter. De spurte rangerte fire yrkesgruppers betydning i norsk eldreomsorg.

-Det er ikke overraskende at sykepleiere scorer høyt på en slik undersøkelse. Sykepleiere har en sentral funksjon i norsk eldreomsorg, sier forbundsleder Lisbeth Normann i Norsk Sykepleierforbund.

-Når det er sagt, så er det gledelig at befolkningen synes å verdsette den kompetansen og omsorgen for pasientene som sykepleiere representerer. Det ser vi når vi sammenlikner med yrkesgruppen helsefagarbeidere og ufaglærte. At vi også scorer høyere enn legen, tyder på at sykepleierne er synlige og til stede i eldreomsorgen, legger hun til. Normann ser svarene i sammenheng med den nylig gjennomførte kartleggingen som ble gjennomført av Kunnskapsdepartementet, der sykepleier var det yrket som nordmenn mente var det viktigste yrket.

-Det at hele 82 prosent av de spurte i denne undersøkelsen rangerer sykepleierne på topp, gjør meg veldig stolt, både av medlemmene våre og av sykepleiere generelt, sier Normann.

Kilde: www.ntbinfo.no

MED FOKUS PÅ KUNNSKAPSBASERT SYKEPLEIE



Nesten 160 deltakere fra alle deler av landet fant veien til Folkets Hus i Oslo, to varme dager i mai, da NSF FGD arrangerte landskonferanse om kunnskapsbasert sykepleie til gamle mennesker. Vi har valgt å gi konkret innhold til begrepet kunnskapsbasert sykepleie, sa faggruppelider Hilde Fryberg Eilertsen i sin velkomsthilsning til deltakerne. Derfor har vi valgt å sette fokus på sår og ernæring. Dette er to svært viktige tema innen geriatrisk sykepleiepraksis. Mer konkret kunne det nesten ikke bli. Kunnskap på disse områder utvikler seg raskt og det er viktig å oppdatere seg hele tiden for å følge med og sikre at eldre mennesker drar nytte av den beste kunnskap som finnes.

Med få unntak var konferansens foredragsholdere sykepleiere – noe som viser at dette er områder hvor sykepleiere er med på å sette den faglige standarden nasjonalt. Det ble rikelig anledning til å få kontakt med sykepleiere fra andre alle deler av eldreomsorgen.

Faggruppens styre var arrangør for konferansen og samarbeidet i år med medlemmer fra lokalgruppen i Oslo. De lokale medlemmer bisto med å rekruttere utstillere og med avviklingen av arrangementet. Jeg vil benytte anledningen til å takke dem for en fantastisk innsats og arbeidsglede. Jeg vil også takke alle foreleserne som var med på å gjøre landskonferansen vår til to kunnskapsrike og minneverdige dager, sier en fornøyd faggruppelider Hilde Fryberg Eilertsen.

Faggruppens styre er i gang med å planlegge neste års landskonferanse i Bergen den 18. og 19. mars 2010 med temaet Legemidler og eldre mennesker. Vi har valgt å være midt i Bergens nydelige sentrum, der vi vil være i historiske omgivelser med de berømte hanseatiske bryggene som bakgrunn, sier Eilertsen. Vi ser frem til å møte mange medlemmer og konferansedeltakere i Bergen!

Redaksjonen

INNSPILL TIL SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen har vi hørt om alle sammen. Helseminister Bjarne Håkon Hanssen kom med et ønske om å bedre samhandlingen mellom etatene, slik at pasientforløpet skulle bli så "sømløst" som mulig. For å finne ut hvor det kunne oppstå brudd på samhandlingen i pasientforløpet, ble det i regi av Helse- og Omsorgsdepartementet, nedsatt 13 forløpsgrupper. Disse gruppene representerte et utvalg av sykdommer eller pasientgrupper.

NSF FGD har representert NSF i to av i alt 13 forløpsgrupper som begge

var spesielt relevante for eldre. Jeg har selv deltatt i forløpsgruppen med fokus på eldre pasienter med sammensatte problemer og lidelser.

Anna Særnmo har deltatt i gruppen om sykehjemsbeboeren. Anna er tidligere leder av faggruppen og enhetsleder ved Fevikun bo og omsorgs-senter.

Når rapportene fra gruppene er klare, vil de bli gjort tilgjengelig og vi vil gi informasjon om dette i GS og på nettsidene våre.

Reportasje: Hilde Fryberg Eilertsen

NYHET

Ny løsning ved fekal inkontinens

Abri-San Special

■ Optimal beskyttelse mot lekkasje

■ Skånsom mot huden

Abri-San Special er utviklet med fokus på fekal inkontinens. Derfor har vi utviklet et produkt med et unikt barrieresystem.



Barrieresystemet er så effektivt, at det selv ved eksplosiv diarrè vil være optimal beskyttelse mot lekkasje.

Abri-San Special har Air-Plus teknologi, som innebærer en pustende bakside som reduserer hudirritasjon.

Abri-San Special har en sugsevne som gjør produktet velegnet til dobbelinkontinens.



Abena Hygiene AS · Per Krohgs vei 4 B · N-1065 Oslo · Tlf.: 22 80 43 10 · Fax: 22 80 43 20
info@abena.no · www.abena.no

ABENA®



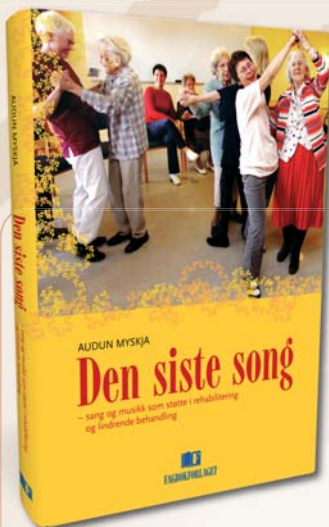
Rita Jakobsen

IKKE ALLE VIL SPILLE BINGO

OM TEORI
OG PRAKSIS
I DEMENSOMSORGEN
PÅ SYKEHJEM

Demensomsorgen står overfor store utfordringer i tråd med den forventede økningen av antall eldre i befolkningen. Det utvikles stadig ny kunnskap i forhold til denne pasientgruppen, kunnskap det ofte er vanskelig å implementere i praksis. Hensikten med boken, *Ikke alle vil spille bingo*, er å bidra til en slik implementering gjennom å knytte fagkunnskap til utfordringer i praksis, og gjennom å fokusere på faglig ledelse og organisering.

ISBN 978-82-450-0327-7 | Kr 282,- | 188 sider



Audun Myskja DEN SISTE SONG

– SANG OG MUSIKK
SOM STØTTE I
REHABILITERING
OG LINDRENDE
BEHANDLING

Musikk har vært del av menneskenes helbredende ritualer i uminnelige tider. Vi merker at musikk gjør noe med oss - men hva? I denne boken forklarer Myskja hvorfor og hvordan musikk kan øke livskvaliteten i alderdommen og i livets siste fase. Ved hjelp av denne boken kan helsearbeidere og andre terapeuter uten musikkfaglig bakgrunn ta i bruk sang og musikk som metode på en trygg, systematisk og evaluerbar måte. Forfatteren gir en fylldig oversikt over aktuell musikk og over sanger og utøvere. Boken er vitenskapelig og forskningsbasert, samtidig som den er krydret med anekdoter og situasjonsrapporter fra hverdagen for mange eldre.

ISBN 978-82-7674-951-9 | Kr 368,- | 254 sider



FAGBOKFORLAGET

www.fagbokforlaget.no
e-post: ordre@fagbokforlaget.no
ordretelefon: 55 38 88 38

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 901 04 323
Arbeid: Tromsø Kommune, Omsorgstjenesten Fastlandet, Tomasjord
E-mail: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder: Siri Elisabeth Meyer, Hytteveien 6, 3477 Båtstø
Telefon: 31 28 89 22, Mobil: 918 03 883
Arbeid: Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag, Drammen
E-mail: siri.meyer@hibu.no

Kasserer: Tone Brandeggen, Lensmann Blixv. 15, 4026 Stavanger
Telefon: 51 52 70 97, Mobil: 472 39 212
Arbeid: Universitetssykehuset i Stavanger, Medisinsk klinikk
E-mail: tone@nsfgeriatridemens.no

Sekretær: Målfrid Schiager, Øversbygd 188, 2836 Biri, Mobil: 918 48 348
Arbeid: Biri Omsorgssenter, hjemmetjenesten, Gjøvik kommune
E-mail: maalfrid@nsfgeriatridemens.no

Redaktør: Karen Bjørø, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo
Telefon: 22 14 21 68 (p), 22 11 99 48 (a), Mobil: 481 04 697
Arbeid: Ullevål universitetssykehus, Bevegelsesdivisjon
E-mail: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Torhild Warland, Kvernevikvn 13, 4048 Hafsfjord
Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493
E-mail: torhild@nsfgeriatridemens.no

2. varamedlem: Anna Særnmo, Elvevn. 15, 4823 Nedenes
Telefon: 37 09 49 15 (p), 37 25 64 19 (a), Mobil: 974 79 455
E-mail: annikarlens@hotmail.com

Landsstyret NSF FGD 2008/2010

Lokalgruppeledere

Lokalgruppeleder i Agder:

May Ødegård, Eskedal, Grømjordet 7, 4877 Grimstad - Mobil: 99 41 93 00
E-mail: may.odegard@grimstad.kommune.no

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27
E-mail: BentLouise.Floisand@bergen.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Anne Nora Løsnesløkken, Meierivegen 1, 2816 Gjøvik
Mobil: 907 49 228 - E-mail: losneslokken@online.no

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Kontaktperson i Buskerud:

Anne Marie Aamodt, Maurrudløkka 6, 3408 Tranby - Mobil: 404 98 635
E-mail: annemarie@aamodt.net

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61
Mobil: 99 64 64 78 - E-mail: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Margot Storm, Ellevsæterveien 315, 2380 Brumunddal - Tlf.: 62 34 04 59
Mobil: 95 07 94 60 - E-mail: margot.storm@bluezone.no

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 29
E-mail: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36, 8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32
Mobil: 91 12 24 15 - E-mail: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Oslo/Akershus:

Anne Lisbeth Syvertsen, Flesviksvei 6, 2020 Skedsmokorset
Tlf.: 63 87 93 50 - E-mail: anne-lisbeth.syvertsen@bsr.oslo.kommune.no

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95
Mobil: 91 11 12 94 - E-mail: maribrekke@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Mobil: 92 62 50 77
E-mail: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

Kontaktperson i Telemark:

Ulla Esborg, Breidablikkbakken 15 A, 3910 Porsgrunn
Mobil: 46 78 89 06 - E-mail: ulla.esborg@gmail.com

Kontaktperson i Vestfold:

Veslemøy Bakke, Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord
Mobil: 91 86 39 33 - E-mail: vesbakke@start.no

Kontaktpersoner

RETURADRESSE:
Hilde Fryberg Eilertsen
Vikveien 21
9022 Krokeldalen

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



**NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS**

arrangerer

LANDSKONFERANSE 2010

TEMA: LEGEMIDLER OG ELDRE MENNESKER

18. - 19. MARS 2010

RADISSON BLU ROYAL HOTEL BRYGGEN, BERGEN

For mer informasjon følg med på faggruppens nettsider

www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

Generalforsamling i faggruppen holdes 18. mars kl 18-20