

RAPPORT RAPPORT

Eldre og smerter

- en studie av Eldres opplevelse av smerter

Et samarbeidsprosjekt mellom kommunalhelsetjenesten i Nedre Buskerud og Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag

Siv Venke Gran



Rapporter fra Høgskolen i Buskerud

Nr. 72

**Eldre og smerter
– en studie av Eldres opplevelse av smerter**

**Et samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten
i Nedre Buskerud og Høgskolen i Buskerud, Avdeling for helsefag**

Av

Siv Venke Gran

Drammen 2009

HiBus publikasjoner kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift.

En forutsetning er at navn på utgiver og forfatter(e) angis- og angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

ISBN 978-82-91116-95-2

ISSN 0807-4488

SAMMENDRAG:

Denne studien bestod av en kvantitativ og en kvalitativ del. Hos 204 sykehjemsbeboere ble smertens intensitet, lokalisasjon og smertelindring kartlagt i tillegg til ulike bakgrunnsvariabler. 15 respondenter med smerter ble dybdeintervjuet angående deres erfaringer med å leve med smerte.

1/3 av respondentene oppgav ingen smerte på alle målingene. Mellom 45- 55 % hadde smerter under kartleggingene, og 15 % til 29 % oppgav at smerten var sterk, intens eller voldsom. De hadde smerter i flere kroppsområder. Sammenhengen mellom smerter og antall smertefulle områder, søvnproblemer, antall medisinske diagnoser og antall medisiner var signifikant.

I intervjuene gav respondentene uttrykk for en fysisk smerte, men også en følelse av lidelse som ble forårsaket av måten de ble møtt på og mangel på bekreftelse, men også på grunn av ulike savn og tap i livet. Konsekvenser av denne lidelse ble erfart som et personlig integritetstap, og kom til uttrykk som resignasjon, tap av initiativ, isolasjon, usikkerhet, følelse av å være til bry og tristhet.

Nøkkelord: Fysisk smerte, lidelse, sykehjem, dybde intervju, smertekartlegging.

ABSTRACT:

This study had two components – one quantitative and one qualitative. Information about pain intensity, location and pain management were obtained in 204 nursing home residents. To obtain descriptions of the elders` experience with pain we were using in-depth interviews with 15 residents.

1/3 of the participants rated having no pain on each day. Between 45-55 % reported having pain, while 15-29% rated having strong, intense or unbearable pain. They had pain in several areas of the body. The pain ratings were significantly correlated with number of body areas with pain, sleeping problems, number of medical diagnosis and number of medications.

In the interviews the residents expressed a physical pain but also pain experienced as suffering because of the way they were treated by the health professionals and the lack of confirmation. The consequences of pain as suffering was experienced in the feeling of personal loss of integrity and was expressed as resignation, loss of initiative, isolation, insecurity and the feeling of being a burden and sadness.

Keywords: Physical pain, suffering, nursing homes, in-depth interview, pain assessment.

Forord

Denne rapporten er skrevet på bakgrunn av en studie av eldre over 65 år som bor på sykehjem og deres opplevelse av smerte. Studien foregikk på i alt 6 sykehjem i nedre del av Buskerud fylke, og var ett samarbeidsprosjekt mellom de gjeldende sykehjem og Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag. Begrunnelsen for å iverksette en studie blant eldre på sykehjem var at Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag har som satsningsområde eldre og syke med langvarig helsesvikt. Studenter i siste semester på bachelorprogrammet i sykepleie som hadde praksis på de aktuelle avdelingene på sykehjemmet fikk opplæring og var delaktig i innsamlingen av de kvantitative dataene. Professor Suzie Kim har vært hovedveileder. Førstelektor Bjørg Landmark og høgskolelektor Line S. Festvåg har vært delaktig i alle faser av studien.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for studien.....	2
1.2	Eldre og smerter	3
1.3	Studiens hensikt	5
2.0	DESIGN OG METODE	6
2.1	Utvalg.....	6
2.2	Kvantitativ tilnærming	6
2.3	Kvalitativ tilnærming	8
2.4	Dataanalyse	8
3.0	RESULTATER OG DISKUSJON	10
3.1	Resultater fra den kvantitative delen.....	10
3.2	Resultater fra den kvalitative delen.....	17
3.2.1	Den fysiske smerten	17
3.2.2	Smerte som lidelse.....	20
4.0	KONKLUSJON.....	24
	REFERANSELISTE	25

1.0 INNLEDNING

I Norge og ellers i den vestlige verden er det estimert at andelen eldre i befolkningen vil øke betraktelig i de kommende tiår. Det er forventet at i 2030 vil 22 % av den totale populasjonen være 65 år og eldre sammenlignet med 15 % i 2005 (Statistisk årbok, 2008). I Amerika er det estimert at de *gamle-gamle*, eller 85 +, vil ha en 3 ganger så stor vekst sammenlignet med den generelle befolkningen av eldre (Lois og Meiner, 2006). Det er en trend i Norge at eldre skal få muligheten til å bo hjemme så lenge de ønsker, og det har vært en nedgang i antall sykehjemsplasser fra 71 per 1000 innbygger i 1995 til 67 i 2006 (Statistisk årbok, 2008). Med den forventede økningen i antall eldre, og det faktum at sykehus i dag skriver ut pasientene raskere og sykere enn tidligere, vil sykehjemmene bli det stedet hvor disse pasientene kan få den pleie, omsorg og behandling de trenger. Dette blir en stor utfordring både for samfunnet som helhet og helsesystemet i særdeleshet. Studier viser at med stigende alder følger sykdom som igjen ledsages av ulike former for smerte (Bakke, 2004). Komplekse sykdomsbilder, underrapporterte symptomer og høy forekomst av kognitiv svikt gjør smerteevaluering hos eldre vanskelig sammenlignet med annen voksen populasjon (Ferrel, Ferrel og Riviera, 1995). En nøyaktig kartlegging og behandling av smerter hos eldre er en utfordring, delvis på grunn av nedsatt kognitiv kapasitet, sensoriske tap som nedsatt syn og hørsel, og nedsatt kommunikasjonsferdigheter (Kedziera, 2001). Dette stiller store krav til de som skal yte sykepleie til pasientene. Helsepersonell hevder at smerte og ubehag hos eldre er en unngåelig konsekvens av det å bli gammel (Closs, 1996). Det er dokumentert at helsepersonell gir for lite smertestillende til eldre på grunn av redsel for bivirkninger (Closs, 1994). I en studie av Higgins, Madjar og Walton (2004) fremkommer det at eldre pasienter ofte er redde for ikke å bli trodd når de har vondt. De sitter med en oppfatning av at sykepleiere og annet helsepersonell ikke har tid til dem, og at de ikke er interessert i dem og deres problemer.

1.1 Bakgrunn for studien

Denne studien fokuserer på hvordan eldre over 65 år, boende i sykehjem, opplever smerter både med tanke på lokalisering, intensitet og varighet. Det er dokumentert at 85 % av alle eldre i Norge har opplevd en eller flere lidelser eller sykdommer (Lunde, 2000). Antall lidelser og sykdommer øker med stigende alder (Kedziera, 2001, AGS, 2002, Allcock, McGarry og Elkan, 2002). Forventet levealder i Norge i 2006 var 78,2 år for menn og 82,2 år for kvinner (Statistisk årbok, 2008). Et relativt høyt antall eldre tilbringer sine siste leveår på institusjon. I Buskerud fylke bodde pr. 2003 1703 personer på offentlige sykehjem, og 1493 personer bodde i omsorgsboliger (Helsetilsynet i Buskerud, 2004). Jacobsson, Hallberg og Westergren (2004) fant at eldre i institusjon rapporterte signifikant mere smerte og var mer avhengig av hjelp enn eldre som bodde hjemme. Fox, Raina og Jadad (1999) foretok en systematisk gjennomgang av studier om prevalens og behandling av smerte hos sykehjemspasienter og fant at mellom 49 % til 83 % av de gamle hadde smerter. Smerteprevalensen blant eldre i nederlandske sykehjem var 68 %, og 80 % av beboerne hadde fortsatt smerter 6 måneder senere (Smalbrugge, Jongenelis, Pot, Beekman og Eefstin, 2007). Deltakerne i Higgins et al studie (2004) beskrev det å ha smerte som å være konstant plaget, delvis fordi de eldres smerter og deres behov for smertelindrende ble oversett av helsepersonell. Kvalitet på smertebehandling betinger kvalifisert personale. Rø (2000) viser til hele 22 % ubesatte stillinger for sykepleiere i sykehjem, samt et behov for 25 % flere legetimer. Tall fra Helsetilsynet i Buskerud (2007) viser at antall sykepleiere på sykehjem går tilbake mens antall omsorgsarbeidere øker. I pleie – og omsorgtjenesten i Buskerud er 33 % av de ansatte ufaglærte. Et miljø for kompetanseutvikling er viktig for å bedre kvaliteten på pleien (Rø, 2000). Betydningen av kompetanse understrekes også i studien av Strindberg og Billing (1999) som viste at kun 3 av 24 sykepleiere selv mente de hadde tilstrekkelig kunnskap om smertelindring. Andre studier har avdekket kunnskapsmangler på områder som farmakologi, medisnavhengighet, bivirkninger og ikke-medikamentell smertelindring (Erzek, Kraybill og Hansberry, 1999, Jones, Fink, Clark, Hutt, Vojir og Mellis, 2004). I studien av Jones et al (2004) fant de og at økte kunnskaper hos personalet ikke var nok til å bedre smertelindringen, man måtte også endre meninger og holdninger.

1.2 Eldre og smerter

International Association for the Study of Pain definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse. At smerte er en opplevelse betyr at den er subjektiv, og varierer med ulike kontekster. McCaffery's (1996) definisjon er fortsatt aktuell og lyder som følgende: "Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte" (s.18). Det subjektive aspektet står sentralt i sykepleien. Sykepleieren må tro på det pasienten formidler og ha fokus på hva smerten gjør med pasienten, samtidig som søkelyset settes på konsekvenser av smerten. Det er vanskelig å beskrive smerte, delvis på grunn av dens subjektivitet i tillegg til at mange eldre rapporterer mindre smerte. Forskning viser at mange eldre ser på smerte som en del av det å bli gammel (Yates, Dewar og Fentiman, 1995, Carncross, Magee og Askham, 2007). Når de gamle ikke klager over smerte, så er det heller ingen som etterspør smerter. Jones et al (2005) nevner i sin studie at nesten 60 % av de gamle som rapporterte smerter i løpet av det siste døgnet, ikke bad om noe smertestillende til tross for smertene. Årsaken til dette var at de eldre var skeptiske til smertestillende og/eller de var stoiske, men de eldre hadde også en oppfatning av at sykepleieren hadde det for travelt.

Smerte deles ofte inn i enten akutt eller kronisk smerte. EFIC (European Federation of IASP Chapters) definerer kronisk smerte slik: "pain that lasts beyond the usual course of the acute disease or expected time" (2009). Varigheten knyttes til den sykdom/skade som er årsak til smertene og behandlingsmulighetene. Flere studier setter grensen for kroniske smerter ved smerter som har vart lengre enn 3 måneder (Ferrell, 1991, Rustøen, Wahl, Hanestad, Lerdal, Steven og Maskowski (2004). Andre setter grensen ved lengre enn 6 måneder (AGS, 2002). Kroniske smerter kan knyttes til kroniske lidelser som for eksempel muskel/skjelett sykdommer, leddgikt og vaskulære lidelser. Plager som øker i hyppighet med økende alder. Eldre har også en høyere innsidens av cancer, kirurgiske prosedyrer, trykksår og kardiovaskulære lidelser (Kedziera, 2001, Allcock et al., 2002). Kroniske smerter har ofte ingen objektive tegn (AGS, 2002). Det kan føre til at de forblir underdiagnostisert og derav underbehandlet. Helsepersonell må derfor være oppmerksomme på at pasienter som er søvnløse, trette, deprimerte, inaktive, sosialt isolerte og/eller irritable kan ha smerter. Både den kroniske smertens karakter og intensitet vil kunne variere over tid (Ferrell,1991). I følge

Breivik (2003) er kroniske smerte ikke bare et symptom på annen sykdom, men kan være en sykdom i seg selv. Det har vært debattert om det er hensiktsmessig å karakterisere smerten som kronisk. Begrepet vedvarende smerter anvendes nå i større grad enn kroniske smerter (AGS, 2002). Eldre kan også ha akutte smerter selv om den vedvarende smerten er mest omtalt i litteraturen. Akutt smerte er karakterisert ved at den starter plutselig som en respons på vevsskade. Weiner og Hanlon (2001) hevder at hos eldre sykehjemspasienter med akutte smerter bør vurderingen av smerter fokusere på den nociseptive stimuli, mens den hos pasienter med vedvarende smerter bør rettes mot så vel årsaker som konsekvenser av smerten. Smerte hos eldre kan virke inn på samtlige livsdomener: fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Ferrel (1991) hevder at smerte er et omfattende problem som påvirker fysisk funksjon og livskvalitet hos eldre mennesker. Konsekvenser av ubehandlet vedvarende smerte kan være unødvendig lidelse som igjen kan føre til depresjon, søvnløshet, sosial isolasjon, hjelpeløshet, redusert mobilitet og funksjon og redusert appetitt (AGS, 2002, Weiner og Rudy, 2002). Studier dokumenterer at god smertelindring hos eldre gir positive resultater i form av økt aktivitet, bedre søvn og bedre konsentrasjonsevne (Ersser et al., 1999, Casarett, Hirschman, Miller og Farrar, 2002).

I Norge ble den første store prevalensundersøkelsen av kroniske smerter utført i 2000/2001. Av i alt 4000 tilfeldige utvalgte personer mellom 19-81 år svarte 48.5 % på et spørreskjema som omhandlet smerter. Resultatet fra denne studien viste at kvinner, eldre, pensjonerte og de med lavere utdanning rapporterte hyppigst smerte. Nærmere 60 % av de med kronisk smerte (24,4 %) rapporterte at de hadde kronisk smerter i fem eller flere steder på kroppen (Rustøen et al., 2004). Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2009) kartla smerter hos 307 eldre på sykehjem i Midt-Norge. 128 (60 %) av respondentene klarte å selv - rapportere sin smerte, og ca. 51 % av de beskrev smertens intensitet som moderat eller sterk. Kartlegging av smerter hos eldre er viktig, både for å avdekke og behandle de underliggende årsaker til smerten, men også fordi eldre kan få akutt smerte som indikere ny sykdom/skade (AGS, 2002). Vurdering og behandling av smerte hos eldre er spesielt krevende og det gjøres få studier av denne aldersgruppen. Ferrell et al (1995) hevder at mindre enn 1 % av de ca. 4000 artiklene som publiseres årlig omhandler smerte hos eldre. Videre hevder de at temaet er mangelfullt omtalt i geriatrike lærebøker.

1.3 Studiens hensikt

Kompetanse i smertelindring er en forutsetning for at eldre pasienters grunnleggende behov skal bli ivaretatt (Closs, 1994, Fox et al., 1999, Allcock et al., 2002). Pasientnær kunnskap om hvilke behov for smertelindring eldre i sykehjem har, er særlig viktig for å kvalitetssikre smertebehandlingen slik at de eldre skal oppleve en bedre hverdag. Temaet smerte hos eldre sykehjemspasienter er viet altfor liten oppmerksomhet. Det stilles store krav til kunnskap om hvordan smerte kommer til uttrykk, griper inn i og tar plass i den gamles liv. En kunnskap som er helt avgjørende for å komme fram til gode intervensjoner for å lindre smerte. Med denne studien ønsket vi svar på uavklarte problemstillinger relatert til smerte, avdekke ny kunnskap og øke forståelsen for eldre pasienter i sykehjem og deres smerte. Videre så hadde vi et ønske om å få innblikk i hvordan smerte påvirket pasientens daglige liv og funksjon. For å få svar på de skisserte utfordringene valgte vi en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode.

Hensikten med denne studien var å kartlegge smerter hos eldre pasienter over 65 år i sykehjem, for å frembringe kunnskap om smertens karakter og i hvilken grad smerte påvirket deres daglige liv og funksjon. Vår litteraturgjennomgang viste at det er mange studier som omhandler smerter hos eldre i sykehjem, men få studier som tar utgangspunkt i den gamles selv - rapporterte smerte og smerteopplevelse fra et brukerperspektiv.

Ut fra studiens hensikt ble følgende problemstillinger belyst:

1. Hvor mange eldre sykehjemspasienter opplevde smerter?
2. Hvordan beskrev den eldre smertens lokalisasjon, intensitet og varighet?
3. I hvilken grad opplevde den eldre at smerter påvirket deres daglige liv og funksjon?
4. I hvilken grad verbaliserte eldre sykehjemspasienter sin smerte?
5. Hvordan opplevde eldre sykehjemspasienter smertelindringen?
6. Hvordan kartla sykehjemmene de eldres smerte?

2.0 DESIGN OG METODE

Studien hadde en beskrivende design med en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode.

Regionale etiske komité for medisinsk forskningsetikk, (REK Sør), og Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste gav sin tilslutning til prosjektet. Da studier viser at gamle sjelden bruker ordet *smerte* (AGS, 2002) ble også ord som *vondt*, *ubehag* og *verking* benyttet, både i den kvantitative og den kvalitative delen av studien.

2.1 Utvalg

Forespørsel om deltagelse i studien gikk til totalt ti sykehjem som hadde samarbeidsavtaler med Høgskolen i Buskerud, og seks sykehjem ønsket å delta. Den videre forespørsel om deltagelse gikk så til alle norsktalende eldre, over 65 år, som bodde i ordinere korttids – og langtidsavdelinger på sykehjemmet. Pasienter som skulle inkluderes i studien måtte ha samtykkekompetanse enten muntlig eller skriftlig. Med samtykkekompetanse i denne studien menes: 1) Pasienter som forstod informasjon og som var i stand til å kommunisere verbalt. 2) Pasienter som selv var i stand til å avgjøre om de ønsket å delta i studien eller ei. Utvelgelsen måtte ta hensyn til den eldres helsetilstand og dagsform. Alle pasientene med samtykkekompetanse ble inkludert i studien. Pasientene ble forespurt av sykepleier. Etter at frivillig samtykke forelå, ble den eldre kontaktet av forskerne. Pasienter som selv ikke kunne skrive under på samtykkeerklæringen gav muntlig samtykke til sykepleier eller forskerne som så skrev under på erklæringen. Det ble i samtykkeerklæringen poengtert at selv om de valgte å delta i studien kunne forskerne ikke love de hjelp med smertene.

2.2 Kvantitativ tilnærming

I den kvantitative delen (del en) av studien skulle de eldre kartlegges med henblikk på om de hadde smerter, smertenens lokalisasjon og intensitet. Et utvalg på 200 respondenter ble betraktet som passende basert på en poweranalyse med styrke på 0,8, en effektstørrelse på 0,15, og α på 0,05 for å anvende ANOVA, multippel regresjon og F-test. Siste års

sykepleierstudenter som hadde praksis i kommunehelsetjenesten deltok i innhenting av data. De fikk informasjon om bakgrunn og hensikt med studien, og opplæring i bruk av de ulike kartleggingsskjemaene.

Bakgrunnsvariabler ble innhentet ved første møte med respondentene. Opplysningene ble registrert fra kardex, sykepleierrapporter og ved samtale med respondenten.

Sosiodemografiske data som alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, tidligere yrke og opplevelse av stress de siste seks månedene ble innhentet.

De medisinske data inkluderte medisinsk diagnose og nåværende medikasjon. Funksjon ble målt ved hjelp av Barthel Index, som har blitt anvendt i sykehjem og i studier av eldre for å kartlegge grad av funksjon. Den norske versjonen oversatt av Laake (1992) ble benyttet. Den består av ti spørsmål (deler) og funksjonen vurderes fra 0-2 og 0-3. Den totale skåre benyttes i studien.

Kartleggingen av søvnvansker bestod av fem spørsmål angående vansker med å sovne, oppvåkning om natta, problemer med å sove om natten og være våken på dagen, konstant søvnbehov og forstyrret søvn. Svaralternativene på disse spørsmålene var en 4 punkts Likert skala fra ingen plager til alvorlige plager.

For å måle smerte ble Present Pain Intensity (PPI) subskala fra McGill Pain Questionnaire valgt. Skalaen er seksdelt, og registrerer smerte her og nå: Ingen, svak, moderat, sterk, intens og voldsom smerte. For å registrere hvor pasienten har smerter ble et kroppskart benyttet. Registreringen ble foretatt en gang i døgnet, i alt fem ganger i løpet av en 14 dagers periode. PPI er anvendt i Norge til eldre sykehjemspasienter med kroniske smerter (Nygaard og Jarland, 2005). I en studie av Closs, Barr, Briggs, Cash og Seers (2004) ble verbal beskrivende skala (VRS) anvendt og funnene viste at 97 % av sykehjemspasientene med mild og moderat kognitiv svikt klarte å gjennomføre smertekartleggingen. Det er en utfordring å velge skjemaer som er tilpasset norske forhold og som er valide i forhold til målgruppen. Svært mange eldre i sykehjem har nedsatt kognitiv funksjon. I tillegg kan de ha nedsatt syn og motoriske vanskeligheter slik at de kan ha problemer med å holde en penn og sette merke på skalaene.

2.3 Kvalitativ tilnærming

I den kvalitative delen av studien ble 15 respondenter, som hadde rapportert moderat eller sterkere smerter i del en av studien, valgt ut for å delta i et dybdeintervju. Hensikten med dybdeintervjuet var å få svar på hvordan de eldre opplevde det å leve med smerter, og hvordan smertene virket inn på deres daglige liv og funksjon. Det ble utarbeidet en intervjuguide. Won, Lapane, Gambassi, Bernabei, Mor og Lipsitz (1999) nevner i sin artikkel at menn gir uttrykk for smerter i mindre grad enn kvinner. Vi ønsket derfor en lik fordeling av kjønn for å unngå kjønnsesifikke beskrivelser, og det endelige utvalget bestod av åtte kvinner og syv menn mellom 76 og 100 år.

Det var sykepleierne på de aktuelle avdelingene som innhentet samtykke fra respondentene i forhold til å delta i dybdeintervjuet. Alle de forespurte takket ja, og forskerne gjorde så avtale med den enkelte respondent. Før intervjuet ble alle respondentene informert både verbalt og skriftlig, og et skriftlig samtykke ble underskrevet. De gamle ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg uten at det ville få noen konsekvenser for deres fremtidige behandling og pleie. Intervjuene foregikk på den gamles rom og varte ca. en time. Med den gamles tillatelse ble intervjuene tatt opp på bånd.

I løpet av intervjuprosessen erfarte forskerne at den gamle ofte endret fokus fra smerter til andre temaer, spesielt temaer relatert til fortiden som for eksempel hvor de hadde bodd, hva de hadde jobbet med og hvordan livet deres hadde vært. Intervjuerne brukte tid på å lytte til de gamle, samtidig som de prøvde å dreie samtalen over på smerter igjen. Alle de gamle var takknemlige over at det var noen som tok seg tid til å sitte ned og prate med dem.

2.4 Dataanalyse

De kvantitative dataene ble kodet og lagt inn i statistikkprogrammet SPSS versjon 15.0. Analysen av de kvalitative dataene fulgte Kvaless stadier for analyse av kvalitative intervjuer (1997). I det første stadiet kalt selvforståelse, prøver forskeren å formulere den gamles utsagn i en omskrevet og fortettet form ut i fra forskerens forståelse av respondentenes utsagn. I det andre trinnet ble transkripsjonene lest gjennom flere ganger for å få en større forståelse av helheten. Utsagn som for eksempel ”*Vi er alle i samme båt*” ble tolket som en manifestasjon

av delte erfaringer. De ulike temaene ble så identifisert og delt inn i meningsfulle enheter og så kodet i mindre temaer igjen. Siste trinnet, teoretisk forståelse, avdekket en dypere mening som klargjorde sammenhengen mellom helheten og de ulike delene. I denne studien er dette representert ved pasientens individuelle erfaringer med smerter og hvordan smertene påvirket deres liv og funksjon. Helheten tar i betraktning hele pasientens erfaringer og forventninger og sammenligner de med relevante teorier.

For å styrke validiteten var alle tre forskerne involvert i alle trinn i kodingsprosessen og dataanalysen. Forskerne leste og analyserte dataene hver for seg. Så møttes de for å sammenligne analysen og drøfte seg fram til felles koder og temaer.

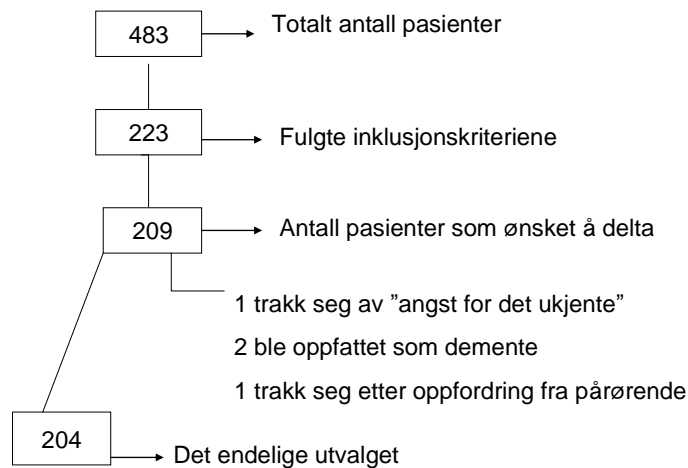
3.0 RESULTATER OG DISKUSJON

I det følgende vises resultatene fra studien. Fase en bestod av den kvantitative delen, mens fase to bestod av dybdeintervjuer med 15 gamle som hadde oppgitt at de hadde moderat eller sterkere smerte i fase en av studien.

3.1 Resultater fra den kvantitative delen

Som figur 1 viser så var det totalt 204 pasienter som gjennomførte alle fem kartleggingene og som danner grunnlaget for dataanalysen. Det var mange flere pasienter som klarte å gi uttrykk for om de hadde smerter her og nå (PPI), men de forstod ikke fullt ut hva det innebar å være deltaker i en studie, og ble på grunn av dette ekskludert. Blant respondentene var 74 (36.8 %) menn og 129 (63,2 %) var kvinner. Flesteparten av respondentene kom fra sykehjem G (108 respondenter, 52, 9 %) og sykehjem B (51 respondenter, 25 %). Cirka 20 % av respondentene var fra sykehjem E og C, mens få respondenter ble rekruttert fra sykehjem E og H.

Fig. 1



Gjennomsnittlig alder for gruppen var 84 år, og 41,7 % av respondentene var i kategorien eldre enn 85 år. En tredjedel av utvalget var fortsatt gift og 59 % hadde fra syv til ti års utdanning, i tillegg hadde 32 % fullført middelsskole eller tatt artium.

En skår mellom 12 – 20 på Barthel Index ansees som en høy skår, og gjennomsnittet på Barthel Index i denne studien var 12.92 (SD = 4.92). Dette betyr at pasientene var mer eller mindre selvhjulpne med hensyn til ADL-funksjon. Det var pasientene selv som rapporterte hva de kunne eller ikke kunne klare, og i dette ligger det en mulig feilkilde da det er primært observert atferd som bør registreres. Til sammenligning hadde respondentene i Torvik et al (2009) studie en ADL – funksjon på 9,5 (SD = 5).

For å få en oversikt over de ulike sykdommene pasientene led av henvises til tabell 1.

Respondentene hadde gjennomsnittlig 3,4 (SD=1,73) sykdommer, og stod på 4,6 (SD=2,18) ulike medisiner (gjennomsnitt).

Tabell 1: Medisinske diagnoser

Sykdommer	Antall og prosentvis andel av respondentene med sykdom
Hjertesykdommer	129 (63,2 %)
Andre muskel/skjelett lidelser	111 (54,5 %)
Slag	66 (32,4 %)
Psykisk sykdom	55 (27,0 %)
Kronisk mage/tarm lidelse	51 (25,0 %)
Osteoporose	40 (19,6 %)
Astma og andre lungesykdommer	39 (19,1 %)
Diabetes	33 (16,2 %)
Cancer	33 (16,2 %)
Kronisk smertesyndrom	23 (11,3 %)
Rheumatoid artritt	17 (8,9 %)

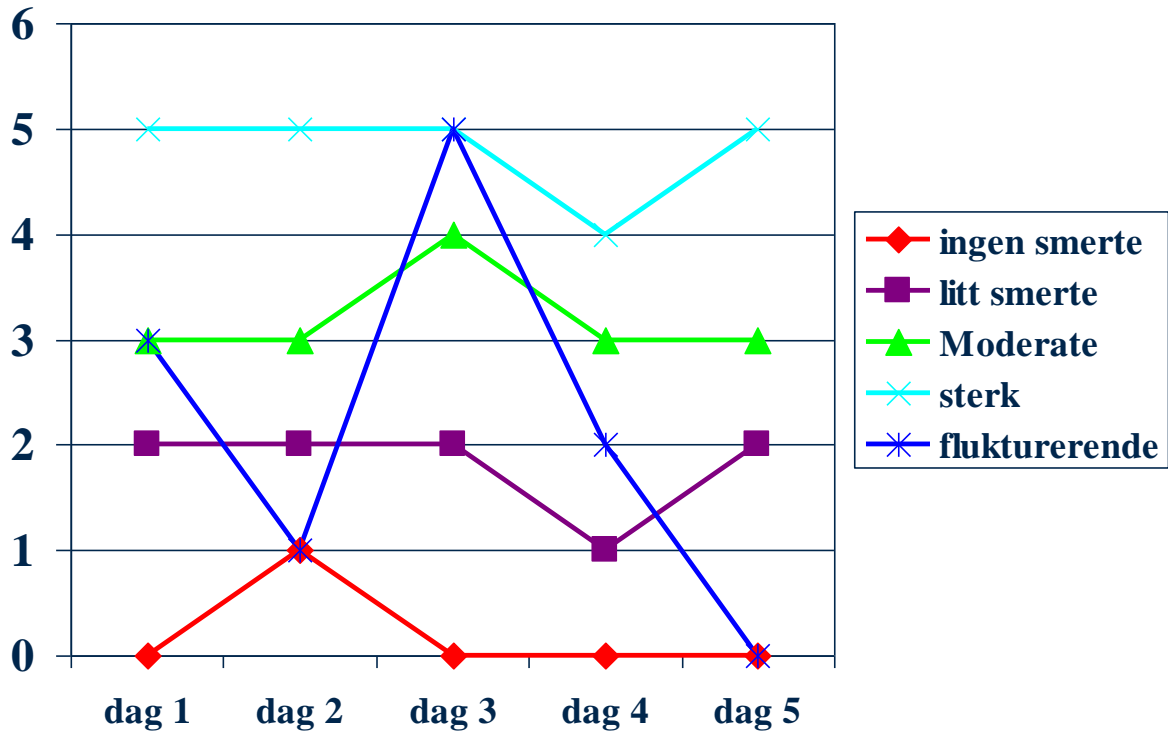
Mange av disse medisinske lidelsene medfører smerter, og da særlig muskel/skjelettlidelser, kreft, kronisk smertesyndrom og artritt.

Tabell 2: Smertekartleggingen (PPI)

Smerte-nivå	1 gang	2 gang	3 gang	4 gang	5 gang
Ingen smerte	54 (26,5 %)	60 (29,4 %)	65 (31,9 %)	72 (35,3 %)	68 (33,3 %)
Mild smerte	45 (22,1 %)	43 (21,1 %)	45 (22,1 %)	34 (16,7 %)	40 (19,6 %)
Moderat Smerte	47 (23,0 %)	60 (29,4 %)	58 (28,4 %)	66 (32,4 %)	59 (28,9 %)
Sterk smerte	41 (20,1 %)	30 (14,7 %)	24 (11,8 %)	23 (11,3 %)	28 (13,7 %)
Intens smerte	15 (7,4 %)	11 (5,4 %)	10 (4,9 %)	6 (2,9 %)	4 (2,0 %)
Voldsom smerte	2 (1,0 %)	0 (0,0 %)	1 (0,5 %)	2 (1,0 %)	2 (1,0 %)

Vi gjennomførte smertekartleggingen med hver respondent en gang om dagen i alt fem ganger i løpet av en 14 dagers periode. Som vist i tabell 2 var det kun en tredjedel av gruppen som oppgav ingen smerte på alle fem kartleggingene, mens mellom 45 – 55 % oppgav moderat eller sterkere smerte alle fem gangene. 15 % til 29 % av respondentene oppgav at deres smerte var sterk, intens eller voldsom. Det at så mange oppgir at de har smerte i alle fem kartleggingene kan indikere en tilstedeværelse av vedvarende eller kronisk smerte. Dette er et viktig funn da det kan tyde på at pasientene lever med smerte.

Tabell 3: Modell av smertemønsteret over fem dager

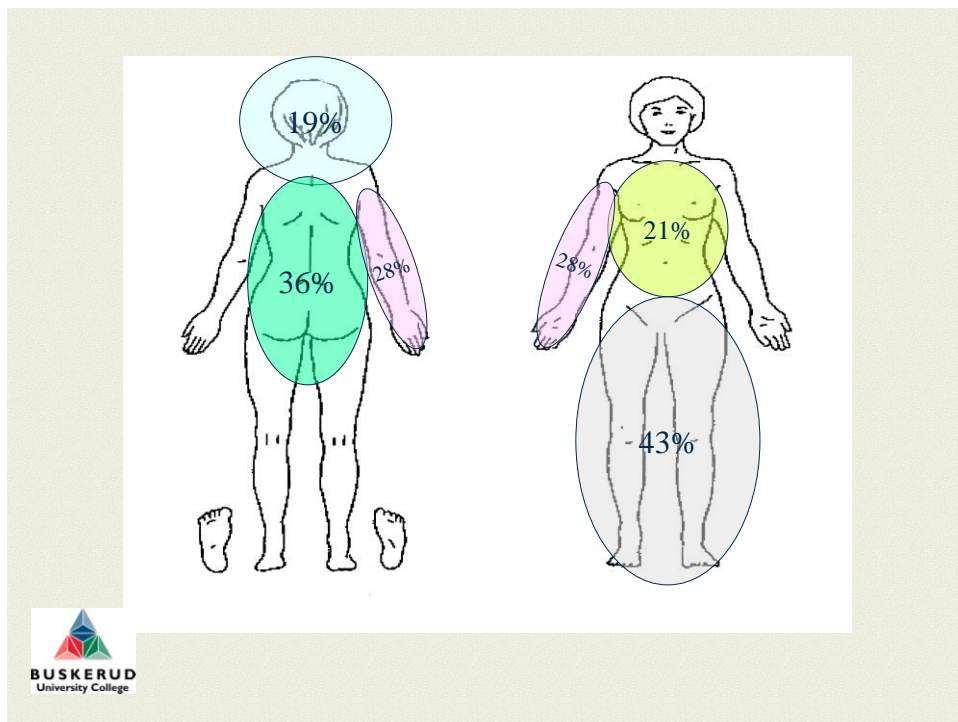


De fleste studier av smerter omhandler smerter på ett gitt tidspunkt, og derfor ønsket vi å se på hvordan smerten til den enkelte var over fem dager. For å få fram et smertemønster så vi på ulike kombinasjoner og kategoriserte de inn i fem grupper. Gruppen med ingen smerter består av de respondentene som enten ikke hadde smerte alle fem dagene eller de som hadde mild smerte en eller to dager av de fem dagene. Litt smerte er de respondenter som hadde minst tre kartlegginger med mild smerte og ikke mer enn to kartlegginger med ingen eller moderat smerte. Mønsteret som viser moderat smerte refererer til de som hadde tre, fire eller fem kartlegginger med moderate smerter og ikke mer enn to skårer med sterk smerte. Mye smerte er de respondentene med minst tre skårer på sterk, intens eller voldsom smerte med en eller to skårer med moderat smerte. Smertemønsteret som vi har benevnt flukturende smerte er respondenter som varierte med minst tre ulike skårer på PPI. Vi så også på fordelingen av respondentene i disse fem gruppene. Det var nesten 26 % av respondentene med ingen smerte og 30 % som hadde litt smerte alle fem dagene. Nesten halvparten av utvalget hadde konstant

moderat, høy eller fluktuerende smerte disse fem dagene. Dette resultatet indikerer at mange pasienter hadde daglige smerter, og smerter av forholdsvis konstant høy intensitet.

Gjennomsnittlig hadde de gamle vondt i 4.28 til 4.98 kroppsområder. Det at smertene ikke er lokalisert kun til ett eller to områder i kroppen, men er mer spredd ut over flere områder kan tyde på flere årsaker til smerter for eksempel flere ulike kroniske sykdommer. Som figur 2 viser så er mye av smertene lokalisert til ledd. Mer enn 40 % av respondentene hadde smerter i underekstremitetene inkludert hoftene, mens omtrent 35 % hadde smerter i ryggen. Dette vil kunne influere på de eldres mobilitet. Tilstedeværelsen av smerter i flere områder på kroppen på samme tid stiller store utfordringer til en omhyggelig kartlegging og ikke minst til en skreddersydd behandling og pleie.

Fig. 2: Lokalisasjonen av smerter, gjennomsnitt av 5 dager



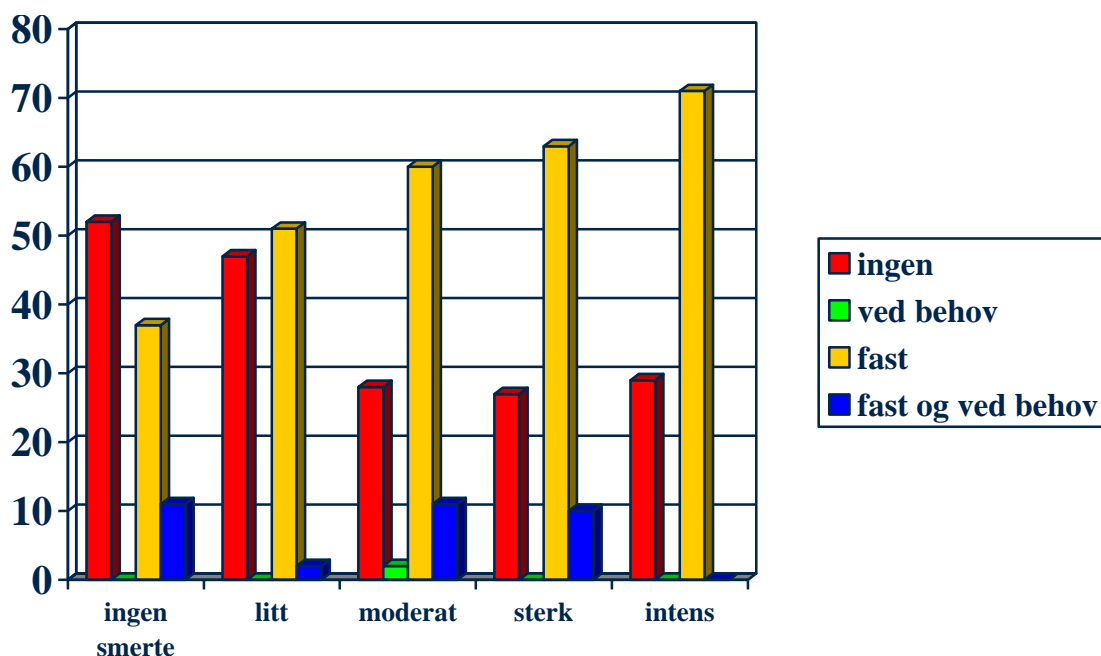
Som tabell 3 viser så var det en sterk positiv korrelasjon mellom alle fem smertekartleggingene noe som kan indikere en stor grad av vedvarende (kronisk) smerte. Det var også en positiv og signifikant korrelasjon mellom smertekartleggingene og antall smertefulle områder på kroppen, søvnproblemer, antall medisinske diagnoser og antall medisiner. Altså, pasienter med smerte har større sannsynlighet for å ha smerte i flere områder på kroppen, de har større sannsynlighet for å ha søvnproblemer, har flere medisinske diagnoser og de står også på flere medisiner. En viktig implikasjon av den signifikante korrelasjonen mellom smerter og søvnproblemer er at pasientene kan komme inn i en ond sirkel hvor smerter forårsaker redusert søvn som igjen fører til et ubehag som kan forsterke smerteopplevelsen som igjen vil influere på søvnkvaliteten. Smerter var ikke korrelert med Barthel Index, noe som kan tyde på at pasientene har smerter uavhengig av funksjonsnivå. Når det gjelder antall smertefulle områder på kroppen så hadde respondentene som oppga mild smerte gjennomsnittlig smerte fra 3.5 til 5 områder, mens de med intens smerte hadde smerte fra 5 til 7 områder. Ved hjelp av ANOVA test fant vi at forskjellen mellom de ulike gruppene med mild, moderat, sterk, intens og voldsom smerte og antall smertefulle kroppsområder var signifikant. Eksempelvis: 1 gang – F ratio = 14.577 (p < .001).

Tabell 3: Korrelasjon matrise

Nøkkel variablene	Smerte				
	1 gang	2 gang	3 gang	4 gang	5 gang
PPI Dag 1	-	-	-	-	-
PPI Dag 2	.593*	-	-	-	-
PPI Dag 3	.575*	.600*	-	-	-
PPI Dag 4	.620*	.545*	.644*	-	-
PPI Dag 5	.593*	.552*	.574*	.643*	
# av kroppsområder med smerte	.371*	.374*	.445*	.442*	.467*
Søvnproblemer	.293*	.214*	.140*	.206*	.190*
# av medisinske diagnoser	.235*	.192*	.119	.209*	.200*
# av medisiner	.219*	.232*	.080	.185*	.170*
Barthel Index	-.075	-.097	-.046	-.059	-.140

* Signifikant ved p < .05

Tabell 4: prosentvis bruk av smertestillende medikamenter innenfor de ulike smertegruppene. 1 kartlegging.



Mønsteret i tabell 4 var lik de andre fire resterende kartleggingene.

Flesteparten av respondentene brukte ikke smertestillende medikamenter, og det var bare mellom 15 til 30 % av respondentene som rapporterte sterk, intens eller voldsom smerte som tok analgetika.

Som tabell 4 viser så er det veldig få respondenter som fikk ved behov ordinasjon av smertestillende. Det er en tendens til at respondenter med ingen eller mild smerte ikke tar smertestillende, men allikevel var det mange med sterk (ca.26 %) eller intens smerte (ca.28 %) som ikke brukte smertestillende medikamenter. Samme resultater har man funnet i andre studier, blant annet i en stor studie av nesten 50 000 sykehjem i USA hvor forskerne fant at 25 % av pasientene som hadde smerter ikke fikk noe smertestillende medikamenter (Won et al 1999). I Norge fant Torvik et al (2009) at blant de gamle på sykehjem som selv - rapporterte sin smerte var det ca 30 % som ikke fikk smertestillende til tross for at de hadde smerter. Doloplus 2 ble brukt for å kartlegge smerter hos pasienter med kognitiv svikt. 67 % av de hadde smerter og ca. 40 % av de stod ikke på noe smertestillende medisiner. Flere studier

viser at eldre blir foreskrevet for lite analgetika blant annet studier av Achterbuer, Pot, Scherder og Ribbe, 2007 og Smalbrugge et al., 2007.

Resultater fra denne studien viser at selv om en større prosentandel av respondenter med sterke smerter rutinemessig tok smertestillende så oppgav mellom 15 til 29 % at deres smerte var sterk, intens eller voldsom (Se tabell 2). Dette kan tyde på at underbehandling av smerter hos eldre fortsatt synes å være ett problem. Årsaker til denne underbehandlingen kan være at pasienten er vant til å ha smerter, at både pasienten selv og helsepersonell mener smerter er en del av det å eldes eller at de ikke er klar over at det er mulig å lindre smertene medikamentelt. Det er også mulig at smertestillende som forordnes til pasientene enten ikke er sterke nok eller ikke tilpasset den type smerte den gamle hadde. Som tidligere nevnt har studier vist en kunnskapsmangel på områder som farmakologi, medikamentavhengighet, behandling av bivirkninger og ikke – medikamentell lindring av smerter (Ersek et al., 1999, Jones et al., 2004). For å bedre smertelindringen hos gamle på sykehjem er det viktig med en systematisk kartlegging av pasientens smerter, og å evaluere effekten av den pågående smertebehandling.

3.2 Resultater fra den kvalitative delen

Etter analysen av respondentenes erfaringer med å leve med smerte og hvordan smerten påvirket deres liv og funksjon var det to hovedtemaer som ble identifisert. Disse to temaene var fysisk smerte og smerte som lidelse. De var nært assosiert og påvirket måten de gamle beskrev deres smerte og lidelse. I de gamles beskrivelse av sine erfaringer med smerte knyttet de den fysiske smerten og smerte som lidelse til faktorer som forsterket følelsen av smerten, faktorer som lindret smerte og hvilke konsekvensene smerten hadde i deres daglige liv.

3.2.1 Den fysiske smerten

Den fysiske smerten ble beskrevet i forhold til lokalisasjon, intensitet, kvalitet og varighet. Den var for det meste lokalisert til ledd, muskler og bindevev, og dette samsvarer med det de gamle oppgav i fase en av studien (Se fig.2). For å indikere smertens intensitet brukte respondentene beskrivelser som ”*verking*” og ”*sviing*” for å indikere moderat smerte. En beboer beskrev det slik: ”*Mine hofter verker, også ryggen, hvis jeg sitter for lenge blir*

smerten verre, jeg vil kalle smerten for moderat”. For å beskrive den intense smerten brukte respondentene ord som *”forferdelig, uutholdelig, grusom og intens*”. En respondent forklarer det slik: *”forferdelig smerte – det er som en ild som brenner i flere dager*”. Noen av de gamle hadde hatt smerter i flere år, og denne smerten fremstod som ganske stabil i intensitet. Det er viktig at smertekartlegging fokuserer på hvor pasienten har vondt, hvor sterk smerten er, hvordan smerten kjennes ut og hvor lenge har vedkommende hatt vondt. McGill Pain Questionnaire er oversatt til norsk (Kim, Schwartz-Barcott, Holter og Lorensen, 1995) og er ett av de mest brukte instrumenter på grunn av dets evne til å måle disse multidimensjonale aspektene ved smerten. På den andre siden kan dette instrumentet oppleves for detaljert og for omfattende til å tas i bruk i sykehjem på grunn av begrenset tid og mangel på kvalifisert personale. De gamle kan også ha problemer med å forstå alle adjektivene som benyttes for å beskrive smerten.

VAS (visual analogue scale), VRS (verbal rating scale) og NRS (numerisk rating scale) er alle kartleggingsinstrumenter som fanger opp smertens intensitet. Disse instrumentene er også validert til bruk blant eldre, også eldre med kognitiv svikt (Closs et al., 2004), men vår mening er at siden eldre ofte har vedvarende smerter vil disse instrumentene kun fange opp en liten del av de ulike aspektene ved smerten. For å fange opp de multidimensjonale dimensjonene ved smerten kan personalet på sykehjem for eksempel benytte kortversjonen av BPI (Brief Pain Inventory) eller kortversjonen til McGill Pain Questionnaire som er validert i mange land, inkludert Norge, og som er foreslått benyttet av ekspertgruppen i European Association of Palliative Care (Caraceni, Cherny, Fainsinger, Kaasa, Poulain, Radbruch og De Conno, 2002).

Faktorer som forsterket og lindret den fysiske smerten

Når de gamle skulle beskrive smerteopplevelsen kom de ofte inn på hva som gjorde smerten verre og hva som lindret den. Faktorer som forsterket smerteopplevelsen var av to typer. De som direkte forårsaket smerten som å bli dratt i, bli tatt hardt i, å bli sittende i samme stilling over en lang periode og fysioterapi. En pasient fortalte: *”Sykepleierskerne må lære seg å behandle folk med forsiktighet, ta forsiktig i de og bruke god tid*”. Den andre faktoren forsterket smerteopplevelsen mer indirekte ved at de gamle blant annet måtte vente på smertestillende, og mangel på informasjon. Det å være i aktivitet og få fysioterapi kunne forårsake smerte eller forsterke en eksisterende smerte, men samtidig kunne også disse faktorene redusere smertene. De gamle hadde også erfaringer med at det som lindret smertene

i en kroppsdel kunne påføre smerter et annet sted. Respondentene fortalte om deres egne forsøk på å lindre smertene, og hvor fornøyde de ble når de mestret dette og ikke minst hvis de fikk positive tilbakemeldinger fra personalet. De satte pris på alternative metoder for å lindre smertene som for eksempel fysioterapi, massasje og varme (lammeull) og avledning. De gamle hadde en ambivalent holdning til smertestillende medikamenter. For eksempel så var det flere som stilte spørsmålsteget ved hvor effektive smertestillende var, men selv om de var skeptiske så tok de allikevel tablettene de ble tilbudt. Eks, ”*Du vet jeg bruker smertestillende, men vet ikke om de hjelper noe eller ei, men jeg antar jeg burde ta de*” og ”*det eneste de kan tilby oss gamle er smertestillende piller*”. Respondentene var skeptiske til smertestillende på grunn av redsel for bivirkninger som å miste kontrollen over kroppen og å bli avhengige. En pasients redsel for bivirkningene av de smertestillende tablettene uttrykkes slik: ”*Jeg ønsker ikke å bli sittende som et vissent persilleblad*”.

Landsbury (2000) viser i en studie at den minst foretrukne smertelindrende metode blant eldre med kroniske smerter var bruk av smertestillende medikamenter. Allikevel påstår blant annet Jacobsson og kolleger (2004) at analgetika er den mest brukte metoden for å lindre smerter. De gamle i denne studien sier de nøler med å be om smertestillende, og når de til slutt ber om en tablett så erfarer de at de må vente lenge før de får medikamentet. Dette samsvarer med studier av blant annet Higgins (2004) og Jones et al (2005) som viser at gamle ikke ber om smertestillende fordi av de liker ikke å ta medisiner, eller de er stoiske, men de var også redde for å bry personalet siden de hadde inntrykk av at personalet hadde det for travelt. På spørsmålet om hva slags hjelp de kunne ønske seg for smertene svarte mange av de gamle at de ønsker at noen av helsepersonalet hadde tid til å prate, og at noen kunne sette seg ned og vise interesse for dem.

Konsekvenser av den fysiske smerten

Når det gjelder konsekvenser av den fysiske smerten beskriver pasientene den i relasjon til dagliglivets aktiviteter slik som inaktivitet, sosial isolering, behovet for mer tid for å utføre visse aktiviteter til redusert appetitt og redusert søvn. En respondent beskrev dette slik: *Kan ikke gjøre noen ting, bare sitte her og kjenne på smerten, det er ikke noe moro*” En annen beskrev det slik: ”*Jeg sover ikke så godt om natta, jeg sover dårlig, våkner tidlig og får ikke sove igjen – det er forferdelig. Så kommer alle tankene – hvorfor alt går så dårlig med meg*”. Dette samsvarer med funnene i fase en i studien som viste at det var en signifikant korrelasjon mellom grad av smerter og søvnproblemer. Smerte kunne føre til isolering og en følelse av

ensomhet. Selv om de tilbrakte tid sammen med andre medpasienter hadde de en følelse av å være alene. En kvinnelig beboer ønsket ikke å fortelle eller vise pårørende sin smerte fordi hun ønsket å skåne de.

3.2.2 Smerte som lidelse

Det var forventet at respondentene skulle gi uttrykk for en fysisk smerte siden de ble rekruttert fra den gruppen som oppgav moderat eller sterkere smerte i fase en av studien. Imidlertid så uttrykte også respondentene en følelse av lidelse. Smerte som lidelse ble erfart annerledes og mer vendt innover enn måten den fysiske smerten ble erfart. Deltakerne beskrev smerte som lidelse som en personlig trussel mot det å være et helt menneske. De uttrykte et tap av mening med livet og i livet relatert til andre og ens omgivelser. De karakteriserte lidelse som ensomhet, sårbarhet, tap, frykt, hjelpeløshet og håpløshet. Lidelsen kunne erfares uten den fysiske smerten, men den kunne og erfares sammenvevd med den fysiske smerten. For eksempel når den gamle opplevde å bli dratt i så forsterket det den fysiske smerten, men samtidig så opplevde vedkommende en form for lidelse i det hun/han følte seg såret og hjelpeløs (se fig 3).

Faktorer som forsterket og lindret smerte som lidelse

Lidelse var en mer indre smerte, en slags følelse de hadde, eller noe som ble forårsaket av hvordan de ble behandlet av andre og det miljøet de var plassert i om de ønsket det eller ei. Deltakerne beskrev ulike tap knyttet til det livet de levde nå, men også tap i dere fortid, tap av nær familie og venner og av mangel på sosial kontakt. Dette kan illustreres ved følgende sitat: *”Jeg savner å gå omkring i hagen min og møte naboene som før... ..og nå kan jeg ikke gå til toalettet selv engang”*. Andre respondenter uttrykte at de savnet det å være en del av det vanlige livet de hadde levd før de kom inn på sykehjemmet. Noen av kvinnene savnet aktiviteter som det å lage en deilig middag, henge opp nye gardiner, gå i butikken og kjøpe sine egne klær. Flere av respondentene begynte å gråte når de snakket om sitt tidligere liv. Gode minner kunne på den ene siden lindre lidelse, men samtidig være en belastning hvis fortiden var for smertefull å tenke på eller tapene var for store. Lidelsen kunne lindres noe ved den gamles holdninger til livet og hvordan de mestret å takle dagliglivet. En beboer uttalte: *”Jeg har så mange ting å være takknemlig for i livet. Jeg lærte av en bok en gang –*

gjør som solguden – tenk bare på de lyse sidene i livet". Det at pasienten hadde et positivt selvbilde og en positiv innstilling til livet syntes å redusere lidelsen.

Måten personalet og de andre beboere behandlet den gamle på kunne føre til lidelse. De gamle verdsatte å bli behandlet med oppriktig interesse, respekt og verdighet. En gammel dame fortalte hvordan hun ble dypt såret når personalet avslo hennes bønn om hjelp. *"Jeg spurte om de kunne være så snille å lese et brev for meg siden jeg ikke klarer å lese selv, men hun (personalet) fortalte meg at hun hadde andre ting å gjøre og at å lese brev ikke var en pleieoppgave"* Beboerne hadde også en følelse av å ikke bli sett, og mangel på bekreftelse fra andre, særlig fra personalet, førte til lidelse. *"De ler av meg og hvis jeg har spørsmål så får jeg ikke noe ordentlig svar"* Det å bli sett og bekreftet kunne synes som om det økte deres selvfølelse, men mangel på bekreftelse førte til at de følte seg sårbare og usikre. Lindstrøm (1997) vektlegger viktigheten av å bekrefte pasienten ved å lytte til hans/hennes fortellinger og å være interessert i deres erfaringer. Det å ikke bli tatt på alvor var en vond følelse. Pasientene beskrev at de ofte fikk svar som *"snart"* og det gjorde de usikre. *"De forteller meg at de kommer snart, men jeg vet ikke hvor lenge snart er – det er stor forskjell på snart"*. Noen av pasientene erfarte også at de aldri ble informert om hva som var årsaken til deres smerter. Følelsen av å ikke bli tatt på alvor, følelsen av hjelpeløshet og usikkerhet førte ofte til lidelse. Cassell (1982) påpeker at alt som truer personens identitet kan medføre lidelse og at lidelse erfarer av pasienten som en helhet. Lidelse er nødvendigvis ikke knyttet direkte til den fysiske smertens intensitet eller kvalitet men er mer relatert til meningen med smerten og hvordan den som har smerte blir møtt.

Mestring gjennom blant annet å se at andre var i samme situasjon var viktig for den gamle, men ofte var andre beboere ikke i stand til å engasjere seg i konversasjoner, noe som førte til at den gamle ofte led i stillhet. Særlig det å være alene med sin fysiske smerte uten at personalet hadde tid til å prate med dem var også en kilde til lidelse. Öhlen (2000) fant i sin studie at for å lindre pasientenes lidelse så må de få en følelse av at personalet ser ham/henne som en hel person, og at pasientene føler seg verdsatt i sin relasjon med personalet, familien og andre medpasienter. Realiteten på mange sykehjem er at beboerne får en begrenset sosial kontakt med personalet på grunn av personalets høye arbeidsbelastning og derav tidsnød. Mange av medpasientene er kognitivt reduserte, og de har sensoriske tap av forskjellig art. Familien til de gamle har det ofte travelt, mange gamle har også få pårørende og venner igjen

i live. Alt dette var faktorer som de gamle i intervjuene kom inn på, og som reduserte deres sosiale kontakt med andre mennesker.

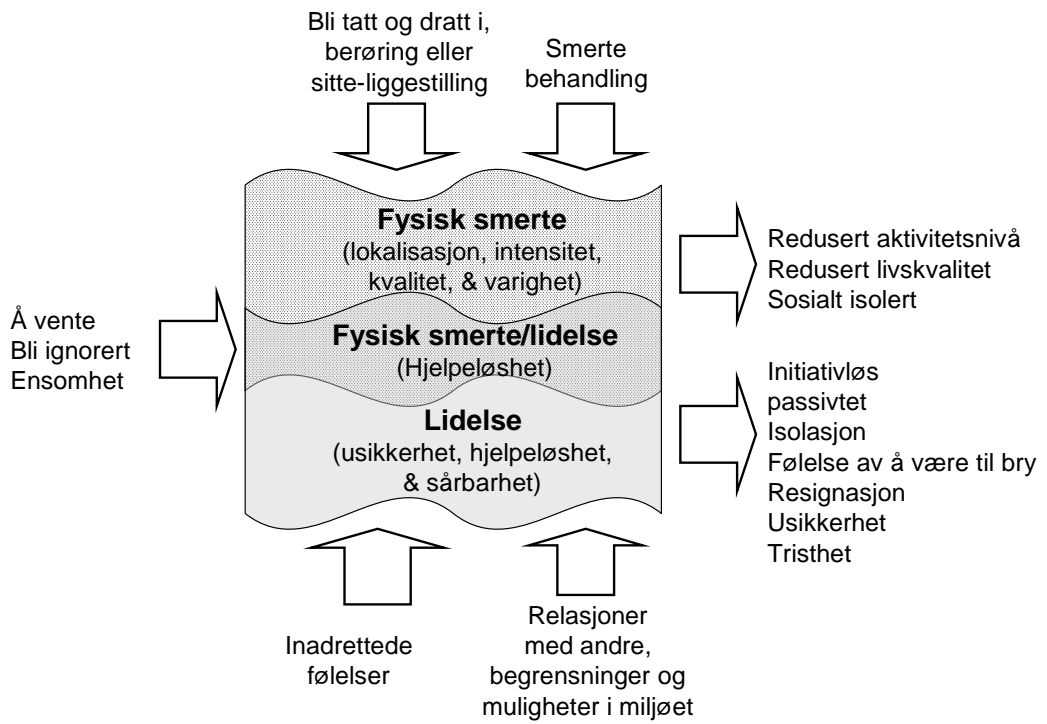
Åshild Slettebø (2008) intervjuet 14 gamle om deres erfaringer med å bo på sykehjem. De gamle gav også der uttrykk for en følelse av ensomhet og tristhet. Dagene ble lange, kjedelige og innholdsløse. Personalet oppdaget ikke eller de klarte ikke å dekke pasientens behov for sosial kontakt.

Respondentene kom også inn på situasjoner hvor personalet hadde fått dem til å føle seg verdsatt gjennom forsiktig berøring, ved å hjelpe dem til å finne en god stilling i senga, ved å ha øyekontakt, lytte og kommunisere på en forståelig måte. Dette fikk de gamle til å føle seg ivaretatt og bekreftet. Skal personalet møte pasientenes fysiske smerte og smertesom lidelse må de prøve å sette seg inn i hvordan det føles for den gamle å leve med smerter, de må vise interesse og bli oppmerksom på de gamles behov og ikke minst vite hvordan de skal handle for å møte deres behov.

Konsekvenser av smerte som lidelse

Konsekvenser av lidelse ble erfart som et personlig integritetstap, og kom til uttrykk som resignasjon, tap av initiativ, isolasjon, usikkerhet, følelsen av å være til bry, tristhet og være stengt inne i sin egen smerte til døden kom og befridde de. *“Jeg må bare ligge her helt til jeg dør, men det har jeg godtatt”*. De gamle gjorde som de fikk beskjed om, enten de likte det eller ei. Dette resignerte passivitetet kom til uttrykk når det gjaldt fysisk aktivitet, ernæring, smertestillende og sosiale arrangementer. Noen fortalte at det og ikke kunne snakke med andre medpasienter var slitsomt, men dette kunne også føre til at de satte mer pris på sin egen situasjon. *“av og til sitter jeg i dagligstuen sammen med de andre beboerne, mange av de hører ikke, mange glemmer og det er ikke mulig å snakke med de. Mange lever i fortiden og har det travelt fordi de skal hjem til mamma. Dette er ikke noe morsomt, men jeg er glad jeg ikke er sånn”*.

Resultatene fra den kvalitative delen av studien illustreres i figur 3



4.0 KONKLUSJON

Både den kvantitative og den kvalitative delen i denne studien avdekket at de gamle hadde vedvarende smerter lokalisert til primært ledd, muskler og bindevev. Nesten halvparten av de hadde smerter av moderat, intens eller fluktuerende smerter alle fem dagene. I tillegg til denne fysiske smerten uttrykte de en følelse av lidelse ofte uavhengig av den fysiske smerten. Når lidelsen ble knyttet til den fysiske smerten var den assosiert med hvordan den fysiske smerten ble behandlet. Det betyr at hvis den fysiske smerten ikke ble taklet rett eller passende av personalet, som det å ikke tro på pasientens utsagn eller å ikke svare passende på pasientens ønske om hjelp, førte til en lidelse med en følelse av sårbarhet, usikkerhet og hjelpeløshet. Respondentene hadde problemer med å beskrive deres smerteopplevelser, og noen av dem mente at andre mennesker ikke kunne sette seg inn i hvordan det var å leve med smerte. Studien syner også viktigheten av å møte den gamles behov med sensitivitet og å være mer empatisk. Det er viktig for sykepleiere og annet personale å kommuniserer både verbalt og non-verbalt at de er interessert i beboerens velvære. Funnene i denne studien viser at det er et behov for å tenke nytt angående smertebehandling av eldre i sykehjem hvor man kan inkorporere pasientens egen erfaring og kunnskap om hva som for dem er en effektiv lindring av smerter. Det er behov for flere studier som fokuserer på effektive måter å hjelpe pasienter til å takle både den fysiske smerten og smerte som lidelse gitt de begrensninger som i dag finnes på sykehjem.

REFERANSELISTE

Achterberg, W.P., Pot, A.M., Scherder, E.J. og Ribbe, M.W. (2007). Pain in the nursing home: assessment and treatment on different types of care wards. *Journal of Pain and Symptom management*. 34, 480 – 487.

Allock, N., McGarry J. og Elkan, R. (2002). Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 464-471.

AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The management of Persistent Pain in Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(6), S205-S224.

Bakke, H.K. (2004). Nye tanker om bemanning i sykehjem. *Tidsskrift Nor Lægeforen* 124, 2807.

Breivik, H. (2003). Ta smerte på alvor. Norge på smertetoppen I Europa. <http://www.painineurope.com> (lest 02.04.2009).

Cairncross, L., Magee, H. og Askham, J. (2007). A hidden problem: pain in older people. Picker Institute Europe Retrieved December 30, 2007 www.pickereurope.org.

Caraceni, A., Cherny, N., Fainsinger, R., Kaasa, S., Poulain, P., Radbruch, L., De Conno, F and the Steering Committee of the EAPC Research Network. (2002). Pain Measurement Tools and methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European association of Palliative Care. *Jouranl of pain and Symptom Management*. 23 (3), 239-255.

Casarett, D., Hirschman, K.B., Miller, E.R. og Farrar, J. (2002). Is Satisfaction With Pain management a Valid and Reliable Quality indicator for Use in Nursing Homes? *Journal of the American Society*. 50 (12), 2029-34.

Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, 639-645.

Closs, S.J. (1994). Pain in the elderly patients: a neglected phenomenon? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1072-1081.

Closs, S.J. (1996). Pain and elderly patients: a survey of nurses` knowledge and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 23, 237-242.

Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. og Seers, K. (2004). A Comparison of Five pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment. *Journal of pain and Symptom Management*. 27 (3), 196 – 205.

Ersser, S., Wiles, A., Taylor, H et al (1999). The sleep of older people in hospital and nursing homes. *Journal of clinical nursing*. 8, 360-68.

Ersek, M., Kraybill, B.M. og Hansberry, J. (1999). Investigating the educational needs of licensed nursing staff and certified nursing assistants in nursing homes regarding end-of-life care... three studies. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 16(4): 573-82.

European Federation of IASP Chapters (2009).
http://www.efic.org/about_pain.html (lest 02.04.2009).

Ferrell, B.A., Ferrell, B.R. og Riviera, L. (1995). Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10 (8), 591-98.

Ferrell, B. (1991). Pain Management in Elderly People. *Journal of the American Geriatric Society*. 39 (1), 64-73.

Fox, P.L., Raina, P., og Jadad, A.R. (1999). Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Canadian Medical Association*, 160(3), 329-333.

Helsetilsynet i Buskerud. Medisinalmeldingen 2003

http://www.helsetilsynet.no/upload/helsetilsynet%20i20fylkene/buskerud/buskerud_medisinal_melding2004.pdf (lest 02.04.2009)

Higgins, I., Madjar, I., og Walton, J.A. (2004). Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 12(3):167-73.

Jakobsson, U., Hallberg, I.R. og Westergren, A. (2004) Pain management among older people in need of help with activities of daily living. *Pain Management Nursing*, 5(4): 137-43.

Jones, K.R., Fink, R., Pepper, G., Hutt, E., Vojir, C.P., Scott, J., Clark, L. og Mellis, K. (2004). Improving nursing home staff knowledge and attitudes about pain. *Gerontologist*, 44(4), 469-78.

Jones, K.R., Fink, R.M., Clark, L., Hutt, E., Vojir, C.P., og Mellis, B.K. (2005). Nursing home resident barriers to effective pain management: why nursing home residents may not seek pain medication. *Journal of the American Medical Directors Association*, 6(1), 10-7.

Kedziera, P.L. (2001) Easing Elders` Pain. *Holistic Nursing Practice*, 15(2), 4-16.

Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., Holter, I.M. og Lorensen, M. (1995). Developing a translation of the McGill pain questionnaire for cross-cultural comparison: an example from Norway. *Journal of advanced Nursing*, 21, 421-426.

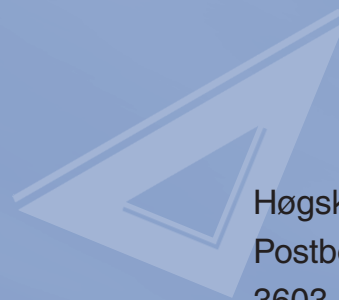
Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju* Ad Notam Gyldendal

Lindstrøm, U.Å., (1997) Psykistrisk vård ur ett vårdvetenskapelig perspektiv. I *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. (Hummelvold, K.K. og Lindstrøm, U.Å. eds.) Studentlitteratur. Lund. 73-95

Landsbury, G. (2000). Chronic pain management; a qualitative study of elderly people` preferred coping strategies and barriers to management. *Journal of Disability and rehabilitation*, 22, 2-14.

- Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Gyldendal Akademiske.
- Lois, M., Meiner, S.E. (2006). Pain; In Meiner SE, Lueckenotte AG, editors: *Gerontologic Nursing*, third edition (pp 304-327). Mosby.
- Lunde, E.S. (2000). De fleste elder vurderer helsa positivt. I: *Samfunnsspeilet nr 2* www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200002/5.shtml (lest 02.04.2009)
- McGaffery, M, Beebe, A. (1996). *Smerter – lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal AS.
- Nygaard, H.A., Jarland, M. (2005). Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – Rapportering og sykepleievurdering. *Tidsskrift Nor Lægeforen*. 10 (125), 1349-51.
- Rustøen, T., Wahl, K.A., Hanestad, R.B. et al (2004). Prevalence and characteristics of Chronic Pain in the general Norwegian population. *European Journal of pain*. 8, 555-65.
- Rø, O.C. (2000). Sykehjemmene – bør sykehjemmene styrkes som institusjon, eller videreutvikles som botilbud? *Tidsskrift Nor Lægeforen* 120, 3112.
- Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden* 87. 28 (1), 22-25.
- Smalbrugge, M, Jongenelis, L.K., Pot, A.M., Beekman, A.T., & Eefstin, J.A. (2007). Pain among nursing home patients in the Netherlands: prevalence, course, clinical correlates, recognition and analgesic treatment--an observational cohort study. *BMC Geriatrics*. 7 <http://www.biomedcentral.com/141-2318/7/3> (lest 02.04.2009)
- Statistisk Årbok (2008) <http://www.ssb.no/aarbok> (lest 02.04.2009)
- Strindberg, M og Billing, E. (1999). Sjuksköterskars kunskaper om smärta och Smärtbehandling. *Vård i Norden* 4. 19 (54), 41-46.
- Torvik, K., Kaasa, S., Kirkvold, Ø og Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*. 23, 8–16.
- Weiner, D.K., Hanlon, J. (2001). Pain in Nursing Home Residents. *Drugs and Aging*. 13-29.
- Weiner, D.K., og Rudy, T.E., (2002) Attitudinal Barriers to Effective Treatment of Persistent Pain in Nursing Home Residents, *Journal of American Geriatrics Society*, 50(12), 2035-2040.
- Won, A., Lapane, K., Gambassi, G., Bernabei, R., Mor, V. og Lipsitz, LA. (1999). Correlates and management of Nonmalignant Pain in the Nursing Home. *Journal of American Geriatrics Society*, 47 (8), 936-942.
- Yates, P., Dewar, A., og Fentiman, B. (1995). Pain: the views of elderly people living in long – term residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 667–674.

Öhlen, J. (2000). Att vara i en fristad, berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård. (Being in a lived retreat: Narratives of alleviated suffering within palliative care). Institution för vårdpedagogik, Göteborg Universitet.



Høgskolen i Buskerud
Postboks 235
3603 Kongsberg
Telefon: 32 86 95 00
Telefaks: 32 86 98 83
www.hibu.no

ISSN 0807-4488

