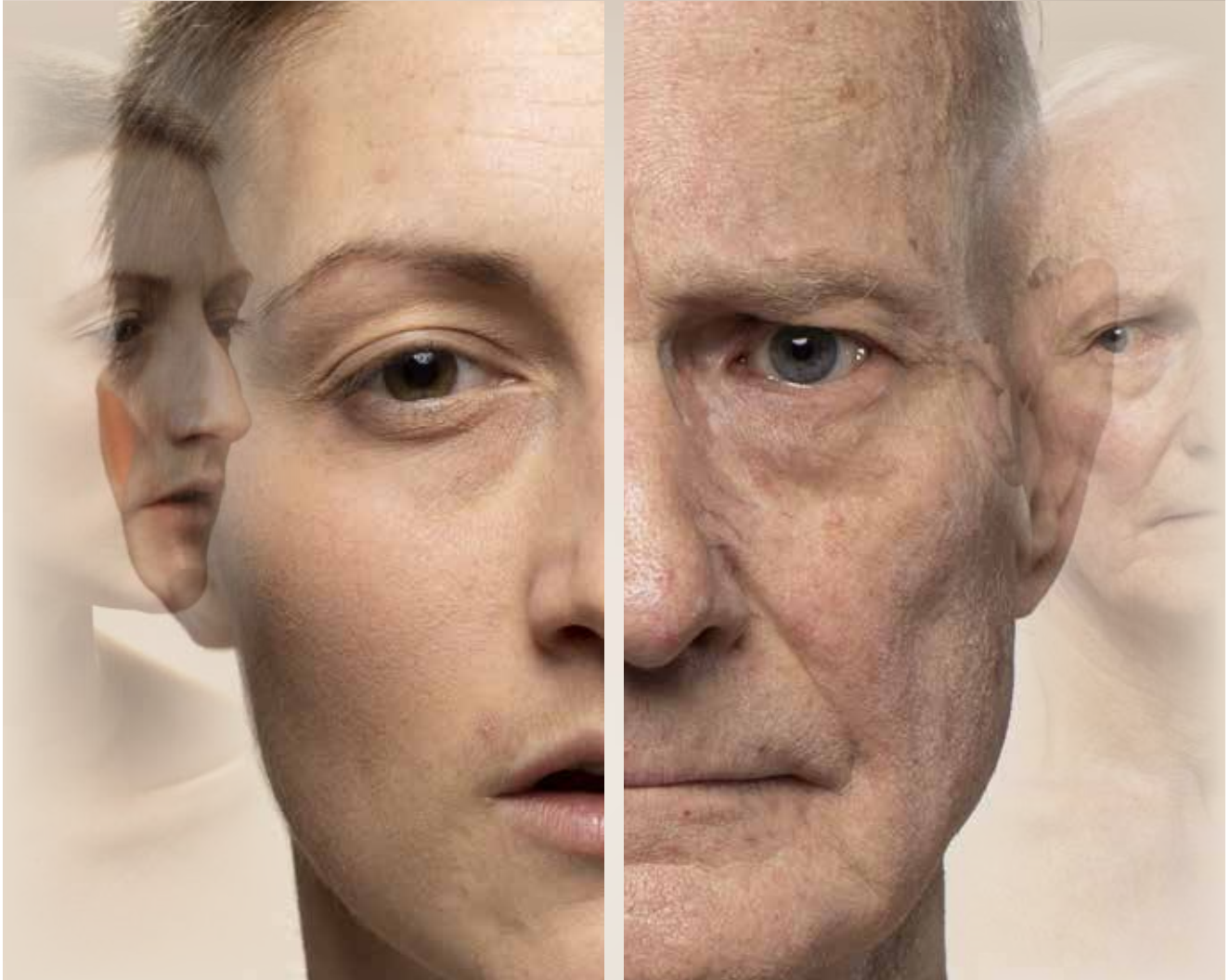


Sykepleien



#SMERTE VURDERING

Årsakene til pasientens smerte kan være sammensatte og vanskelige å tyde.
Sykepleiere kan gjøre en avgjørende forskjell.

BEHANDLING SKAL IKKE VÆRE EN SMAKSAK

Opptil 70 % av kreftpasienter opplever smaksforandringer under behandling¹. Dette kan ha en negativ påvirkning på ernæringsstatus og føre til vekttap.²

Bitre, metalliske og andre smaker som kan forårsake **kvalme**, samt en følelse av **munntørrehet**, er vanlige bivirkninger etter cellegift eller strålebehandling.³⁻⁵

Nutricia introduserer derfor 3 spesialtilpassede smaker i Nutridrink Compact Protein porteføljen – **Kjølede Røde Bær**, **Varmende Tropisk Ingefær** og en **nøytral** variant som er utviklet for å imøtekomme de smaksforandringene kreftpasienter opplever under behandling.

Produktene er utviklet i samarbeid med kreftpasienter.

For å lese mer om hvordan produktene virker gå til www.nutricia.no



Kjære leser!

Denne utgaven av Sykepleien handler om smertevurdering. Den ble produsert før koronakrisen og sendes nå ut mens helsetjenesten er i ekstrem beredskap.

Vi vet at dere for tiden befinner dere i en meget spesiell og presset situasjon. Redaksjonen i Sykepleien ønsker å formidle hvordan dere har det og hva dere opplever akkurat nå. Vi er nå på jakt etter rapporter, dagboknotater, bilder og videoinnlegg fra dere. Slik kan dere bidra til å dokumentere og/eller kommentere koronakrisen fra sykepleiernes ståsted.

Er det nye uvante problemstillinger? Burde noe gjøres annerledes? Får dere nok informasjon? Fungerer ledelsen? Har dere fått gnagsår av munnbindene, eller har dere lyst til å bidra mer, men kan ikke fordi dere må passe egne barn?

Sykepleien planlegger også en stor og historisk temautgave **#Sykepleie i koronaens tid**, som blir vår juniutgave. Her skal vi dokumentere innsatsen til 150 000 sykepleiere i ukene som kommer.



Barth Tholens

Ansvarlig redaktør i Sykepleien

Kan du bidra med noe, send det til oss!

tema@sykepleien.no (tekster)
siv.johanne.seglem@sykepleien.no (bilder og video)
nina.hernes@sykepleien.no (bilder)

Vi kontakter dere og veileder dere med tanke på form og innhold. Innsendte bidrag vil kunne bli publisert løpende på sykepleien.no.

sykepleien.no

Vi følger situasjonen tett, her finner du oppdaterte nyheter og innlegg.

Bexsero «GlaxoSmithKline»

C Meningokokkvaksine.

ATC-nr.: J07A H09

INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 1 dose (0,5 ml) inneholdende: Neisseria meningitidis gruppe B NHBA fusjonsprotein^{1,2,3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B NadA protein^{1,2,3} 50 µg, Neisseria meningitidis gruppe B fHbp fusjonsprotein^{1,2,3} 50 µg, yttermembranvesikler (OMV) fra Neisseria meningitidis gruppe B stamme NZ98/254 målt som mengde av totalprotein som inneholder PorA P1.4 2 25 µg, natriumklorid, histidin, sukrose, vann til injeksjonsvæsker.

¹Produsert i E. coli-celler med rekombinant DNA-teknologi.

²Adsorbent på aluminiumhydroksid (0,5 mg Al³⁺).

³NHBA (neisseria-heparinbindende antigen), NadA (neisseria adhesin A), fHbp (faktor H-bindende protein).

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥ 2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av Neisseria meningitidis gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se SPC for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Dosering:

Alder ved 1. dose	Primær immunisering	Intervaller mellom primærdoser	Påfyllingsdoser
Spedbarn, 2-5 måneder ^a	3 doser på 0,5 ml hver	Ikke <1 måned	Ja, 1 dose mellom 12 og 15 måneders alder
Spedbarn, 3-5 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	med et intervall på minst 6 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^{b,c}
Spedbarn, 6-11 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	Ja, 1 dose i det 2. leveåret med et intervall på minst 2 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^c
Barn, 12-23 måneder	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <2 måneder	Ja, 1 dose med et intervall på 12 til 23 måneder mellom primærserien og påfyllingsdosen ^c
Barn, 2-10 år, ungdom (≥ 11 år) og voksne ^d	2 doser på 0,5 ml hver	Ikke <1 måned	En påfyllingsdose bør vurderes hos personer ved fortsatt risiko for eksponering for meningokokksykdom, basert på offisielle anbefalinger

^a1. dose skal ikke gis tidligere enn ved 2 måneders alder. Sikkerhet og effekt hos spedbarn <8 uker er ikke fastslått, ingen tilgjengelige data finnes.

^bVed forsikning skal påfyllingsdosen gis senest etter 24 måneders alder.

^cBehov og tidspunkt for påfyllingsdoser er ikke fastslått.

^dIngen data for voksne >50 år finnes.

Tilberedning/Håndtering: Ved oppbevaring kan en fin off-white avleiring sees. Før bruk skal sprøyten ristes godt for å få homogen suspensjon. Vaksinen skal inspiseres visuelt mht. partikler og misfarging. Vaksinen skal kasseres ved observasjon av fremmedpartikler og/eller variasjon i fysisk utseende. Ikke anvendt legemiddel samt avfall bør destrueres i overensstemmelse med lokale krav. **Administrering:** Vaksinen gis ved dyp i.m. injeksjon, fortrinnsvis i anterolateral del av låret hos spedbarn eller i deltamuskelområdet av overarmen hos barn, ungdom og voksne. Skal ikke injiseres intravaskulært. Separate injeksjonssteder skal brukes ved administrering av flere vaksiner samtidig.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom. Ved mindre infeksjoner, f.eks. forkjølelse, skal vaksinerings ikke utsettes. Eget medisinsk behandling og tilsyn skal alltid være lett tilgjengelig i tilfelle anafylaktisk reaksjon etter administrering. Nervøse reaksjoner, inkl. besvimelse, hyperventilering eller stressrelaterte reaksjoner kan forekomme ved vaksinerings, som psykogen respons på injeksjonen (se Bivirkninger). Det er viktig å ha prosedyrer for å unngå skade som følge av besvimelse. Skal ikke gis ved trombocytopeni eller annen koagulasjonsforstyrrelse som kontraindicerer i.m. injeksjon, med mindre potensiell fordel uten tvil overgår risikoen. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinen forventes ikke å gi beskyttelse mot alle sirkulerende meningokokkgrupper B-stammer. Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner. Antipyretika skal brukes i tråd med lokale retningslinjer hos spedbarn og barn (<2 år). Individuer med svekket immunrespons, som enten skyldes immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker, kan ha redusert antistoffrespons ved aktiv immunisering. Immunogenisitsdata er tilgjengelig for individer med komplementdefekter, aspleni eller manglende milffunksjon. Individuer med arvelig betingede komplementdefekter og individer som får behandling som

hemmer terminal komplementaktivering (f.eks. eculizumab) har økt risiko for invasiv sykdom forårsaket av N. meningitidis gruppe B, selv om de utvikler antistoffer etter vaksinerings. Ingen data fra bruk hos personer >50 år, og begrenset med data fra bruk hos pasienter med kroniske medisinske tilstander. Potensiell apnærisk og behov for respiratorisk overvåking i 48-72 timer må vurderes når primær immuniseringsserie administreres til svært premature spedbarn (født i ≤ 28 . svangerskapsuke), og spesielt ved tidligere respiratorisk umodenhet. Etersom fordelene med vaksinerings er høy for denne gruppen, skal vaksinerings ikke tilbakeholdes eller utsettes. Sprøyteheten kan inneholde naturgummilateks. Selv om risikoen for å utvikle allergiske reaksjoner er svært liten, skal nytte/risiko vurderes før administrering ved tidligere kjent lateksfølsomhet. Kanamycin brukes tidlig i produksjonsprosessen og fjernes senere i prosessen, og kanamycinivået i ferdig vaksine er <0,01 µg/dose. Sikkerhet ved bruk hos kanamycinsensitive personer er ikke fastslått.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Bexsero kan gis samtidig med følgende vaksineantigener, enten som monovalente eller kombinerte vaksiner: Difteri, stivkrampe, acellulær kikhoste, Haemophilus influenzae type B, inaktivert poliomyelitt, hepatitt B, heptavalent pneumokokk konjugat, meslinger, kuma, røde hunder, vannkopper og meningokokk gruppene A, C, W, Y konjugat. Immunresponsen på koadministrerte rutinevaksiner påvirkes ikke av samtidig administrering av Bexsero. Motstridende resultater er observert mht. respons på inaktivert poliovirus type 2 og pneumokokk konjugat serotype 6B, og lavere antistofftiter mot kikhosteantigenet pertaktin er også registrert, men dataene tyder ikke på klinisk signifikant interferens. Pga. økt risiko for feber, ømhet på injeksjonsstedet, endring i spisevaner og irritabilitet ved administrering sammen med ovenfor nevnte vaksiner, kan separat vaksinerings vurderes, hvis mulig. Profylakse med paracetamol påvirker ikke immunogenisiteten for Bexsero eller rutinemessige vaksiner. Virkningen av andre antipyretika er ikke studert. Samtidig administrering av Bexsero og andre vaksiner enn de som er nevnt ovenfor, er ikke studert. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Utlitstrekkelige data. Mulig risiko for gravide er ukjent. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon. Det er ikke funnet holdpunkter for toksisitet hos mor eller foster, og ingen virkninger på graviditet, morsattferd, fertilitet hos hunner eller postnatal utvikling hos hunnkaniner eksponert for ca. 10 x tilsv. humandose basert på kroppsvekt. **Amming:** Ingen tilgjengelig informasjon om sikkerhet hos kvinner og barn under amming. Nytte/risiko må vurderes før man beslutter å vaksinerings under amming. Skadelige effekter er ikke observert hos vaksinerte morkaniner og deres avkom t.o.m. dag 29 med diegiving. Vaksinen er immunogen hos morydr vaksinert før diegiving, og antistoffer er funnet hos avkom, men antistoffnivå i melk er ikke fastslått. **Fertilitet:** Ingen data. Fertilitetspåvirkning hos hunner i dyrestudier er ikke sett.

Bivirkninger: Spedbarn og barn (≤ 10 år): Svært vanlige ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Diaré, oppkast (mindre vanlig etter påfyllingsdose). Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, feber ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, irritabilitet, ømhet på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved gråt når injisert lem bevegtes). Hud: Utslett (barn 12-23 måneder, mindre vanlig etter påfyllingsdose). Neurologiske: Somnolens, uvanlig gråt. Stoffskifte/ernæring: Spiseforstyrrelse. Vanlige ($\geq 1/100$ til <1/10): Hud: Utslett (barn 2-10 år). Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til <1/100): Generelle: Feber ($\geq 40^{\circ}\text{C}$). Hud: Eksem. Kar: Blekhet (sjelden etter påfyllingsdose). Neurologiske: Konvulsjoner (inkl. feberkramper). Ukjent frekvens: Generelle: Reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Neurologiske: Hypoton-hyporesponsiv episode, meningeal irritasjon (milde og forbigående symptomer som nakkestivhet eller fotofobi er sporadisk rapportert kort tid etter vaksinerings).

Ungdom (≥ 11 år) og voksne: Svært vanlige ($\geq 1/10$): Gastrointestinale: Kvalme. Generelle: Erytem på injeksjonsstedet, hevelse på injeksjonsstedet, indurasjon på injeksjonsstedet, malaise, smerte på injeksjonsstedet (inkl. alvorlige tilfeller definert ved manglende evne til å utføre normal daglig aktivitet). Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Hodepine. Ukjent frekvens: Generelle: Feber, reaksjoner på injeksjonsstedet (inkl. blemmer på/rundt injeksjonsstedet, nodul som kan vare i >1 måned og omfattende hevelse av vaksinert lår/overarm). Immunsystemet: Allergiske reaksjoner (inkl. anafylaktiske). Neurologiske: Meningeal irritasjon (milde og forbigående symptomer som nakkestivhet eller fotofobi er sporadisk rapportert kort tid etter vaksinerings), synkope eller vasovagal respons på injeksjon. **Overdosering/Forgiftning: Begrenset erfaring. **Behandling:** Overvåking av vitale funksjoner og ev. symptomatisk behandling. **Egenskaper: Klassifisering:** Meningokokk gruppe B vaksine (rDNA, komponent, adsorbent). **Virkningsmekanisme:** Effekten er ikke evaluert i kliniske utprøvinger. Vaksinsens effekt er utledet gjennom påvisning av fremkalte bakteriedrepende serumantistoffresponser på vaksinsens antigener. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Oppbevares i originalpakningen for beskyttelse mot lys. **Pakninger og priser:** 1 stk. (ferdigfylt sprøyte) kr 996,80.**

Sist endret: 20.06.2019

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 28.03.2019

Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf. 22 70 20 00



GSK, Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo.
Telefon: 22 70 20 00. www.gsk.no
©2020. GSK group of companies or it's licensor licensor.
Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.



.....fra spedbarnsalder til ungdomstid

Bexsero – vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse,
forårsaket av meningokokk serogruppe B

Indikasjon

Aktiv immunisering av personer ≥ 2 måneder mot invasiv meningokokksykdom forårsaket av *Neisseria meningitidis* gruppe B. Følgene av invasiv sykdom i forskjellige aldersgrupper samt variasjonen i antigenepidemiologi for gruppe B-stammer i forskjellige geografiske områder bør overveies ved vaksinerings. Se preparatomtale for informasjon om beskyttelse mot bestemte gruppe B-stammer. Brukes i samsvar med offisielle anbefalinger.

Refusjon

Meningokokk B-vaksine utleveres på §4 blåreseptforskriften til personer med nedsatt eller manglende miltfunksjon, med alvorlig medfødt eller ervervet komplementdefekt og til nærkontakter av personer med meningokokk B-sykdom.

Viktig sikkerhetsinformasjon

- Kontraindisert ved overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. Beskyttelse vil ikke nødvendigvis oppnås hos alle vaksinerte. Vaksinerings skal utsettes ved alvorlig, akutt febersykdom.
- Temperaturøkning kan forekomme etter vaksinerings av spedbarn og barn (<2 år). Profylaktisk administrering av antipyretika samtidig med og rett etter vaksinerings kan redusere insidensen og intensiteten av febrile reaksjoner.
- Hos spedbarn og barn (yngre enn 2 år) var ømhet og erytem på injeksjonsstedet, feber og irritabilitet de vanligste bivirkningene. Hos ungdom og voksne var smerte på injeksjonsstedet, sykdomsfølelse og hodepine de vanligste bivirkningene. Individuer med svekket immunrespons pga. immunsuppressiv behandling, en genetisk sykdom eller andre årsaker kan ha redusert immunrespons ved bruk av Bexsero.
- Det foreligger ikke tilstrekkelige kliniske data på bruk under graviditet. Vaksinerings skal uansett ikke tilbakeholdes når det foreligger klar risiko for eksponering for meningokokkinfeksjon.

Les preparatomtale før forskrivning!


BEXSERO
Vaksine mot meningokokk B

Sykepleien

Ansvarlig redaktør

Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf. 40852179

Temareduktør

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@
sykepleien.no
Tlf. 97632910

Design og grafisk produksjon

Hilde Rebård Evensen

Forside

Morten Bendiksen (foto)
Hilde Rebård Evensen (collage)

Deskansvarlig

Ellen Morland

Journalister

Nina Hernæs
og Eivor Hofstad

Fagredaktører

Torhild Apall Dybvik
og Eli Smestad

Redigering

fag og kronikker

Signe Marie Flåt, Johan Alvik
og Trine-Lise Gjesdal

Annonser

Ingunn Roald
Tlf. 91 60 38 12 (stilling)

Silje M. Torper
Tlf. 22 04 31 67 (kunngjøringer)

Maud P. Kaino
Tlf. 97 74 21 20 (produkt)

Repro/trykk

Stibo Complete
Danmark

Utgivelsesdato

2. april 2020

Kontakt

Sykepleien
PB 456 Sentrum
0104 Oslo
Tlf. 99 40 24 09



INNHold

#SMERTE VURDERING



FOTO



Morten
Bendiksen
&
Claire
de Wangen

**Fotograf Morten Bendiksen
og regissør Claire de Wangen**
har bidratt til denne tgvaven med
portretter av menneskers ulike opple-
velse av og uttrykk for smerte.

Morten Bendiksen er fotograf med et bredt
arbeidsfelt. Han har jobbet redaksjonelt, med
feature, portrett, mote, reise, mat, dokumentarisk og
kunstnerisk. Claire de Wangen er scenekunstner. Hun lager
forestillinger som undersøker hvordan vi opplever og for-
holder oss til sted, fiksjon og hverandre. de Wangen har
laget forestillinger på blant annet nedlagt sykehjem,
trehytte, museum, underjordiske katakomber, og
gjennom hele Oslo Sentralstasjon.

Alle bildene de har tatt til denne utga-
ven av Sykepleien, er illustrasjoner.
Personene på bildene er modeller.





08 Leder, **Barth Tholens**: Smerte må bli sykepleiernes hjertesak

SYKEPLEIERNES ROLLE

- 12** Intervju med **Audun Stubhaug**: – Smerte er mer komplisert enn man har trodd
- 16** Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling
- 26** **Karen Havelin**: Å sitte i saksa
- 32** **Liv Bjørnhaug Johansen**: Makten til å hjelpe, og til å overse

KARTLEGG SMERTE

- 36** Intervju med **Randi Dovland Andersen**: – Skalaer må brukes i en sammenheng
- 40** Kvinner og menn oppfatter smerte ulikt – hva innebærer det for måling?
- 46** Intervju med **Lise-Merete Alpers**: Kulturelle forskjeller i smerteuttrykk forvirrer helsepersonell
- 50** Hvordan kan sykepleiere kartlegge barnas smerte?
- 56** Ny prosedyre kan gi mer kunnskap og kompetanse om barnas smerte
- 62** Reportasje: Nå får kjølebarna bedre smertelindring
- 72** Intensivpasienter må kartlegges systematisk for smerter
- 78** Smerter hos personer med psykisk utviklingshemning
- 86** Reportasje: Lar-pasient: – Jeg er utrolig glad for at jeg har høy smerteterskel
- 92** Slik vurderer du smerte hos personer med demens
- 100** Smertevurdering kan forebygge delirium hos eldre
- 108** Intervju med **Simen Alexander Steindal**: Se tegnene på smerte hos døende





Smerte må bli sykepleiernes HJERTESAK

Mens legene, historisk sett, har interessert seg lite for pasientens smerte, har sykepleierne nå en enestående mulighet til å utgjøre en forskjell.

Den 14. mai 1847 ble eter for første gang brukt i Norge under en operasjon ved Rikshospitalet. Det ble regnet som et medisinsk gjennombrudd. Noen norske leger på studietur i utlandet hadde snappet opp ideen fra William T. G. Mortons demonstrasjon i Boston året før.

BEMERKELSESVERDIG

Operasjonen på Rikshospitalet ble en historisk begivenhet. Men for min del er det ikke hvor innovativt og dristig legene på den tiden jobbet med nye behandlingsformer som er det mest bemerkelsesverdige. Mer slående er det at det faktisk ikke fantes effektiv anestesi *før* den tiden.

Før 1847 hadde mennesker også vært gjenstand for omfattende fysiske inngrep ved sykdom. Lemmer er til alle tider blitt fjernet og organer tuklet med. Men det fantes ikke effektive metoder for å kontrollere pasientens smerter.

BREMSE

Faktisk var det slik at den kirurgiske virksomheten i den første halvdel av 18-hundretallet gjorde så store fremskritt at pasientens våkne, men smertepåvirkede tilstand, ble til en bremse: Utstyrt med stadig ny kunnskap om effekten av inngrep, var kirurgene klare til å kutte og skjære, men den stakkaren som var pasient, nektet ofte å ligge stille. Ikke så rart kanskje, all den tid vedkommende lå der ved mer eller mindre full bevissthet.

SKRIKET

Hvordan slikt kunne føles, fikk jeg oppleve da jeg for noen år siden besøkte et museum for sykepleiehistorie i Zetten i Nederland. Der kunne besøkende blant annet se på hvordan det var å få et ben amputert uten narkose. Hver gang kirurgen i simuleringen tok frem kniven og satte den i pasientens kropp, hørte vi et rystende, hjerteskjærende skrik.

Der og da gikk det for første gang opp for meg hva smerte egentlig var for noe: Et eksistensielt rop om hjelp til å bli forløst fra sine lidelser.

EN DYD AV NØDVENDIGHET

Desto verre var det at smerte lenge ikke var noens hovedinteresse, om en ser bort fra pasienten selv. Kirurgene ble først og fremst målt på hurtighet, ikke finesse. Nyere kunnskap om anestesi utviklet seg ikke primært av medlidenhet med pasienten, men fordi smerten sto i veien for kirurgenes behandlingsambisjoner. Og selv da vitenskapen så smått hadde utviklet en metode for å la pasienten gli inn i en fredfylt søvn mens legene herjet, var fokuset mer rettet mot antallet operasjoner enn mot lidelsene de påførte pasienten underveis. Eller som vedkommende måtte leve med etterpå.

BEHANDLINGSTRIUMF

Fra andre del av 1800-tallet skjøt den medisinske utviklingen virkelig fart. Potensialet for å reparere den syke menneskekroppen var nærmest uendelig. Operasjonsmetodene ble stadig bedre og legemidlene mer effektive.

Men kunnskapen om og redskapene for hvordan man kunne håndtere pasientens smerte, ikke minst etter at primærlidelsen var «fikkset», ble hengende sørgelig etter. Legene feiret sine behandlingstriumfer, men interesserte seg mindre for pasientens liv etterpå.

Diakonissene, og senere sykepleierne, så hvordan pasienten led, men de visste lite om hva de kunne gjøre med det.

LITE HJELP

Denne skjeve utviklingen var særlig ugunstig for pasientgrupper med dårlig prognose for å bli helt friske: kronikerne. De led med sine smerter uten håp om å bli forløst fra dem, siden legene ofte anså dem som ferdigbehandlet.



FOTO
ILLUSTRASJON

Morten
Bendiksen

ENDRET
SYN: Vårt syn
på smerte har
endret seg gjennom
tidene. Men til tross
for bedre smertelindring
sliter mange pasien-
ter i dag. Det kan gi
sykepleierne en
nøkkelrolle.

«Sykepleiere er blitt tildelt en sentral rolle ved smertevurdering.»

Barth Tholens

Enda verre var det for pasienter som selv ikke kunne gi uttrykk for hvordan de opplevde smerte. Små barn ble sett på som skapninger med et ufullkomment følelsesarsenal. Personer med demens, med rusproblemer eller tunge psykiatriske diagnoser ble ikke helt trodd på når de bar seg og skrek. Så lenge de ikke kunne fortelle hva smerten nøyaktig gikk ut på, fikk de lite hjelp.

HESTEKUR

Heldigvis fikk smertebehandling i det forrige århundre et brått oppsving. Vitenskapen ga oss større kunnskap om hva som skjer i hjernen når noe gjør vondt. Det førte til spennende oppturer, men også tilsvarende nedslående nedturer: Elektrosjokkbehandling, lenge ansett som en hestekur mot det meste, virket ikke likevel.

Og hva skjedde egentlig med mennesker som hadde smerter til tross for at de ikke hadde påvisbar sykdom? Astmatikerne og kolspasienter var blant kronikerne som fikk nye, effektive legemidler som ga dem bedre livskvalitet. Men så dukket fibromyalgi og ME opp og plaget vettet av folk uten at man kom i havn med tilfredsstillende smertelindring.

KAN UNNGÅS

Helsetjenesten har i dag for alvor fått opp øynene for smertens betydning for pasientens helbredelse og rehabilitering. Vi har sågar fått egne smerteklinikker.

Legene er blitt flinkere til å anerkjenne pasientens subjektive opplevelser. I praksis er det likevel sykepleierne som kan utgjøre en avgjørende forskjell og bidra til at pasienter får et liv de kan holde ut. Det forutsetter imidlertid en høy grad av bevissthet og god kunnskap om smertevurdering.

Den rådende ideologien er i dag at smerte i de fleste tilfeller kan unngås, fordi den ikke tjener til annet enn unødvendige

ubehageligheter og forringet livskvalitet. Slik sett har pendelen svingt så til de grader at omfattende bruk av smertestillende legemidler i seg selv er blitt et problem.

SYKEPLEIERNES SENTRALE ROLLE

Sykepleiere er blitt tildelt en sentral rolle ved smertevurdering på sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Det kan de kanskje takke legene for, som historisk sett ikke primært har sett på seg selv som brannslukkere for pasientens vondter.

Men sykepleiere er nærmere pasienten, og de vet ofte hvor skoen trykker. De vet hvor mye smerte betyr i livet til pasienter som medisinsk sett kanskje er ferdigbehandlet. Antallet fag- og forskningsartikler om dette temaet i Sykepleien de siste årene viser at interessen for god smertevurdering er stor.

KJERNEOPPGAVE

Personlig mener jeg at effektive kartleggingsmetoder kan være sykepleiernes «månelanding» i helsetjenesten. Det er kanskje det området der de i fremtiden kan gjøre størst forskjell.

Det betinger imidlertid at sykepleierne er med på å drive frem ny innsikt ved å ta utgangspunkt i pasientens behov. De må kunne bruke tradisjonelle smertevurderingsmetoder som lar pasienten beskrive sin smerteopplevelse på en skala. Det kan være effektivt, særlig ved akutte smerter. Men mest av alt håper jeg at sykepleiere bruker sine kunnskaper til å se pasientens smerte i et større perspektiv. For mange pasienter vil opplevelsen av smerte ha sammensatte årsaker. Da trenger vi bedre verktøy for å kunne kartlegge disse og vri innsatsen over mot en mer helhetlig tilnærming.

En typisk oppgave for sykepleiere, spør du meg. ●



EFFEKTIV SMERTELINDRING MED ET ALTERNATIV TIL TABLETTER.



Voltarol Forte gel påføres direkte på leddene, og er både smertelindrende og betennelsereduserende.



Gleden av bevegelse

Sykepleierens ROLLE

Smerter er individuelt, slår nyere forskning fast.
Alle pasientens symptomer vil virke inn på opplevelsen.
Klarer sykepleiere å se hele bildet?



16

#SMERTEVURDERING



– Smerte er mer KOMPLISERT enn man har trodd

Smerte er, enkelt sagt, et subjektivt fysiologisk-psykologisk-sosiologisk-kulturelt samspill som kan gjøre vondt verre. Blir smerten kronisk, kan den være direkte helsefarlig.

Ordet smerte kommer fra tysk og er i slekt med det greske smerdnos/smerdaleos, som betyr skrekkelig/forferdelig/opprivende.

Det engelske ordet for smerte, pain, kommer av det latinske ordet poena, som betyr både straff, erstatning og bot. Det norske ordet pine, fra norrønt pina, er også i slekt med dette.

– Tidligere så man nemlig på smerte som en straff eller en prøvelse fra høyere makter, sier smerteprofessor Audun Stubhaug.

Han er overlege ved Nordens største smerteklinikk: Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål. I januar ble han også leder av Norsk Smerteforening, den norske «underavdelingen» av International Association for the Study of Pain (IASP).

SMERTEDEFINISJON

– I dag vet vi at smerte er mer komplisert enn man har trodd inntil ganske nylig. Faktisk diskuterer IASP for tiden en liten revidering av definisjonen av smerte, sier Stubhaug.

Når dette skrives, definerer IASP smerte som «en ubehagelig sensorisk eller emosjonell opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade».

– Er det ikke en litt gammeldags oppfatning at smerte kun må være assosiert med vevsskade?

– Jo, men definisjonen sier jo ikke det. Den sier «eller beskrevet som slik skade». Det understreker det subjektive i smerten, og at den kan oppleves også uten noen påvisbar skade eller noe stimulus.

– Den nye definisjonen som diskuteres, har riktignok fjernet ordet «beskrevet», men den tar likevel hensyn til alle tilleggsbelastningene som kommer med smerte, mener Stubhaug.

Den beskriver smerte som «en ubehagelig sensorisk (føleorganbasert) og følelsesmessig (emosjonell) opplevelse, assosiert med, eller likner på opplevelsen assosiert med, faktisk eller potensiell vevsskade».

Stubhaug forklarer at hvordan du tolker smerten også har noe å si for smerteopplevelsen.

Audun Stubhaug

Professor og overlege ved Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

- I januar ble han også leder av Norsk Smerteforening, den norske «underavdelingen» av International Association for the Study of Pain (IASP).
- Smerteklinikken på Ullevål er Nordens største i sitt slag.



**STADIG
UTVIKLING:**
Smerteprofessor
Audun Stubhaug ser
tilbake på utviklingen
av vår smerteforståelse
og forteller om de siste
års aha-opplevelser
i smerteforsk-
ningen.

«Tidligere så man
nemlig på smerte som
en straff eller en prøvelse
fra høyere makter.» Audun
Stubhaug, smerteprofessor



» – Er du redd, kan du for eksempel få negative tanker som i sin tur forsterker smerten. Etter hvert har vi nemlig forstått hvor viktige de psykososiale forholdene er for smerte, sier han.

Professoren peker på at mange sykepleiere liker definisjonen til den amerikanske sykepleieren Margo McCaffery fra 1968 som sier at «smerte er det pasienten sier at det er, når som helst og hvor som helst pasienten sier det er».

– Hva synes du om en slik definisjon?

– Den er bra med at den understreker at det kun er pasienten selv som kan beskrive smerten. Men det er vanskelig å ha en klar og god definisjon av smerte som passer alle. Bare den språklige betydningen av ord varierer jo mellom ulike mennesker. Da jeg spurte en pasient i Tromsø om han kjente smerte, var svaret: «Nei, det er ikke smerte, men forferdelig ondt!»

FRA SMERTESENTER TIL PORTTEORI

Synet på smerte har endret seg opp gjennom historien mange ganger. Det har vekslet litt mellom å oppfattes som en følelse (emosjon) eller en sans på lik linje med syn og hørsel. Tidligere trodde man at hjertet er senteret for smerteopplevelsen.

Men på 1600-tallet kom filosofen René Descartes med sin teori om at vi oppfatter smerte i hjernen. Han mente at alle mennesker har et smertesystem som fører informasjon fra egne smertereseptorer, gjennom egne smertebaner, til et eget smertesenter i hjernen. Teorien ble ytterligere utviklet på 1800-tallet, men ideen om et eget smertesenter i hjernen gikk man først bort fra i nyere tid.

I 1965 lanserte psykologene Ronald Melzack og Patrick Wall sin såkalte portteori (Gate Control Theory). Teorien var den første i sitt slag som forklarte hvordan tanker, følelser og kulturelle forskjeller kan påvirke smerteopplevelsene. (Se også faktaboks på neste side.)

– De viste at smerteimpulsene utenfra både kan forsterkes og stoppes på veien, og at hjernen ikke er en passiv mottaker av signaler, men er med på å modulere smerteopplevelsen. Dette var et viktig paradigmeskifte i vår forståelse rundt smerte, sier Stubhaug.

Først i 1990 beskrev Walzack at det ikke er noe smertesenter i hjernen, men at smerte forbindes med aktivitet i et nettverk (matrix) der blant annet insula, anterior cingulate cortex og thalamus er sentrale områder.

– Imidlertid er også dette en forenklet fremstilling. Det er nå vist at samme aktivitet i dette nettverket også kommer hos personer som er født uten smertesans, men har andre sanser bevart, sier Stubhaug.

– Hva betyr det i praksis?

– Det betyr kanskje at samme nettverk har flere funksjoner, at hjernenettverket «multitasker». Det kan få betydning for å utvikle nye behandlingsmetoder.

NYFØDTE OG SMERTE

Man trodde lenge at nyfødte barn hadde umodne hjerner som hindret dem i å oppleve smerte, eller at om de følte det, ville de ikke huske det. Et annet viktig paradigmeskifte i vårt syn på smerte var da man forsto at det var feil.

I 1987 publiserte barnelegen Kanwaljeet Anand en artikkel i tidsskriftet the Lancet der han så på sykdom og død hos nyfødte etter kirurgi. Den ene gruppen fikk lystgass og muskelavslappende under inngrepet, mens den andre gruppen fikk opiater i tillegg. Anand viste at de som fikk kirurgi uten smertestillende, fikk økt sykkelighet og dødelighet.

– Det tok sin tid før fagmiljøene tok til seg kunnskapen. Så seint som i 1997 viste en artikkel i the Lancet at nyfødte guttebabyer i Canada ikke fikk noen smertelindring i forbindelse med omskjæring, sier Stubhaug.

Men han understreker at praksisen med ikke å gi smertelindring til nyfødte hadde gode hensikter:

– Grunnen var at man ønsket at barna skulle overleve. Man var redd for at de ville slutte å puste eller få andre bivirkninger hvis man ga dem opioider.

NYHETER I SMERTEFORSKNINGEN

– Hva er de siste års nyheter innen smerteforskning?

– For det første har vi fått en større forståelse for den individuelle reaksjonen på smerte, om hvordan den kan variere, ikke bare mellom individer, men også hos det enkelte individ gjennom livet, sier Stubhaug.

Portteoriens seks fenomener

Psykologene Ronald Melzack og Patrick Wall sin såkalte portteori fra 1965 tar for seg følgende seks fenomener rundt smerte:

1 Forholdet mellom skade og smerte er variabelt – det vil si, samme skade kan føre til ulik grad av smerte

hos ulike personer, eller hos samme person ved ulike anledninger.

2 Ufarlige stimuli kan være smertefulle – det er for eksempel slett ikke farlig å ta blodprøve (såfremt dette gjøres av kvalifisert personell under tilstrekkelige sanitære forhold), likevel opplever en-

kelte dette som så smertefullt at de er nær ved å besvime.

3 Smerte kan være lokalisert et annet sted enn skaden.

4 Smerte kan vedvare i fravær av skade og etter helbredelse.

5 Smertens natur og lokalisering endrer seg over tid.

6 Smerte er ikke en ensartet sanseerfaring – den opptrer for eksempel ofte sammen med opptil flere emosjoner, som sinne, frykt eller frustrasjon.

Kilde: Psykologi fra Cappelen Damm

– For det andre har opioidkrisen i USA forandret synet på bruk av opioider ved langvarige smerter. I Norge er det både for mye og for lite bruk, så vi kan nok forbedre oss. Det er uansett bekymringsfullt at bruken går opp blant ungdom.

– Oppsummert vil jeg si at det er veldig mange nyheter innen smerteforskning, både innen fysiologi, psykologi og hjernens betydning.

– Kan du gi et eksempel på hver av disse?

– Fysiologisk er det mer forståelse for at smertesignaler kan forsterkes og svekkes. De kan påvirkes både med medikamenter og psykologiske metoder, sier Stubhaug.

– På den psykologiske biten forstår vi mer hvordan smerte veldig lett blir preget av og blandet med belastning. Smerter kan føre til angst, slitenhet, hukommelsesvikt, søvnvansker og fatigue og virker inn på mange av livets områder. Dermed er det ikke alltid at en pille er løsningen på et så bredt problem.

– For hjernens betydning er det jo oppdaget at vi ikke har noe smertesenter, men at smerte er noe som oppstår etter et komplisert samspill mellom mange områder i hjernen. At pasienter med langvarige smerter fungerer så dårlig, og for eksempel blir deprimerte og husker dårligere, er helt reelt. Vi ser også at de samme stoffene som demper smerte, kan få oss i bedre humør. Det gjelder for eksempel adrenalin og dopamin, sier Stubhaug.

NYHETER I SMERTEVURDERING

Om siste nytt innen smertevurdering, trekker han frem at vi har blitt skeptiske til bruk av skalaer.

– Å si et tall mellom 0 og 10 er rett og slett ikke et godt uttrykk for den enkeltes opplevelse. Det er et altfor enkelt verktøy for et sammensatt problem, særlig ved langvarige smerter. Det egner seg nok mest for bruk på akutte smerter.

Stubhaug sier de har gått vekk fra å skåre smerte til heller å se på hva de negative konsekvensene er for den enkelte med disse smertene, uten at man fokuserer på smerten.

– De negative konsekvensene kan være dårlig søvn, lite aktivitet og sosial isolasjon. Da kan man heller prøve å få til positive endringer på dette, sier han.

– Noen synes kanskje det er kjekt å bruke en skala for innlagte sykehuspasienter som et verktøy for å vite om man bør endre smertelindringsdosen?

– Da kan man heller spørre: «Går det greit? Har du behov for smertelindring?» Men hos den enkelte pasient kan skalaen være til hjelp for å forklare og beskrive endring.

SOM EN LAVGRADIG BETENNELSE

– Hva skjer egentlig i kroppen ved langvarig smerte?

– Alt smertene medfører, som trøtthet, isolasjon, depresjon og så videre, fører hos mange til en konstant stressreaksjon som er uheldig. Hormonene blir påvirket. Adrenalin frigjøres, kortisolnivået øker, det blir frigjort masse betennelsesstoffer. Det blir som å konstant gå med en lavgradig betennelse eller influensa i kroppen, og vi ser at smertefølsomheten økes, sier Stubhaug.

Det er altså ikke alltid slik at «ondt skal ondt fordrive», som kanskje gjelder for de friskeste. For noen er det snarere slik at vondt gjør vondt verre.

– Vi måler også hjertefrekvensvariabiliteten og kan se at hos mange er det autonome nervesystemet ute av balanse. Antakelig kan langvarige smerter påvirke sykkeligheten for mange andre ting, som kreft og hjerte- og karsykdom. Det forskes det mye på nå.

DEN SOSIOLOGISKE BETYDNINGEN

En studie Audun Stubhaug synes skal bli interessant å følge, er den der han og kolleger rekrutterte 1000 16–17-åringer fra Tromsø i 2011–2012. De fant at hvis ungdommene hadde venner som tålte mye smerte, tålte de selv også mye smerte og vice versa.

– De hadde til og med lik bakterieflora i nesen som vennene sine. Det viser at miljøets betydning ikke skal undervurderes.

Forskerne skal foreløpig følge dem over åtte år for å se hvem som utvikler langvarige smerter.

– Kan vi finne nye risikofaktorer, så kan vi kanskje lage nye behandlingstilbud, sier Stubhaug.

Kilder: *Etymologi ordenes historie, Bokmålsordboka, NHI.no, Forskning.no, Wikipedia.* ●

HOVEDBUDSKAP:

Sykepleierens rolle og funksjon er sentralt for pasientens smertelindring. Det bør være den enkelte sykepleierens ansvar å sikre god smertelindring ved å holde seg faglig oppdatert og anvende alle deler av sykepleieprosessen i arbeidet. Både kartlegging av smerte, implementering og evaluering av iverksatte tiltak er viktig. Sykepleieren bør også evaluere andre symptomer som pasienten har, samt vurdere både medikamentelle og ikke-medikamentelle tilnæringer i smertebehandlingen.

Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling

Sykepleierne har et stort ansvar for å lindre pasientenes smerte. Da er det viktig å kjenne til ulike smertelindrende tiltak og hvordan de best kan vurdere pasientens smerte.

FORFATTERE

Reidun K.N.M. Sandvik

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet

Tone Rustøen

Sykepleier, seniorforsker og professor II, Avdeling for FoU, Oslo universitets-sykehus, Ullevål og Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

FOTO ILLUSTRASJONER

Morten Bendiksen



The International Association for the Study of Pain (IASP) har kommet med et nytt forslag til hvordan smerte bør defineres: «An aversive sensory and emotional experience typically caused by, or resembling that caused by, actual or potential tissue injury.» (1)

Det nye her er at «unpleasant» (ubehagelig) er erstattet med «aversive» (aversjon). De hevder at denne endringen bedre får frem hvor plagsom smerte kan være. I tillegg påpeker de nå klarere at det foreligger smerte selv uten at det faktisk er påvist vevsødeleggelse.

IASP understreker at smerte er en subjektiv opplevelse påvirket av biopsykososiale faktorer, og at personens vurdering av egen smerte skal aksepteres og respekteres.

KRONISK SMERTE ER ET FOLKEHELSEPROBLEM

Sykepleiere møter pasienter med både akutt og kronisk eller langvarig smerte. Langvarig eller kronisk smerte er et folkehelseproblem som rammer rundt 30 prosent av befolkningen (2, 3).

Dette høye antallet med langvarige smerter har store konsekvenser fordi


smerte reduserer livskvaliteten samt kan føre til emosjonelle symptomer som angst og depresjon (4, 5). Samfunnsmessig får vedvarende smerte økonomiske omkostninger knyttet til behandling og sykefravær.

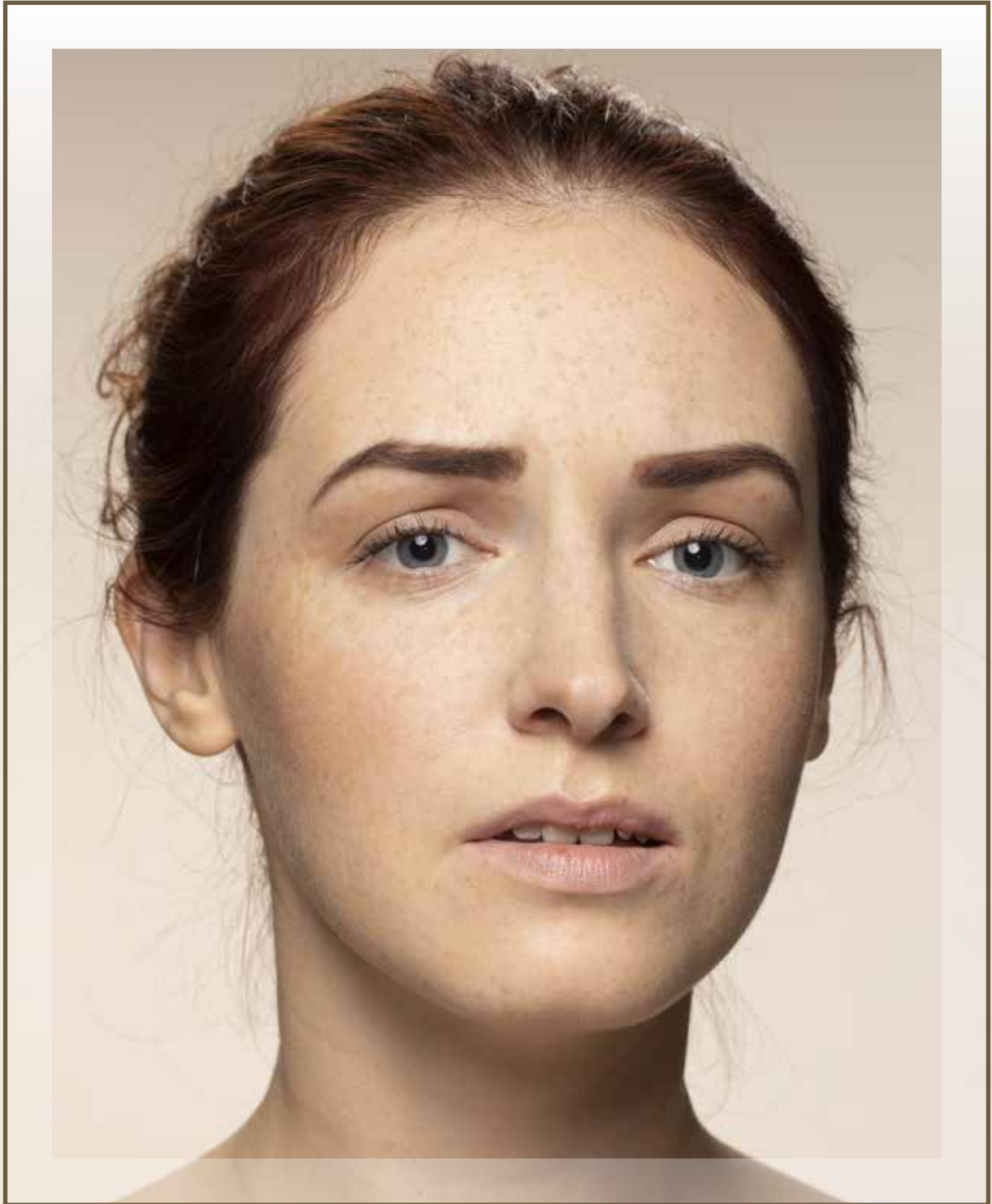
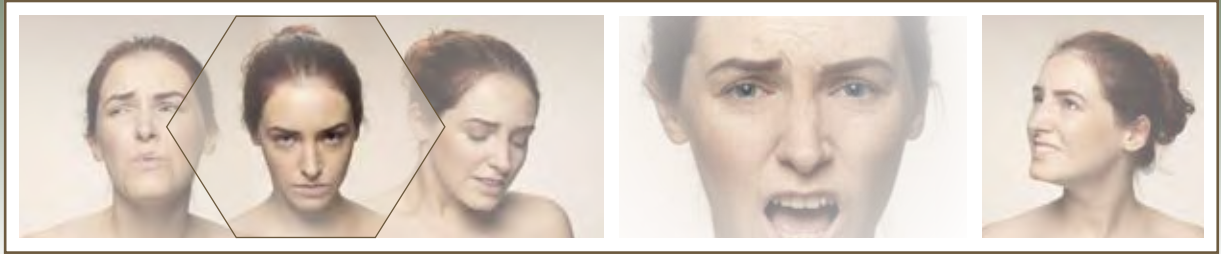
En norsk studie basert på data fra HUNT-undersøkelsen viste at nyoppdaget vedvarende smerte har god prognose, mens smerte som har vedvart over flere år, er vanskeligere å behandle (6).

Faktorer som forlenger smertetilstanden, er høy smerteintensitet, smerte flere steder på kroppen – ofte omtalt som *widespread pain*, katastrofetenkning, depresjon og vansker med å sove (6).

Ved å identifisere de som er belastet med disse faktorene, kan sykepleiere i et tverrfaglig samarbeid sette i verk tiltak og dermed være med og redusere en negativ utvikling. Det er også viktig å huske på at pasienter som har eksempelvis akutte smerter etter skade eller kirurgi, også kan ha langvarige smerter.

KAN MINDFULNESS-TRENING LINDRE SMERTE?

Det gjennomføres i disse dager en randomisert, 



«Hva slags type behandling som velges, har stor betydning hvis pasienter har lang forventet levetid.»

kontrollert studie med i underkant av 500 pasienter fra landets fire største tverrfaglige smertesentre (7).

Hovedmålet med studien er å se om aksept- og forpliktelsesterapi (*ACT, acceptance and commitment therapy*) med eller uten mindfulness-trening gir mindre smerte og plager, og bedre funksjon enn lærings- og mestringsorientert terapi til denne pasientgruppen.

Forskerne argumenterer med at det mangler dokumentasjon gjennom forskning i større studier på at disse ulike tilnærmingene kan ha en smertelindrende effekt. De vil også undersøke hvorfor, for hvem og under hvilke omstendigheter disse behandlingene har effekt.

Denne studien vil altså omhandle pasienter som oppsøker et smertesenter i Norge. Det er viktig og interessant at mestring og ikke-medikamentelle tilnærminger for å lindre smerte blir vektlagt og undersøkes av en bred gruppe forskere ved flere smertesentre.

SMERTEBEHANDLING TIL KREFTPASIENTER

En stor gruppe pasienter som sykepleiere møter, er de som lever med en kreftsykdom. Flere av disse pasientene kan ha smerter på grunn av spredning til for eksempel skjelettet, eller som et resultat av kirurgi, cellegift eller strålebehandling.

Smertehandlingen vil være ulik for disse pasientene da den må bestemmes ut fra om de må leve lenge med smertene (langvarige smerter), eller om smertene går raskt over, som de oftest gjør etter

kirurgiske inngrep (akutte smerter).

Tre sentrale leger som har arbeidet med smerte og smertehandling, skrev artikkelen «Smertehandling ved kronisk kreftsykdom» (8). De skriver at stadig flere lever lenge med stabil kreftsykdom, og mange av disse pasientene vil ha moderate til sterke smerter.

Hva slags type behandling som velges, har stor betydning hvis pasienter har lang forventet levetid. Opioidbehandling kan føre til alvorlige bivirkninger, og de vektlegger at behandling skal være rettet mer mot bedring av funksjon og mestring enn mot smertelindring.

Ved alvorlig kreftsmerte anbefales derimot opioidbehandling hvis paracetamol eller liknende medikamenter ikke gir effektiv smertelindring. De trekker også frem at i Norge har vi vært svært tilbakeholdne med opioidbehandling ved langvarig ikke-malign smerte.

Denne restriktive linjen antar de har vært en viktig grunn til at vi ikke har fått en tilsvarende «epidemi» med avhengighetsproblematikk og dødsfall som i USA.

Smertehåndtering er et komplekst felt i utvikling. I denne artikkelen trekker vi frem noen områder vi mener er svært viktige for en vellykket smertehåndtering. Både ikke-medikamentelle tilnærminger og betydningen av å ha mange symptomer på samme tid i tillegg til smerte blir lite omtalt i dag.

SMERTELINDRING VED MANGE SYMPTOMER

Vi vet i dag at mange pasienter har

mange symptomer på samme tid, og kanskje må vi også hjelpe med andre symptomer for å kunne hjelpe med smertelindring? Vi snakker om både multiple symptomer, altså flere symptomer på samme tid, og symptomklustre.

Vi har gjort studier med ulike utvalg ved å kartlegge multiple symptomer ved hjelp av The Memorial Symptom Assessment Scale – Short Form (MSAS) (9). MSAS består av 32 ulike symptomer og kartlegger både tilstedeværelse, alvorlighet, hyppighet og plagsomhet for alle symptomene.

Ved hjelp av MSAS har vi funnet at pårørende til intensivpasienter i gjennomsnitt har ni symptomer etter at pasienten har blitt innlagt på intensivavdeling (10).

Hjemmeboende pasienter med kols har i gjennomsnitt tolv symptomer (11, 12), og pasienter med kolorektal kreft har i gjennomsnitt ti symptomer før oppstart av cellegiftbehandling (13).

Denne kunnskapen er viktig da vi vet at symptomer påvirker hverandre negativt (14). Eksempelvis kan smerte oppleves mye verre dersom man også har fatigue (utmattelse), er deprimert eller kvalm.

At pasienter har så høy symptombelastning før oppstart av behandling med cellegift, er viktig kunnskap for å kunne tilby den beste oppfølgingen gjennom behandlingen.

SYMPTOMKLUSTRE ER NYTT FORSKNINGSOMRÅDE

Det er et relativt nytt forskningsområde å undersøke symptomklustre.



«Selv om det er viktig å kartlegge smerte, vil ikke det i seg selv bedre smertebehandlingen.»

Smerte inngår ofte som et av flere symptomer i disse klustrene. Et kluster er definert som to eller flere symptomer som er relatert til hverandre, og som oppstår samtidig (15).

Hvert kluster har en distinkt gruppe av symptomer, og relasjonen mellom symptomene i et kluster er sterkere enn med symptomer i et annet kluster. Hos kreftpasienter er det gjort en del forskning som viser at utmattelse, søvnløshet, smerte og depresjon er et vanlig kluster (16).

Det er også vist at symptomklustre har en rekke negative konsekvenser for pasienter, som redusert livskvalitet, og kan virke negativt inn på funksjon, dagligliv, emosjonelle forhold og relasjonen til andre (14).

HVORDAN KAN MAN IDENTIFISERE SYMPTOMKLUSTRE?

Det er to hovedmåter å identifisere symptomklustre på. Den ene er «de novo»-identifisering av symptomklustre, mens den andre tilnærmingen er å identifisere undergrupper av pasienter med distinkte symptomopplevelser (16).

Ved «de novo»-identifisering av symptomklustre klustrer man de ulike symptomene, mens man ved den andre måten klustrer pasienter ut fra deres distinkte symptomopplevelser (16).

Et eksempel på klustring av pasienter ut fra symptombelastning var identifiseringen av undergrupper av pasienter med kols, basert på deres erfaringer med 14 symptomer (de hyppigste målt med MSAS). Vi undersøkte hvordan disse undergruppene skilte seg ut med hensyn til

demografiske og kliniske egenskaper og livskvalitet (11).

SYMPTOMER OPPTREK SAMTIDIG

Pasienter med moderat, alvorlig og veldig alvorlig kols (n = 267) fylte ut spørreskjemaer inkludert MSAS, og statistiske analyser (*latent class analyses*) ble utført for å identifisere undergrupper av pasienter med distinkte symptomopplevelser.

En gruppe rapporterte om høy intensitet på alle symptomer, en gruppe oppga moderat intensitet på de fleste symptomer, mens en gruppe rapporterte om lav intensitet på alle symptomer.

Mens pasienter med høy og moderat intensitet hadde høy forekomst av respirasjonssymptomer, hadde pasienter med høy intensitet høyest forekomst av psykologiske symptomer som engstelse og tristhet.

Sammenliknet med moderat intensitet var pasienter med høy intensitet yngre, oftere kvinner, hadde betydelig mer akutte forverringer av kols det siste året og rapporterte om betydelig dårligere livskvalitet.

Denne kunnskapen viser oss at symptomer opptrer samtidig, og det kan hjelpe oss å identifisere spesielt sårbare pasienter og dem vi bør følge spesielt godt opp.

FLERE TILTAK KAN REDUSERE SMERTE

Det er utført en rekke studier som viser at smerteforekomst og hvor intenst smerte oppleves, kan reduseres ved ulike tiltak. Bedre kompetanse og mer kunnskap blant helsearbeiderne er viktig.

Gelinas og medarbeidere implementerte et smertekartleggingsverktøy på en intensivavdeling. Før implementeringen fikk sykepleierne undervisning om skjemaet, og de ble opplært i å bruke det. Etter implementeringen viste det seg at antallet pasienter som ble kartlagt ved hjelp av smerteinstrumentet, økte.

Det viste seg også at færre pasienter fikk analgetika og sedasjon under studien (17). Kartlegging av smerte har også vist seg å være et kjernepunkt i et kvalitetsforbedringsprosjekt for å redusere forekomsten og intensiteten av smerte hos intensivpasienter før forflytning og under prosedyrer (18).

De Jong og medarbeidere gjennomførte tre delstudier. I den første delstudien implementerte forskerne egnede verktøy for å måle smerte, og de innførte en algoritme for sedasjon og analgesi på intensivavdeling.

I delstudie 2 undersøkte forskerne hvilke tiltak sykepleierne gjennomførte, før de i den tredje delstudien underviste sykepleierne som jobbet på intensivavdelingen, systematisk i smertehåndtering.

En viktig del av intervensjonen var at forskerne satte opp postere med informasjon og undervisning i hvordan a) kartlegge og kontrollere smerte før snuing, b) monitorere og vurdere analgesibehov ved snuing, c) vurdere behov for opptrapping av analgesi basert på smertetrappen til Verdens helseorganisasjon (WHO), og d) bruke ikke-medikamentelle tiltak som musikk.

Analgesitype og -dose var bestemt av en lege. Det viste



«Musikk viser seg å være viktig når smerte skal håndteres.»

seg at forekomsten av sterk smerte gikk ned fra 16 prosent til 2 prosent, og bruken av analgetika økte (18).

SLIK KAN SMERTE PÅ SYKEHJEM REDUSERES

Norske studier som er gjennomført på sykehjem, viser at ved å individuelt tilpasse og øke den medikamentelle smertebehandlingen for pasienter med demens, opplevde pasientene lavere smerteintensitet, færre utfordringer og bedret funksjon i dagliglivet (19, 20).

På sykehjem er det også gjennomført flere studier som undersøker smertekartlegging og pleiernes kompetanse i smerte. I en canadisk studie ble 345 beboere på seks sykehjem inkludert (21) i en *mixed methods*-studie for å evaluere et smerteteam ledet av en sykepleier med spesialkompetanse i smerte.

Seks ulike sykehjem ble allokert til en av tre grupper: 1) et smerteteam ledet av en sykepleier med spesialkompetanse i smerte, 2) en sykepleier med spesialkompetanse i smerte, men uten smerteteam (delvis intervensjon), eller 3) kontrollgruppe uten spesialiserte sykepleiere og uten smerteteam (21).

Til gruppe 1, med full intervensjon, ga forskerne opplæring til spesialiserte sykepleiere i smertekartlegging og smertealgoritmer for behandling i et omfattende program for kompetanseheving. Forskerne innførte et smerteteam på hvert sykehjem, som fikk grundig opplæring.

En del av intervensjonen var at forskerne satte opp postere på alle vaktrommene med informasjon

og påminning om smertehåndtering. Smerteteamet måtte dokumentere hvilke aktiviteter de hadde deltatt i.

Det viste seg at det ikke var nok med kun én sykepleier med spesialkompetanse for å redusere smerte hos beboerne; det var kun signifikant endring i smerteintensitet når det var implementert et fullt smerteteam med økt kompetanse.

DET ER IKKE NOK BARE Å KARTLEGGE SMERTEN

Selv om disse studiene viser at det er viktig å kartlegge smerte, vil ikke det i seg selv bedre smertebehandlingen. Kartleggingen må følges opp av kompetent personale for å sikre kvalitet i smertehåndtering, gjennomføring av viktige tiltak og evaluering av effekt og bieffekt.

Det er nødvendig å innføre en retningslinje for smertebehandling eller en algoritme som kan veilede sykepleieren når han eller hun skal ta valg og vurdere sin egen kartlegging. Aller best er det når sykepleiere også har tilgjengelig helsepersonell med særlig kompetanse som kan konsulteres.

I tillegg kommer kunnskapen om komplekse intervensjoner som adresserer flere utfordringer på samme tid, slik som ikke-medikamentell smertehåndtering, medikamentgjennomgang, samtaler med pasient og eventuelt pårørende og kommunikasjon helsepersonell imellom om hva som er viktig for den enkelte (*advanced care planning*).

Disse aktivitetene sammen har vist en svært lovende effekt på livskvaliteten for personer med demens (22, 23). Fremfor å bare kartlegge

smerte eller ta bort medisiner må sykehjemspersonalet gjennomføre en grundig evaluering av hver pasient i et tverrprofesjonelt team, der ikke-medikamentelle intervensjoner og miljøbehandling integreres.

KAN IKKE-MEDIKAMENTELLE TILTAK LINDRE SMERTE?

Vi har gjennomført en litteraturoversikt av hvilke ikke-medikamentelle tiltak som er gjennomført på intensivavdelinger for å lindre smerte (24). Vi fant tolv artikler som hadde undersøkt ikke-medikamentelle tiltak, og som hadde brukt et smertevurderingsverktøy.

En rekke ikke-medikamentelle tiltak viste seg å være anvendt: hypnose, enkel massasje, distraksjon, avspenning, åndelig omsorg, harpespill, musikklytting, lytting til naturlige lyder, akupunktur, ispakninger og emosjonell støtte gjennom samtaler.

Ved å evaluere effekten av de ulike tiltakene var det kun hypnose, akupunktur og naturlige lyder som viste en klinisk og statistisk relevant endring i smerteintensiteten (24).

Både hypnose og akupunktur er avanserte og/eller invasive teknikker som kan være vanskelige å sette i verk for sykepleiere, mens det å høre på musikk og lytte til naturlige lyder er både anvendelig og enkelt å implementere i de fleste kliniske situasjoner.

En utfordring ved flere av de gjennomførte studiene var at de manglet metodisk styrke, med små og sammensatte utvalg av pasienter. Mer forskning må utføres før vi kan trekke holdbare konklusjoner.



«Kanskje må vi også hjelpe med andre symptomer for å kunne hjelpe med smertelindring?»

MUSIKK KAN HA GOD EFFEKT

I en stor systematisk oversiktsartikkel der de undersøkte effekten av ulike typer musikkintervensjoner på ulike typer smerte, fant de en moderat forskjell i smerteintensiteten for intervensjon med musikk sammenliknet med uten musikk (25).

Den systematiske oversikten viste også hvilken effekt musikk har på forskjellige smertetyper, og fant at musikk reduserer smerteintensiteten i størst grad for vedvarende ikke-maligne smerter og fødselssmerter. Begge smertetyper ble redusert med en effekt som viste seg å være klinisk stor og relevant i favør av musikk (25, 26).

I den systematiske oversikten hadde musikk lavest effekt på prosedyresmerter og akutt smerte. En nyere oversikt som omhandlet musikk som smertelindring under operasjon, fant at musikk ga en moderat reduksjon i smerteintensiteten, mens forskerne ikke fant noen forskjell i effekten musikk har på akutt smerte ut fra alder, kjønn, valg av musikk eller type anestesi (27).

Musikk viser seg å være viktig når smerte skal håndteres, men musikk skal ikke erstatte konvensjonelle metoder som analgetika og blokader, men være et tillegg.

MUSIKK ER LITE UNDERSØKT VED DEMENSSYKDOM

For mennesker med en demenssykdom kan atferdssymptomer og nevropsykiatriske symptomer som agitasjon, depresjon, angst og motorisk uro være en del av sykdomsbildet. Norske studier fra sykehjem viser at i løpet av ett år har 90 prosent av

personer med demens hatt ett eller flere slike symptomer (28).

Årsaken til symptomene kan skyldes demensen i seg selv, men også udekkede behov som det å ha smerte uten å kunne fortelle om det selv (19). Psykofarmaka og antidepressiver har vært gitt for å lindre den store belastningen pasientene har av slike symptomer.

Disse medikamentene har vist seg å ha svært alvorlige bivirkninger i tillegg til å redusere livskvaliteten til de med demens, selv når man tar belastningen av de nevropsykiatriske symptomene med i betraktning (29).

Musikk har vist seg å ha svært god effekt på atferdssymptomer og nevropsykiatriske symptomer, særlig dersom intervensjonen varer over tre måneder (30). Musikkens eventuelle påvirkning på smerter er i liten grad undersøkt i denne populasjonen.

De ikke-medikamentelle tiltakene som er undersøkt for personer med demens som har smerte som hovedutfallsmål, er fysisk aktivitet, sensorisk terapi, slik som te-seremoni med lukt og smak, bad i temperert vann og aktiviteter.

En algoritme som viser hvordan smerte skal håndteres, der sykepleieren skulle velge ikke-medikamentelle tiltak før analgetika, har vist seg å ha svært god effekt på smerteintensitet (31, 32). Forskerne ba sykepleierne selv velge hvilke ikke-medikamentelle tiltak de mente hadde effekt på pasientens smerte.

Det er kombinasjonen av ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak som iverksettes basert på kartlegging og evaluering, som har

effekt på smerte og livskvalitet (23, 33).

BEHANDLING BESTEMMES UT FRA TYPE SMERTE

Både medikamentelle og ikke-medikamentelle tilnærminger er viktig i smertelindring. Hva man velger, er avhengig av type smerter, både hvor intens smerten er, og hvor langvarig den er.

I mange situasjoner vil en kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tilnærminger være det beste valget. Vi foreslår at sykepleiere vurderer viktige tiltak som leieendring, musikk og andre typer tiltak som er tilpasset personen og situasjonen når smertehåndtering iverksettes, og som førstelinjehjelp ved milde smerter.

Ved moderate og sterke smerter er analgetika særlig vesentlige, mens ikke-medikamentelle tiltak kan benyttes som tilleggsbehandling. Det gjenstår mye forskning på ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleierne som er nær pasienten, vil være sentrale i slik forskning.

SYKEPLEIERE ER AVGJØRENDE FOR GOD SMERTEBEHANDLING

Sykepleierens rolle og funksjon er avgjørende for god smertelindring. Den amerikanske sykepleierforeningen fremhever sykepleierens moralske plikt til å respondere når en pasient har behov for å få smerten behandlet (34). Det er da den enkelte sykepleierens moralske plikt til å ta ansvar for smertehåndteringen til den enkelte pasienten (34).

Dersom noen pasienter ikke



«Både medikamentelle og ikke-medikamentelle tilnærminger er viktig i smertelindring.»

har tilgang på smertelindring, er det sykepleierens oppgave å påpeke dette. De fortsetter videre med å påpeke behovet for at sykepleiere holder seg faglig oppdatert, forsker og implementerer ny kunnskap i praksisen sin.

Både for sykepleiere og leger fremheves interdisiplinære strategier som en kjernekompetanse, der kunnskap, kompetanse og holdning til smertehåndtering er kjerneverdier (35, 36). Både sykepleiere og leger trekker frem behovet for ikke-farmakologiske strategier som en naturlig del av den totale behandlingen.

Sykepleiere må ansvarliggjøres i smertehåndtering og være bevisst på det store ansvaret de har for å hjelpe pasienter med smerter. Bedre smertehåndtering krever både en holdningsendring og bedre kunnskaper hos sykepleiere og leger.

TILTAK MÅ EVALUERES, IKKE BARE IVERKSETTES

Det er viktig å trekke frem at det ikke er nok bare å kartlegge smerte. Det er nødvendig å gjennomføre de ulike fasene i sykepleieprosessen, fra data-samling til evaluering. Vi kan ikke bare iverksette tiltak, men vi må også evaluere om de har effekt eller ikke.

Kartleggingsverktøy som er tilpasset pasientens situasjon og type smerte, er nødvendig for å samle inn og evaluere data. Problemer identifiseres basert på kartleggingen, som også innbefatter vurdering av smertetype.

Når det iverksettes tiltak, er sykepleieren aktiv i å vurdere sykeplei-tiltak som kan lindre smerte, og

sørger for at behovet for smertestillende medisiner er diskutert i et tverrfaglig team. Sykepleieren må identifisere pasienter med særlig komplekse situasjoner og følge dem nøye før, under og etter behandlingen. ●

REFERANSER

- International Association for the Study of Pain. IASP's proposed new definition of pain released for comment. Washington DC: IASP; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?itemNumber=9218> (nedlastet 24.02.2020).
- Landmark T, Romundstad P, Dale O, Borchgrevink PC, Kaasa S. Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain*. 2012;153(7):1368-73.
- Samuelsen PJ, Svendsen K, Wilsgaard T, Stubhaug A, Nielsen CS, Eggen AE. Persistent analgesic use and the association with chronic pain and other risk factors in the population—a longitudinal study from the Tromsø Study and the Norwegian Prescription Database. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(8):977-85.
- Skarpsno ES, Nilsen TIL, Sand T, Hagen K, Mork PJ. Physical work exposure, chronic musculoskeletal pain and risk of insomnia: longitudinal data from the HUNT study, Norway. *Occup Environ Med*. 2018;75(6):421-6.
- Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Euro J Pain*. 2004;8(6):555-65.
- Landmark T, Dale O, Romundstad P, Woodhouse A, Kaasa S, Borchgrevink PC. Development and course of chronic pain over 4 years in the general population: The HUNT pain study. *Euro J Pain*. 2018;22(9):1606-16.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Acceptance and commitment therapy with and without enhanced mindfulness training for chronic pain: a randomized controlled efficacy and mediator study. REK; 2019. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikk.no/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=1117286&p_parent_id=1179872&_ikblanguageCode=n (nedlastet 24.02.2020).
- Fredheim OMS, Kaasa S, Borchgrevink PC. Smertehåndtering ved kronisk kreftsykdom. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2019;139(13).
- Portenoy R, Thaler H, Kornblith A, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Coyle N, et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res*. 1994;3(3):183-9.
- Alfheim HB, Rosseland LA, Hofsvang K, Småstuen MC, Rustøen T. Multiple symptoms in family caregivers of intensive care unit patients. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(2):387-94.
- Christensen VL, Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C, Henriksen AH, Bentsen SB, et al. Distinct symptom experiences in subgroups of patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016;11:1801-9.
- Christensen VL, Holm AM, Cooper B, Paul SM, Miaskowski C, Rustøen T. Differences in symptom burden among patients with moderate, severe, or very severe chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(5):849-59.
- Røhrli K, Guren MG, Miaskowski C, Cooper BA, Diep LM, Rustøen T. No differences in symptom burden between colorectal cancer patients receiving curative versus palliative chemotherapy. *J Pain Symptom Manage*. 2016;52(4):539-47.
- Omran S, Khader Y, McMillan S. Symptom clusters and quality of life in hospice patients with cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(9):2387-93.
- Kim H-J, McGuire DB, Tulman L, Barsevick AM. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nursing*. 2005;28(4):270-82.
- Miaskowski C, Barsevick A, Berger A, Casagrande R, Grady PA, Jacobsen P, et al. Advancing symptom science through symptom cluster research: expert panel proceedings and recommendations. *J Natl Cancer Inst*. 2017;109(4).
- Gelinas C, Arbour C, Michaud C, Vaillant F, Desjardins S. Implementation of the critical-care pain observation tool on pain assessment/management nursing practices in an intensive care unit with nonverbal critically ill adults: a before and after study. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(12):1495-504.
- de Jong A, Molinari N, de Latre S, Gniadek C, Carr J, Conseil M, et al. Decreasing severe pain and serious adverse events while moving intensive care unit patients: a prospective interventional study (the NURSE-DO project). *Crit Care*. 2013;17(2):R74.
- Husebø BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011;343:d4065.
- Sandvik RK, Selbaek G, Seifert R, Aarsland D, Ballard C, Corbett A, et al. Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial. *Eur J Pain*. 2014;18(10):1490-500.
- Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, Akhtar-Danesh N, Brazil K, Donald F, Martin-Misener R, et al. The effectiveness of a nurse practitioner-led pain management team in long-term care: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud*. 2016;62:156-67.
- Ballard C, Orrell M, Sun Y, Moniz-Cook E, Stafford J, Whitaker R, et al. Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: WHELD—a factorial cluster randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(10):1094-103.
- Husebø BS, Ballard C, Aarsland D, Selbaek G, Slettebo DD, Gulla C, et al. The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):330-9.
- Sandvik RK, Olsen BF, Rygh LJ, Moi AL. Pain relief from non-pharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review. *J Clin Nurs*. 27.02.2020. DOI: 10.1111/jocn.15194
- Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;19(2).
- Olsen MF, Bjerre E, Hansen MD, Tendal B, Hilden J, Hróbjartsson A. Minimum clinically important diff



«Det er viktig å trekke frem at det ikke er nok bare å kartlegge smerte.»

erences in chronic pain vary considerably by baseline pain and methodological factors: systematic review of empirical studies. *J Clin Epidemiol.* 2018;101:87–106.e2.

27. Kühlmann A, De Rooij A, Kroese L, Van Dijk M, Hunink M, Jeekeel J. Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *Br J Surg.* 2018;105(7):773–83.

28. Selbæk G, Engedal K, Benth JS, Bergh S. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(1):81–91.

29. Ballard CG, Margallo-Lana ML. The relationship between antipsychotic treatment and quality of life for patients with dementia living in residential and nursing home

care facilities. *J Clin Psychiatry.* 2004;65 Suppl 11:23–8.

30. Ueda T, Suzukamo Y, Sato M, Izumi S. Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013;12(2):628–41.

31. Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebø BS, et al. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing Research Reviews.* 2013;12(4):1042–55.

32. Kaasalainen S, Brazil K, Akhtar-Danesh N, Coker E, Ploeg J, Donald F, et al. The evaluation of an interdisciplinary pain protocol in long term care. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13(7):664.e1–8.

33. Kovach CR, Evans C-R. Assessing pain and unmet need in

patients with advanced dementia: the role of the Serial Trial Intervention (STI). In: Moore JR, red. *Handbook of pain and palliative care.* Springer; 2018. s. 127–43.

34. ANA Center for Ethics and Human Rights. The ethical responsibility to manage pain and the suffering it causes. ANA Position Statement. 2018.

35. Tick H, Chauvin SW, Brown M, Haramati A. Core competencies in integrative pain care for entry-level primary care physicians. *Pain Medicine.* 2015;16(11):2090–7.

36. Herr K, Marie BS, Gordon DB, Paice JA, Watt-Watson J, Stevens BJ, et al. An interprofessional consensus of core competencies for prelicensure education in pain management: curriculum application for nursing. *J Nurs Educ.* 2015;54(6):317–27.

ANNONSE



Gaven som redder liv

En gave til Leger Uten Grenser er et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bryllup**, **bursdag** eller **jubileum**.

Ring oss på tlf 21 04 24 52, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.

Kontonummer: 5005 06 36728
Vipps til 2177

Merk innbetalingen med navn på jubilant/brudepar, samt navn på giver(e) av gaven.



◆ Tekst

Nina Hernæs, Liv Bjørnhaug Johansen og Ellen Morland

Visste du dette?

Noen sykdommer og tilstander forbindes ikke med smerter. Her er noen eksempler.

Barn med CP har ubehandlede smerter

Ved en spesialskole i Skien kommune observerte ansatte at barn og unge med funksjonshemninger hadde store og ubehandlede smerter. Smertene gikk ut over livskvalitet og funksjon. Derfor ønsket kommunen å samarbeide med Sykehuset Telemark om et forskningsprosjekt for å kartlegge situasjonen og gjøre endringer som kan bedre barnas situasjon. Prosjektet CPPain startet i 2019 og skal gå over seks år. Et sentralt premiss er at det er barna og foreldrene som best kjenner byrden av smerte, og de skal få definere hva problemene er og hvordan de kan løses.

Noen har smerter under **samleie**

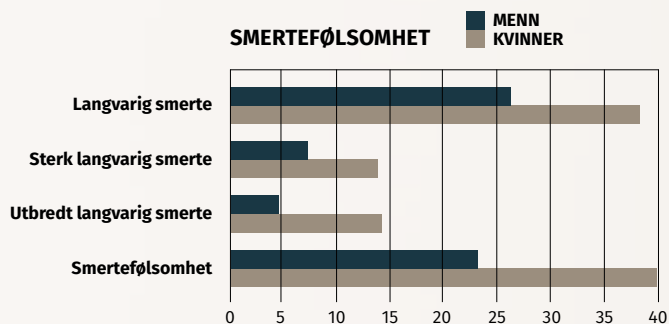
Vulvodyni er et samlebegrep for kroniske smerter i de ytre kjønnsorganene (vulva) hos kvinner. Smertene har brennende eller sviende karakter, og årsaken er ukjent. Man vet ikke hvor mange som rammes, men internasjonalt anslås det at 10–15 prosent av alle kvinner vil oppleve dette i løpet av livet. Hos noen går dette sterkt ut over sexlivet.

I Norge er det en vulva-poliklinikk på Oslo universitetssykehus og et vulva-team på St. Olavs hospital i Trondheim.

Ja, **kvinner** og **menn** opplever smerte ulikt

Flere kvinner rapportert om langvarige smerter, og flere kvinner enn menn testet positivt på smertefølsomhet i den omfattende Tromsøundersøkelsen.

Kilde: Folkehelseinstituttet/Tromsøundersøkelsen fra 2015/16



Prosent kvinner og menn med langvarig smerte og smertefølsomhet. Utbredt langvarig smerte er definert som smerte på 5 eller flere steder på kroppen av totalt 15. Sterk langvarig smerte er definert som smerte med styrke på 6 eller mer på en skala fra 0-10. Smertefølsomhet er målt med kuldestimulering av hånden der personer som avbryter før 106 sekunder anses som smertefølsomme.

Ungdom med psykiske lidelser har vondt i muskler og skjelett

En undersøkelse fra 2013 viste at 7 av 10 ungdommer med psykiske lidelser også sliter med kroniske smerter.

Studien ble gjort ved NTNU i Trondheim og omfattet 566 ungdommer mellom 13 og 18 år med diagnosene ADHD, depresjon, angst, spiseforstyrrelser og et spekter av autistiske lidelser.

Smerter i muskler og skjelett var mest utbredt, og det var de med depresjon som oftest hadde kroniske smerter.

Det viste seg også at jenter oftere slet med kroniske smerter enn guttene, uavhengig av diagnose.

Kilde: forskning.no

Hva er sammenhengen mellom kronisk smerte og psykisk helse?

Kronisk smerte er sterkt forbundet med blant annet angst og depresjon. Men årsakssammenhengen mellom smerter og psykisk helse er omdiskutert. Tvillingstudier tyder på overlappende genetisk risiko, fremfor at det ene forårsaker det andre. Om det er en slik overlappende genetisk risiko, undersøkes nå i en stor tvillingstudie som tar høyde for både arv og miljø. Å teste hypoteser krever et stort datamateriale. Forskerne har fått tilgang til data fra det svenske tvillingregisteret, som omfatter rundt 36 000 tvillinger, og TwinSUK, som omfatter rundt 12 000 tvillinger. De vil bli sammenliknet med data fra det norske tvillingregisteret med rundt 2000 tvillinger.

Rundt en tredel av den norske befolkningen rammes av kroniske smerter, og slike smerter er den viktigste årsaken til sykefravær og uførhet.

Forskerne bak studien tror det de finner vil få betydning for behandling av smerte, depresjon, angst og kronisk tretthet.

Studien pågår over tre år og er planlagt ferdig i 2021.

Pasienter med parkinson sliter med smerter

Hele 83 prosent av pasientene med Parkinsons sykdom sliter med smerter, viste en studie fra 2009. Mange av dem får ikke adekvat behandling, konkluderer studien, som omfattet 176 representative pasienter. Studien er presentert i en artikkel av nevrologen Antonie Giæver Beiske i Tidsskrift for Den norske legeforening.

70 prosent av pasientene hadde muskel-skjelett-smerte, 40 prosent dystoni, 20 prosent radikulær, nevropatisk smerte og 10 prosent sentral nevropatisk smerte. Bare 34 prosent fikk forskrevet analgetika.

I 2012 foretok Norges Parkinsonforbund en medlemsundersøkelse der 600 med parkinsonsvarte.

Den viste at over 70 prosent levde med smerter og at under 1 av 3 opplevde å få tilstrekkelig hjelp for dette.

Jo, psoriasis kan gjøre vondt

«Pasienter med psoriasis har ikke vondt» fikk smertesykepleier Tone Marte Ljoså høre da hun begynte å jobbe på hudavdeling. Det syntes hun var veldig rart, siden sykdommen gir sår og sprekker i huden. Så hun tok doktorgrad der hun spurte pasientene om de hadde smerter eller ubehag fra huden. Svaret var ja.

I etterkant har Ljoså intervjuet 13 psoriasispasienter om smerte i huden, og fant at den gikk ut over søvn, aktiviteter og sosialt liv.

Ljosås erfaring er: Hvis man ikke spør pasienter om smerte, får man heller ikke vite om den.

Flere notiser på side

85 »



● Av **Karen Havelin**, forfatter,
oversetter og smertepasient

Å sitte i saksa

Som smertepasient er du prisgitt profesjonaliteten og det gode hjertet til den personen som får betalt for å håndtere deg, skriver Karen Havelin i dette essayet.

Det er vanskelig å skrive på en dag med smerter. Denne vinteren er preget av forverring av helsen og usikkerhet rundt hva som skal skje framover. Det er vanskelig å organisere dagene, få oversikt og ta avgjørelser. Og det er vanskelig å ikke la seg overvelde av mørke tanker.

Hver eneste gang smertene blir verre, blir jeg overrasket over hvor mye fortvilelse som følger. Dette til tross for at jeg vet hvorfor jeg har det vondt, at jeg er medisinerer, har fått behandling på smerteklinikk, praktiserer mindfulness, trener og lever et gjennomregulert liv som er så godt som mulig. Likevel kommer jeg ikke unna kroppen min, usikkerheten og det å bære vonde opplevelser med meg hvor enn jeg går.

Jeg har blitt bedt om å skrive noe om smertevurdering og sykepleierens rolle som portvokter fra en pasients ståsted. Jeg er så glad for dette oppdraget. Endelig er det noen som spør! Men hvordan skal jeg nærme meg dette? Hva skal til for å nå frem? Bare det å tenke på alle gangene jeg som pasient ikke har blitt møtt – fra jeg var svært ung og frem til nå – er vondt. Tenke på ting jeg helst vil glemme, men på ingen måte har glemt.

HELSEARBEIDERE I MØTE MED FOLK UTEN HELSE

Sykepleiere er som oftest snille, flinke og til og med fantastiske mennesker. De er pasientens allierte i en usikker situasjon, og de er full av faglig kunnskap og omsorg. De viser omtanke på tusen små måter som er så nødvendige at man ikke legger merke til det før de ikke lenger er der. De få gangene jeg har møtt sykepleiere som ikke viser denne omtanken, husker jeg godt:

«Dette burde du tåle. Slapp av.» «Hvorfor gråter du?»

«Skal jeg ringe psykiater?» «Det går fint, litt til.» «Du har allerede fått mer smertestillende enn det som er vanlig.» «Du må slutte å bevege deg. Nå må vi begynne på nytt.»

På gynekologisk poliklinikk anstrenger sykepleierne seg for å tilby medmenneskelighet der legen ikke gir noe. Det er et nobelt oppdrag. De sørger for øyekontakt og lager empatiske lyder. De er til stede ved underlivsundersøkelser, delvis fordi et kvinnelig nærvær kan hjelpe pasienten med å slappe av og dempe stressnivået. Selv en vanlig underlivsundersøkelse er intim, og det kan spesielt være smertefullt og vanskelig for pasienter som har opplevd overgrep og traumer. Gjentatte undersøkelser hvor pasientens virkelighetsoppfattelse og smerter har blitt bagatellisert, kan også sammenliknes med overgrep. I det aller minste utgjør det en del av pasientens historie.

En sykepleier jeg stadig treffer på, hilser ikke og unngår øyekontakt når hun henter meg der jeg sitter nervøs på venterommet. Mens undersøkelsen pågår, åpner hun stadig døren ut til gangen for å ordne noe. Hun går rett foran meg mens jeg prøver å slappe av – med bena i fotbøylene så undersøkelsen ikke skal bli smertefull. Hun rydder og skramler med utstyr under samtalen etterpå, så jeg må heve stemmen når jeg snakker om underlivet mitt, og jeg rødmer over ordene jeg må bruke. Det er som en slapstick-sketsj. Men den blir ikke mer morsom av at den stadig gjentas.

MENN HAR SMERTER, KVINNER HAR ANGST

Kroniske smerter er ikke som akutte. Kroniske smertepasienter har gjerne kompliserte og sammensatte sykdomsbilder. Endometriose – en av mine hoveddiagnoser – er like vanlig som diabetes eller astma, men ikke på langt nær like mye forsket på. Søker du etter medisinske



PASIENT:
Karen Havelin
har endometriose og
skriver om den vanske-
lige rollen som smerte-
pasient. Foto: Anna
Julia Granberg,
Blunderbuss



artikler om endometriose i Pub-Med, får du 1800 sidetreff. Søker du på leversykdom, som rammer cirka like mange pasienter, får du 30 000 treff.

I USA bruker det nasjonale helseinstituttet (NIH) 35 66 dollar på forskning per pasient med diabetes. For endometriosepasienter er det tilsvarende beløpet 0,92 dollar. Endometriose er en usynlig sykdom som rammer kvinner, og i tillegg er det et tabubelagt område av kroppen. Man kan trekke sine egne konklusjoner om hvorfor den prioriteres lavt.

Min diagnose var 15 år forsinket, noe som førte til at sykdommen rakk å bli veldig framskreden. Det mest sjokkerende for meg har vært å innse hvor vanlige historier som min er. Hvor mange kvinner som runder ned egne smerter og prøver å overtale seg selv til å ikke kjenne dem. Det er visst alminnelig å tenke: «Det er nok annerledes for meg, så dette må jeg vel bare holde ut». Men det kan ikke løses ved at de kvinnelige pasientene blir flinkere til å snakke for seg. Det er ikke der problemet ligger.

Når det gjelder kvinnelige pasienter, ser det ut til at helsepersonell ofte konkluderer med at *pasienten har smerter fordi hun er engstelig, ikke at hun er engstelig fordi hun har smerter*. Det ser ut til at man lett tenker at hun overdriver eller håndterer smerten feil. Studien «The Girl Who Cried Pain» viste i 2001 at kvinnelige pasienter får mindre smertestillende enn mannlige etter samme hjertekirurgi (selv når forskjellen i kroppsvekt er tatt med i betraktningen). I stedet blir de gitt beroligende midler.

Dette er beslutninger tatt av sykepleiere, det vil si ofte

«Tre av fire endometriosepasienter har blitt fortalt at problemene deres sitter i hodet.» Karen Havelin

av kvinner. Det er ikke et spørsmål om individets holdninger så mye som det er kulturen, historien og språket vi eksisterer i. Samtidig er det i individene endringen kan skje.

Studier viser at cirka tre av fire endometriosepasienter har blitt fortalt at problemene deres sitter i hodet. Studier over medisinsk forskjellsbehandling mellom kvinner og menn, og i hvor stor grad

kvinnens symptomer tolkes som psykologiske, kan få håret til å reise seg på hodet. Vestlig medisin har en lang historie med at kvinners problemer ikke tas alvorlig, at medisin til og med har blitt brukt for å få kontroll på vanskelige og krevende kvinner.

ET SAMMENSURIUM AV SYMPTOMER

Om man vet om én kronisk sykdom, kan den neste lettere bli oversett. Alle symptomer har en tendens til å forklares av den etablerte diagnosen, eller pasientens stress. Er den etablerte diagnosen psykisk sykdom, er tendensen enda tydeligere. Tidligere har diagnoser som «somatisering» eller «hysteri» blitt diagnostisert ved at pasienten krysser av på symptomer de opplever.

Fysiske symptomer som menstruasjonsmerter, uregelmessig menstruasjon, kraftige blødninger, smerter ved sex, kvalme, magesmerter utenom menstruasjon, oppblåst mage og ryggmerter – som kan være endometriose – har blitt brukt for å bevise at pasienten har et psykisk problem, heller enn å bevise at hun trenger hjelp med en fysisk sykdom.

Å bli fortalt av fagpersoner at stress og psykiske problemer er årsaken til smerter, kan i seg selv



» skape stress og gjøre det vanskeligere å håndtere. Om smerter forklares av stress, kan det få stress til å virke farlig og gjøre håndteringen enda mer krevende. En kronisk smertepasient har absolutt bruk for god stresshåndtering.

Kunnskap om at stress også er en naturlig bestanddel og nødvendighet i menneskets liv, kan falle bort om man kun utpeker stress som årsak til smerter. Pasienter har ikke nødvendigvis kunnskap nok til å være kritisk til det de blir fortalt, eller vurdere det med et nyansert blikk.

Man pleide å tro hjerteproblemer og magesår hang sammen med pasientens personlighet. At pasientene burde ta seg sammen og *være annerledes* for å unngå disse problemene. Det er fremdeles mye vi ikke vet og forstår, og medisinsk viten blir stadig bedre. Sammenhengen mellom psykisk helse og bakterieflora er ett eksempel.

BEHANDLINGENS PORTVOKTERE

Jeg ringte nylig til et psykofarmaka-laboratorium for å få resultatene av en blodprøve. Jeg innså plutselig at den jeg snakket med, antok at jeg var sykepleier eller lege. Det følte godt. Det var ikke tvil et sekund om at jeg skulle få det jeg hadde bedt om. Bare litt venting. Instinktivt lot jeg henne fortsette å tro det, og jeg avsluttet samtalen uten å fortelle henne at det var jeg som faktisk var pasienten.

Ofte foregår portvoktingen på telefon, og den er nesten bokstavelig. Evnen til å snakke for seg eller presentere seg riktig er viktig som kronisk pasient, og spesielt som smertepasient. Man må være en overbevisende og likandes versjon av seg selv når man søker hjelp.

Når man ringer til en inntakstelefon – enten til operasjonsventelister eller et mottak på kveldstid – møter man en person under arbeidspress som har fått føringer om å bruke mindre ressurser og tid og likevel få gjort

like mye. Noe som innebærer å sende bort alle som kan sendes bort. Det fins noen med ansvar som har et behov for å si «nei, dette er ikke vår jobb/vårt problem»:

«Du kan få komme, men du må være forberedt på å vente.» «Nei ikke kom. Vi trenger ikke se pasienten. Vi vet hva vi finner. Vi legger henne uansett ikke inn.» «Du har endometriose. Du må regne med en del smerter.» «Du forstår jo at alle som skal opereres her, har smerter og ønsker å komme til før.» «Det er vanlig med menssmerter. Har du vurdert å bli gravid?»

Uansett hva, er jeg er alltid vennlig og høflig i møte med helsepersonell. Jeg sørger for øyekontakt og anstrender meg for å etablere en personlig kontakt. Jeg prøver å snakke rundt det de eventuelt er bekymret for, for å avskjære skepsisen deres. Det kan være de tror jeg er ute etter opiat. Men av og til er det som om jo mer jeg sier, jo verre blir det. Jo mer redd jeg er, jo verre er det. Det føles som om de ikke kan høre ordene jeg sier.

Jo mer jeg prøver, jo mindre funker det. Jo mer jeg prøver å forklare at selv om det lyder rart, har jeg vært i denne situasjonen før og vet at de løsningene man vanligvis griper til først, ikke kommer til å fungere. Det verste er at jeg kan se at de er på jobb og må balansere forskjellige behov og pasienter som trenger forskjellige ting. At noe av frustrasjonen deres over å ikke kunne hjelpe meg kommer til uttrykk i frustrasjon overfor meg. Jeg klandrer dem ikke. Men jeg sitter i saksa og er pasienten.

– SÅ ILLE KAN DET DA IKKE VÆRE

Som kronisk pasient må du balansere det å vise at du er disiplinert, rasjonell og forstår situasjonen med å vise at du virkelig har det vondt og at du virkelig trenger hjelp. Selv om du har blitt bedt om å ta deg sammen en million ganger og har trent deg opp til å aldri gråte. Du må vise at det er ekte, men du må vise at du er seriøs og ikke sutrer i tillegg. Det aller verste er om du sitter der og har forklart alt, og til og med grått, og det eneste de sier er «jeg vet ikke hva jeg har å tilby deg».

Som smertepasient kan alt brukes mot deg. Jeg trodde jeg var reddet da jeg endelig var blitt pasient på en smerteklinikk. Men én dag – da vi prøvde å skrive en søknad om å få dekket en medisin – sa smertelegen: «La oss ikke skrive det sånn. Jeg vil ikke at de skal tenke *kroniske smerter* og si 'ingenting hjelper for en sånn som henne uansett'». Det var nok smart tenkt, men det sitter i. Et gufs av enda noe jeg må passe meg for. Enda en måte å plutselig være ute i kulden på. Enden på den visa ble uansett at det ikke lenger finnes hjemmel for – engang – å søke om å få dekket smertelindring til denne tilstanden.

Det kan virke som om mennesker bare kan ta inn maks tre ting om gangen. Når situasjonen min består av åtte tilstander, er det umulig å få kommunisert dem, selv i møte med en dyktig sykepleier. Om de åtte elementene i tillegg må presenteres og forstås i riktig rekkefølge for å forstås, må jeg regne med at den som lytter, faller av. Og den jeg forklarer meg til, skal igjen forklare

ANNONSE

Wima-labben:
Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmesisolerende
- Les mer på wima.no



Wima® produkter
 Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no





«Rusmisbrukere har også smerter. Eller hva om jeg var innvandrер og snakket dårlig norsk?»

Karen Havelin

det videre. Og det er fristen-
de for dem som er på jobb, og
som har ansvaret, å tenke: «Nei
... det virker rart. Det tror vi ikke
på. Det er nok ikke så ille. Det kan
vi håndtere senere.» Av og til virker
det rart fordi det er rart. Alt ved meg
er rart. Men jeg finnes likevel.

«Hm. Jeg skjønner at du er en sånn som
bekymrer deg mye.» «Prøv å slappe av.» «Det-
te er unnagjort mye raskere om du bare gjør som jeg sier.»

Av og til føler jeg at sykepleierne og legene glipper
unna. Det føles som om de har meldt seg ut. Som om de
snakker til meg med den stemmen de bruker på rusmis-
brukere og kriminelle. Det er ikke det at det ikke er en
profesjonell, ansvarlig og vennlig stemme. Det er bare
det at jeg ikke er rusmisbruker. Jeg blir snakket til som
om jeg hadde ruset meg ut av denne verdenen, og det
har jeg ikke. Jeg har bare vondt på grunn av godt doku-
menterte sykdommer og tilstander.

Og så ... en tanke som er enda mer skremmende: *Tenk
om jeg var rusmisbruker i tillegg.* Rusmisbrukere har

også smerter. Eller hva om
jeg var innvandrер og snakket
dårlig norsk. Jeg er hvit, vel-
stelt, har pene klær og universi-
tetsutdannelse. Jeg kunne ha hatt
demens, vært autist og ikke-ver-
bal. Jeg kunne hatt en annen hudfar-
ge. Studier fra USA viser at mennesker
med minoritetsbakgrunn venter lenger
på hjelp på akuttinntak enn hvite. I Stor-

britannia ble det i fjor publisert forskning som viser at
svarte kvinner har åtte ganger så stor sannsynlighet for å dø
under fødsel som hvite kvinner.

TYNNSLITT TILLIT

Selv med alle mine ressurser blir jeg ikke alltid forstått. Det
går ikke an å velge seg en annen spesialist eller klinikk å gå
til i stedet i Norge. Jeg vet ikke om noen situasjon som
i så stor grad illustrerer «å sitte i saks» som det å væ-
re innlagt og alvorlig syk i en sykehusseng. Du kan ikke
dra. Du er kanskje til og med bundet til helseper-
sonell gjennom måleutstyr, kateter og så videre.

ANNONSE

sykepleiere med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:

- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?
Kontakt oss i dag!

randstad



randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410

ANNONSE

STOLTHET OG TRADISJON SIDEN 1888



MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Har du en ansatt som fortjener heder?

Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsette arbeidstakere med minst 30 år ved samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 64 83 20 00 • norgesvel@norgesvel.no • www.medaljen.no



Du kan ikke få noen andre til å komme til deg enn dem som er ansvarlig for deg de neste seks timene.

Det kan mer eller mindre sammenliknes med et fengsel. Du er prisgitt profesjonaliteten og det gode hjertet til den eller de personene som får betalt for å håndtere deg.

For eksempel: Grunnen til at den skopiundersøkelsen var så mye mer smertefull for meg enn for en vanlig mannlig pasient, var en ennå ikke diagnostisert tilstand som førte til tarmreseksjon noen få år senere. Årsaken til at jeg var så urolig om natten, etter operasjonen, var at jeg var underdosert på kortison for binyrebarksvikt. Anestesilegen hadde husket å øke dosen under operasjonen, men ikke etterpå. Men fordi jeg sto på oxycontin og hadde fått for lite kortison, greide jeg ikke selv å skjønne at jeg hadde fått for lite kortison. Og fordi jeg hadde panikk, ble jeg ikke tatt alvorlig.

Noen ganger rundes det ned, og du må akseptere at det skrives ned som hysteri og angst. Og så er det de gangene du forstår, som pasient, at selv om de ga deg det du tryglet om, så var det ikke nødvendigvis for at de trodde på deg, eller at de kommer til å tro på deg neste gang. Men at det tvert imot kan bety at du ha havnet enda litt lengre fra den streken hvor de skikkelige folkene er.

Det er et spørsmål om ekstrem sårbarhet og om tapt tillit, om ro, om evnen til å slappe av i verden og anta at ting kommer til å gå bra. Opplevelsen lagres noen ganger som et rom i deg, et rom du ikke kan nå frem til senere. Et rom du ikke kan fjerne.

DET GÅR SOM REGEL BRA

Jeg selv har tre ganger i mitt liv blitt sendt hjem og fortalt at det ikke er noen ting på gang, selv om det har vist seg å være potensielt livstruende tilstander. Om jeg er ansent når jeg blir innlagt på sykehus, er det kanskje ikke så rart?

Det er sju mindre feil som leder til flyktrasj, ikke én stor. Pasienter strever av og til inn og ut av bevissthet og sier alt mulig rart. De greier ikke å være høflige og strategiske. De er som barn, den personen som ikke kan snakke, ikke har noen som kommer på besøk, ikke forstår norsk eller medisinsk terminologi, som ikke er vant til smerter og som blir sint av å være redd.

Eller som også møter en utålmodig ansatt, en distraherert nattevakt som er nattevakt for å slippe å prate så mye med folk, som jobber lenger fordi noen er syk, som akkurat den ene dagen ikke hadde vært innom vaktrommet og fått beskjed om noe som virket uviktig, og som runder ned en gang for mye, venter for lenge, glemmer og misforstår.

Det går som regel bra. Men ikke alltid.

Det er slitsomt å alltid skulle være den som skal fortelle folk det de ikke vil vite. Å komme trekkende med nyanser og kompliserte, vonde historier til noen som har mer lyst til å høre en vits, eller ikke har lyst å høre noe som helst. Som har lyst til å heve et øyebryn og trekke seg unna. Og jeg skjønner det godt. Livet er



vanskelig nok, selv for helt vanlige mennesker.

HJEM TIL MENNESKENE

Jeg har også talløse gode opplevelser. Sykepleiere som har sett meg og passet på meg og gitt meg noe jeg ikke visste at jeg trengte, men som hjalp. Det føles som et mirakel når de plutselig vet hvordan de skal løse et problem jeg knapt vet hvordan jeg skal beskrive. Når de tilpasser teppe- ne så de blir mindre vonde på sårene etter en opera- sjon. Når de legger ringesnoren nær hånden min. Når de skjønner at de må spørre. Når de smiler av forsøke- ne mine på å være morsom.

De følger med og tenker på meg uten at jeg vet det. De jobber natt på akuttmottak. De ser at jeg er på gråten et- ter at legen har gått. De har tålmodighet med langtids- innlagte. Den stille tålmodigheten de viser pasienter på

«En masse små handlinger og valg kan fullstendig endre måten pasienten er i verden på.»

Karen Havelin

oppvåkningen, som mest av alt minner om hvordan en ba- by blir tatt vare på.

Etter en av operasjonene mi- ne ble jeg hjulpet på toalettet av en snill sykepleier som til og med tør- ket meg da jeg hadde tisset. Det følte- som et slags sanseminne, noe dypt be- roligende. En type omsorg jeg ikke had- de opplevd på 35 år. Omsorg man aldri mø- ter som voksen ellers. En altoppslukende omsorg vi alle begynner livet med å motta.

En masse små handlinger og valg i løpet av en arbeids- dag kan fullstendig endre måten pasienten er i verden på. Hver eneste en av dem er viktig. Hver eneste gode interak- sjon teller. Hver eneste en kan være en helbredende salve på vonde minner. Det er avgjørende å bli sett som mennes- ke når man er på sitt mest sårbare. Noen ganger kan man bli hentet hjem fra den kalde natten. ●

ANNONSE

ambio accurate care Legepartner er nå ecura

ecura

Ecura Care - Norges største leverandør av vikartjenester innen helse!

Ambio Helse, Accurate Care og Legepartner er nå blitt Ecura og har lang fartstid i å levere fleksible og trygge bemanningsløsninger for oppdragsgivere i hele Norge. Vi leverer fagpersonell – herunder leger, sykepleiere, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, assistenter og studenter innen helse og omsorg. Vi har et utstrakt nettverk av dyktig fagpersonell som jobber som vikarer gjennom oss. Vi kan tilby helsevikarer på meget kort varsel og vi har hele tiden fokus på kvalitet og kompetanse slik at du som oppdragsgiver skal føle deg trygg på at du får den kompetansen du trenger

Ta kontakt for en uforpliktende prat!

Ecura Care er en del av Ecura-konsernet. Vår visjon er: *Omsorg for alle – med verdighet og kvalitet.*

+47 22 41 17 02 care@ecura.no ecuracare.no



MAKTEN til å hjelpe, og til å overse

Mellom pasienten og tilfredsstillende smertelindring står en sykepleiers vurdering.

En eldre kvinne med langtkommen demens jeg traff på et sykehjem, hadde endret personlighet den siste tiden. Hun var blitt oppfarende og irriterbar. Legen foreslo å starte opp med et antipsykotika. I lunsjen er en sykepleier fra en annen avdelingen tilfeldigvis innom og overhører samtalen. «Hun har ikke smerter, da?» spør hun.

En uke senere blir det tatt et røntgenbilde som avslører flere kompresjonsbrudd i ryggraden.

En pasient med kjente kroniske smerter angir å ha VAS 9 på spørsmål fra sykepleieren. Han får ikke noe smertestillende, men får høre at han får paracet på neste medisinerunde. I journalen leser jeg: «Pasienten angir VAS 9, men gir ingen uttrykk for smerte. Sitter i senga og snakker rolig i telefonen kort etter.»

En pasient blir overflyttet fra en psykiatrisk avdeling til en kirurgisk for å fjerne en tumor som nylig er blitt påvist i en nyre. Etter operasjonen har hun sterke smerter i buken og sier hun føler noe er galt. Sykepleierne og legene gløtter mot de psykiatriske diagnosene, henger smertene på angsten og gir Sobril og noen beroligende ord. Mot kvelden andre postoperative dag er det tydelig at buken er utspilt. En CT viser en omfattende blødning. Pasienten blir overflyttet til intensivavdelingen.

En heroinavhengig kvinne er innlagt i somatikken etter å ha blitt omfattende skadet i en trafikkulykke. Hun har mye smerter, men er også rastløs og krevende. Hun ringer stadig på for å få følge ut for å røyke eller be oss gjøre ærender for henne. Parallelt med at slitasjen på personalet øker, får hun også mindre smertestillende. På vaktrommet snakker vi om grensesetting. Behovsordinasjonen på smertestillende blir redusert, og hun blir bedt om å vente på neste medisinerunde når hun klager på smerter.

HELSEPERSONELL SOM PORTVOKTERE

Vi snakker ikke så ofte om makt når vi snakker om sykepleie. Men sannheten er at sykepleiere ofte har hele pasientens

helse, velvære og fremtid i sin hule hånd. Helsepersonell har en funksjon som helsevesenets portvoktere.

På systemnivå sikrer vi at bare de som har behov for tjenestene, får legge beslag på ressursene. For å få tilgang til spesialistene må den syke ha en henvisning fra fastlegen. For å slippe inn til legen på legevakta må vedkommende gjennom sykepleierens triagering. Ingen får komme til fødeavdelingen før en jordmor har gått god for at du er i fødsel.

NØKKELEN TIL MEDISINKABINETTET

Men vi sykepleiere vokter også en rekke porter i den daglige omgangen med pasienter. En av disse portene er tilgangen til adekvat smertelindring – ganske direkte manifestert gjennom nøkkelen til medisinkabinettet. Ingen inneliggende pasienter kan selv gå og forsyne seg av smertestillende. For å få tilgang til smertebehandling må pasienten overbevise en sykepleier om at hun eller han har smerter.

De fire pasientene du leste om innledningsvis, er eksempler på pasienter jeg har truffet som ikke har sluppet gjennom denne porten. De to første fordi pleierne de hadde omkring seg, ikke hadde kunnskap nok til å tolke smerteuttrykk hos pasienter med deres lidelse. Den andre fordi fordommene mot pasienter med psykisk sykdom gjorde at hun ikke ble tatt på alvor. Og den siste kanskje fordi hun mistet pleiernes sympati og ble tillagt vikarierende motiver.

SMERTE ER SUBJEKTIVT

Problemet er at smerte er et rent subjektivt fenomen. Det er ingen måte å måle det objektivt på. Det er bare pasienten selv som vet hvor vondt de har – de er prisgitt å kunne kommunisere det til oss, og å bli trodd.

Forskere presenterer stadig funn som forteller oss at dette ofte ikke er så lett. En stor internasjonal studie, «Survey of chronic pain in Europe», viste at de aller fleste pasienter med



FOTO
ILLUSTRASJON
Morten
Bendiksen



«For å få tilgang til smertebehandling, må pasienten overbevise en sykepleier om at hun eller han har smerter.»

Liv Bjørnhaug
Johansen

kroniske smerter ikke har tilfredsstillende behandling. Mange av dem erfarer ofte å bli avvist i helsevesenet, eller de sitter igjen med en opplevelse av at helsepersonell synes de overdriver symptomene. Ved en rekke tilstander, der smerter ikke tradisjonelt har vært regnet inn som noe forventet symptom, er det nettopp smerter pasientene trekker frem som det som i størst grad reduserer livskvaliteten deres.

ME-syke rangerer i en undersøkelse muskel- og ledd-smerter som det mest belastende symptomet etter tretthet. En norsk studie viste at 83 prosent av de undersøkte parkinsonpasientene hadde smerter – bare 34 prosent av dem sto på smertestillende. (Les mer på side 24–25)

Det er også gjort funn som viser at pasienter med psykiske lidelser som angst og depresjon i mye større grad enn resten av befolkningen har smerter i kroppen. Dette er ikke pasienter helsepersonell nødvendigvis gjør noen smerte-kartlegging av. De blir ikke spurt, og det later til at helsepersonell heller ikke lytter når de prøver å fortelle.

LÆRER HVORDAN OPPFØRE SEG

Karen Havelin beskriver i sitt essay i dette bladet (s. 26) hvordan hun som mangeårig pasient har lært seg hvordan hun må oppføre seg for å få den hjelpen hun trenger – det er en hårfin balanse. Ikke alle behersker denne – pasienter som ikke er fullt så taleføre og kompetente som henne, som den demenssyke med ryggfrakturer, den krevende rusmisbrukeren eller den angstridde nyopererte. De blir ikke hørt, og deres smerter blir ikke tatt på alvor.

DOBBELT STRAFF

Nylig avdøde professor i sykepleievitenskap Katie Eriksson beskriver i sin klassiske bok *Det lidende mennesket* hvordan det å ikke bli hørt er en lidelse vi påfører pasienten. Hun

skiller mellom lidelsen som følger av sykdom, og pleielidelsen – den lidelsen vi påfører pasienten i selve pleiesituasjonen.

Å ikke ta pasienten på alvor er en maktutøvelse, skriver hun. Og videre: «Den som ikke blir tatt alvorlig, regner man ikke med, og det gir den annen en følelse av maktesløshet».

Vi øker ikke bare pasientens lidelse ved å unnlate å lindre smerten, men vi påfører dem også en pleielidelse. De blir dobbelt straffet.

De pasientene som oppfører seg slik vi forventer at en pasient skal, er det ikke vanskelig å gi god pleie og smertelindring til. Utfordringen kommer idet vi møter en pasient som oppfører seg på en måte vi opplever som avvikende. Det er da vi står i fare for å gi dem et stigma. Vi ser ikke lenger personen slik den er, men tillegger den egenskaper og agendaer basert på våre egne fordommer. Og med det mister vi profesjonaliteten og evnen til å gjøre gode vurderinger.

NOEN PASIENTER BLIR STIGMATISERT

Det er ikke tilfeldig hvilke pasienter som havner i denne klemma. Sosiologen Erving Goffmann gjorde på 1960-tallet studier av hvordan grupper som ble ansett som avvikende, ble behandlet i ulike sosiale sammenhenger. Han beskrev hvordan disse ble tillagt et stigma – de ble tillagt egenskaper som diskvalifiserte dem fra full sosial aksept. I det sosiale livet førte stigmaet til at de ble usynliggjort og marginalisert – de mistet innflytelse.

For å kunne yte respektfull sykepleie til smertepasienter må vi ta innover oss maktposisjonen vi har som portvoktere. Med mye makt følger et stort ansvar, husker vi fra superheltefilmene. Det er vårt ansvar at alle våre pasienter skal få forsvarlig og omsorgsfull hjelp, om de så er narkomane, psykiske syke, ikke i stand til å gjøre rede for seg eller bare vanskelige å ha med å gjøre. ●

sykepleien.no/forskning

Send inn din forskningsartikkel!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

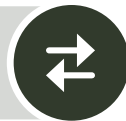
fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask



publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter



oversetting av forskningsartiklene til engelsk



indekserte artikler i CINAHL og SveMed+



gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no



Les mer
i forfatter-
veiledningen



KARTLEGG smerte

Kjønn, alder, kultur og mental tilstand
– alt må tas med når sykepleiere skal gjøre
gode smertevurderinger.



#SMERTEVURDERING



– SKALAER må brukes i en sammenheng

Randi Dovland Andersen var i full gang med å innføre en smerteskala. Så fikk hun en fornemmelse av at noe var feil.

Det er sterkt anbefalt å bruke observasjonsskalaer til alle som ikke selv kan rapportere om smerter. Randi Dovland Andersen har selv ivret for at de skal brukes mer.

Hun begynte å interessere seg for smerte da hun jobbet med syke og premature nyfødte, og hun erfarte at de ikke fikk god nok smertelindring.

KAN IKKE OBSERVERES DIREKTE

– Vi vet at barn på sykehus har mye smerter, sier hun.

– Både på grunn av sykdommen eller skaden de har og fordi vi påfører dem smerte gjennom forskjellige prosedyrer.

Små barn klarer ikke å sette ord på smerte, og de er vanskelige å vurdere.

– Utfordringen med smerte er at det er en personlig opplevelse som ikke kan observeres direkte, sier Andersen.

BLIR LITE BRUKT

Da Andersen skulle ta doktorgrad, ville hun innføre en type observasjonsskala på Sykehuset Telemark. Den skårer smerte basert på observasjon av ulike atferdsteegn som våkenhet, kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk. Ved å gi poeng til ulike atferdsuttrykk får man et tall for

smerteuttrykket som man tenker samsvarer med smertens intensitet. Å ha et slikt tall gjør det lettere å vurdere hvor vondt barnet har og hvilken effekt ulike tiltak har.

Men selv om det er bred enighet om at slike skalaer er nyttige, blir de ikke mye brukt i praksis. I arbeidet med doktorgraden fikk Andersen en økende forståelse av hvorfor.

Randi Dovland Andersen

Sykepleier og forsker,
ansatt på Sykehuset
Telemark.

- Har siden tidlig 2000-tallet vært opptatt av smerter hos barn, og særlig de premature og nyfødte.
- I 2004 var hun med å danne Norsk Barnesmerteforening, som hun ledet fra 2005 til 2008.
- I 2018 tok hun ph.d. med avhandlingen «Do you see my pain? Aspects of pain assessment in hospitalized preverbal children».
- Nå leder hun CPPain, et forskningsprogram om smerter hos barn og unge med cerebral parese (CP).

TOLKER FORSKJELLIG

Hun hadde oversatt skalaen til norsk og begynte å teste den, da doktorgraden begynte å ta en annen vending enn antatt. For hun spurte sykepleierne hvordan de forsto skalaen, og det viste seg at de tolket den ulikt, og de forsto ord og uttrykk annerledes enn det som var intensjonen. De opplevde også at barnets atferd ofte ikke passet overens med noen av beskrivelsene i verktøyet.

Det fikk Andersen til å undre seg.

– Når verktøy ikke blir tatt i bruk, er det lett å skylde på dem som ikke bruker det, sier hun.

– Men hva om det er motsatt? At problemet ikke er brukerne, men verktøyet?

BRUKTE SKJØNN

Hun la bort skalaen og spurte i stedet sykepleiere hvordan de





ANBEFALER Å FORBEDRE DE VI HAR: Det fins flere enn 60 observasjonsskalaer for å vurdere smerte hos barn, sier Randi Dovland Andersen. Hun spekulerer på om det høye antallet er et tegn på at de ikke fungerer optimalt. Men sier at i stedet for å lage nye, bør de som er laget forbedres.



ANSIKTS-
SKALA: Denne er
utgitt av Norsk barne-
smerteforening, i et format
som passer i uniformslo-
men. Ved å peke på ansiktene,
kan et barn angi hvor vondt
det gjør akkurat der og da.
Foto: Hilde Rebård
Evensen

» vurderer smerte hos små barn. Hun fant at de i stor grad baserte seg på klinisk skjønn.

– De kombinerte teoretisk kunnskap og klinisk erfaring med observasjoner og settingen rundt barnet, beskriver hun.

– De la vekt på hva foreldrene fortalte og hvordan atferden til barnet avvok fra hvordan det pleide å være.

Sykepleierne brukte observasjonsskalaer til en viss grad. Men mye mindre enn Andersen forventet. Og når de brukte dem, utgjorde de en liten bit av hele vurderingen.

MÅLER BARE INTENSITET

Hun peker på at det skalaene prøver å måle – smertens intensitet – bare er ett aspekt ved smerte. Og at tanken bak skalaene er at dette aspektet kan representere hele den komplekse smerteopplevelsen.

Hun mener at smerteskalaer, som observasjonsskalaen hun ønsket å innføre, sannsynligvis bare vil fungere hvis de inkluderes i en sammensatt vurdering som også inkluderer andre aspekter ved smerten.

Om man hadde klart å systematisere dette, tror hun det ville løftet smertevurderingen.

– Da kan klinikerne tilnærme seg smerte på en like-re måte, sier hun.

– Og det blir ikke opp til hver enkelt sitt kliniske blikk eller erfaring hva som blir vurdert og ikke.

MÅ SE PÅ KONTEKST

Men hun mener verktøy aldri helt kan erstatte den brede, kliniske vurderingen, der mange faktorer spiller inn.

– Det enkleste eksempelet er hvis man vurderer et barn etter kirurgi. Hylskriker barnet, vil du få full skår på et vanlig brukt observasjonsverktøy, sier hun.

– Men det kan være andre grunner enn smerte til at barnet skriker. Det kan være ettervirkning av aneste-si, at det er sultent eller at det er redd. Skalaene som

«Jeg tror vi ikke har vært flinke nok til å sette andre aspekter ved smerte inn i en sammenheng.»

Randi Dovland Andersen,
sykepleier og forsker

bygger på atferd, er i for li-
ten grad smertespesifike.
Derfor må man vurdere
konteksten for å se hva som
utløser skåren.

ÅTTE ER IKKE NØDVENDIGVIS ÅTTE

Randi Dovland Andersen tror dette og-
så kan overføres til selvrapporteringska-
laene, som blir brukt til eldre barn som kan
fortelle om sin smerte.

– Spør jeg en tolvåring hvor vondt han har, og han sva-
rer åtte, må jeg fortsatt gjøre en vurdering. Hvorfor sva-
rer han åtte? Hva betyr åtte for ham? Betyr det at han har
vondt, eller er han redd? Åtte er ikke nødvendigvis åtte.

Hun understreker at man alltid skal tro på det et barn
sier, men at man likevel må se det i en kontekst.

– I noen tilfeller vil selvrapporten, av grunner som er
helt legitime for pasienten, ligge høyere eller lavere enn
det kliniker vurderer. Selvrapporten er riktig for pasi-
enten. Men det er ikke riktig at kliniker setter likhets-
tegn mellom skår og behandling. Det er ikke sikkert en
smerteskår på åtte alltid betyr morfin. Det er heller ikke
sikkert man skal vente til sju med å gi morfin. Hos noen
kan en skår på fem bety at de trenger behandling, sier
Andersen.

FLERE SPØRSMÅL ENN SVAR

Da hun disputerte, ble det påpekt at avhandlingen hennes
ga flere spørsmål enn svar.

– Ja, den gjør nok det, medgir hun.

– Men jeg mener det er viktig å ha to tanker i hodet. Det
er et stort behov for å forbedre og videreutvikle verktøy-
ene vi bruker. Vi skal ikke kaste ut observasjonsskala-
ene, men de må brukes i en sammenheng, og jeg mener de
er verdiløse uten klinisk kompetanse.

Og det mener hun er gode nyheter for sykepleiere.

– Det demonstrer at vi ikke kan erstattes av maskiner,
sier Randi Dovland Andersen. ●

Smerteskalaer

På slutten av 1970-tallet kom en økende bevissthet om at barn ikke ble smertelindret godt nok. Mangel på objektive og egnede verktøy for å måle smerte ble ansett som en viktig årsak.

Derfor ble det i tiårene etter utviklet flere strukturerte smertevurderingsverktøy. Enten basert på selvrapporing eller observasjon.

Ansiktsskala, der tegnede ansikter varierer fra nøytralt til helt fordreid, er ett eksempel på en selvrapporingsskala.

Comfort Scale og FLACC er eksempler på observasjonsskalaer.

Slike skalaer brukes til pasienter som ikke kan kommunisere med språk, for eksempel premature og nyfødte, eller barn med store funksjonshemninger.

Observasjonsskalaer inkluderer vanligvis atferd og eventuelt fysiologiske tegn som er assosiert med smerte.

Tips til sykepleiere

- Bruk det verktøyet som avdelingen har tilgjengelig
- Tenk på hva verktøyet måler – og ikke måler
- Tenk at verktøyet er et supplement til den kliniske vurderingen, ikke en erstatning



MÅ FORTSETTE Å BRUKE DEM: Anja Smeland sier det vil gå ut over barna om observasjonsskalaer ikke brukes.

– Må vurdere årsak, lokalisasjon og karakter, ikke bare intensitet

Anja Smeland er ikke overrasket over at observasjonsskalaer har svakheter.

Tekst Nina Hernæs ● Arkivfoto Erik M. Sundt

Smeland håper det ikke vil føre til at sykepleierne slutter å bruke skalaene.

– Om ikke sykepleiere systematisk vurderer smerte, ser vi at barna blir undervurdert og underbehandlet, sier hun.

OPPLÆRING SVÆRT VIKTIG

Anja Smeland er barnesykepleier med klinisk master i barn og smerte og har vært med å utarbeide den nasjonale fagprosedyren om smertevurdering av barn.

Hun påpeker at verktøy basert på observasjon aldri vil bli helt optimale, med tanke på definisjonen av smerte som et subjektivt og sammensatt fenomen.

Smeland mener smerteforskere må videreutvikle verktøyene, mens klinikerne bør bruke de som allerede er i bruk som hjelpemidler.

Hennes erfaring er at opplæring er svært viktig.

Blant annet har hun ved bruk av én observasjonsskala erfart at sykepleiere har tolket mens de har observert barnet. Meningen er at de først bare skal se, så notere ned skåren og så tolke og sette det de finner inn i en kontekst.

– MÅ ALDRI BRUKES INSTRUMENTELT

Hun peker, som Randi Dovland Andersen, på at det kan være mange grunner til at barn har vondt. Og at verktøy aldri må brukes instrumentelt, som at en skår automatisk innebærer medikamenter.

– Barns smerter må vurderes med tanke på årsak, lokalisasjon og karakter, ikke bare intensitet, understreker Anja Smeland.

– Om årsaken til smerten er at gipsen er trang, er ikke morfin riktig tiltak, sier hun. ●

HOVEDBUDSKAP:

Smerte er mer enn en sensorisk opplevelse og inkluderer både emosjonelle, kognitive og sosiokulturelle komponenter. Kvinner og menn kan ha ulike opplevelser av smerte og andre barrierer mot behandling enn det helsepersonellet er klar over. Dette gjør smertemåling til en kompleks oppgave. Måleverktøy er derfor til stor hjelp når tilstedeværelse, smertelokalisasjon og smerteintensitet skal kartlegges.

Kvinner og menn oppfatter smerte ulikt – hva innebærer det for måling?

Det er en kompleks oppgave å måle smerte. Pasientene har ulike bekymringer og oppfatninger om smertelindring, og det påvirker målingen.

FORFATTERE

Ann Kristin Bjørnnes

Førsteamanuensis,
Oslomet – storby-
universitetet

Hanne Rostad

Postdoktor,
Senter for omsorgs-
forskning, NTNU Gjøvik

**FOTO
ILLUSTRASJONER**
Morten
Bendiksen

Borskning viser at helsepersonell kan vurdere tilstedeværelsen av smerte, smerteintensiteten og behovet for smertelindring ulikt hos menn og kvinner (1).

Kvinner rapporterer om en høyere forekomst av smertefulle tilstander, og kvinner har større risiko for underbehandling av smerter sammenliknet med menn (2). Kvinner har også en økt risiko for å utvikle vedvarende smerter etter kirurgiske inngrep, som for eksempel hjertekirurgi (3, 4).

Kjønn refererer til sosialt konstruerte roller, atferd, uttrykk og identiteter til jenter, kvinner, gutter, menn og kjønns mangfoldige mennesker. Samtidig refererer kjønn også til biologiske egenskaper hos mennesker og dyr, inkludert fysiske trekk, kromosomer, genuttrykk, hormoner og anatomi (1).

Den biopsykososiale modellen (5) antyder at kvinner har en høyere forekomst av smerte, og at kvinner opplever smertefulle stimuli som mer intense sammenliknet med menn i eksperimentelle studier. Det

kan forklares av biologiske kjønnsforskjeller i kroppens smertetransportveier, hormoner og gener.

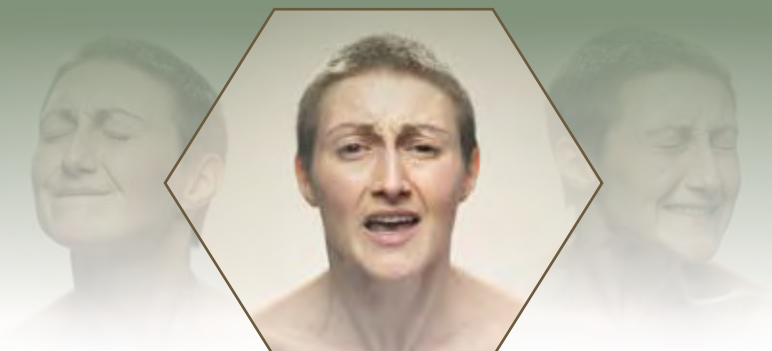
EMOSJONELLE RESPONSER PÅVIRKER SMERTEN

I tillegg kan også psykiske og sosiokulturelle forhold forklare kjønnsforskjeller relatert til smerte (6). Jenter og gutter vokser opp med ulike forventninger til smerte: Ofte føler jenter seg mer frie til å gråte om de utsettes for skade, mens gutter gjerne føler et ekstra sosialt press for å holde tilbake tårene.

Psykologisk forskning indikerer at sammenhengen mellom emosjonelle responser og selve opplevelsen av smerte er kompleks. Emosjonelle responser kan gjøre en smertefull situasjon verre. Samtidig kan emosjonelle responser som gråt redusere smerteopplevelsen ved at stresshormoner og andre toksiner raskere skilles ut ved hjelp av tårer.

Studier indikerer også at gråt stimulerer utskillelsen av endorfiner, kroppes lykkehormon, som har en smertestillende effekt (7). Kvinner har større risiko enn menn





» for å utvikle depresjon eller angstlidelser, som kan forsterke smerteopplevelsen og øke risikoen for langvarige smertetilstander (1).

HVORDAN MÅLES EFFEKTEN AV KJØNN?

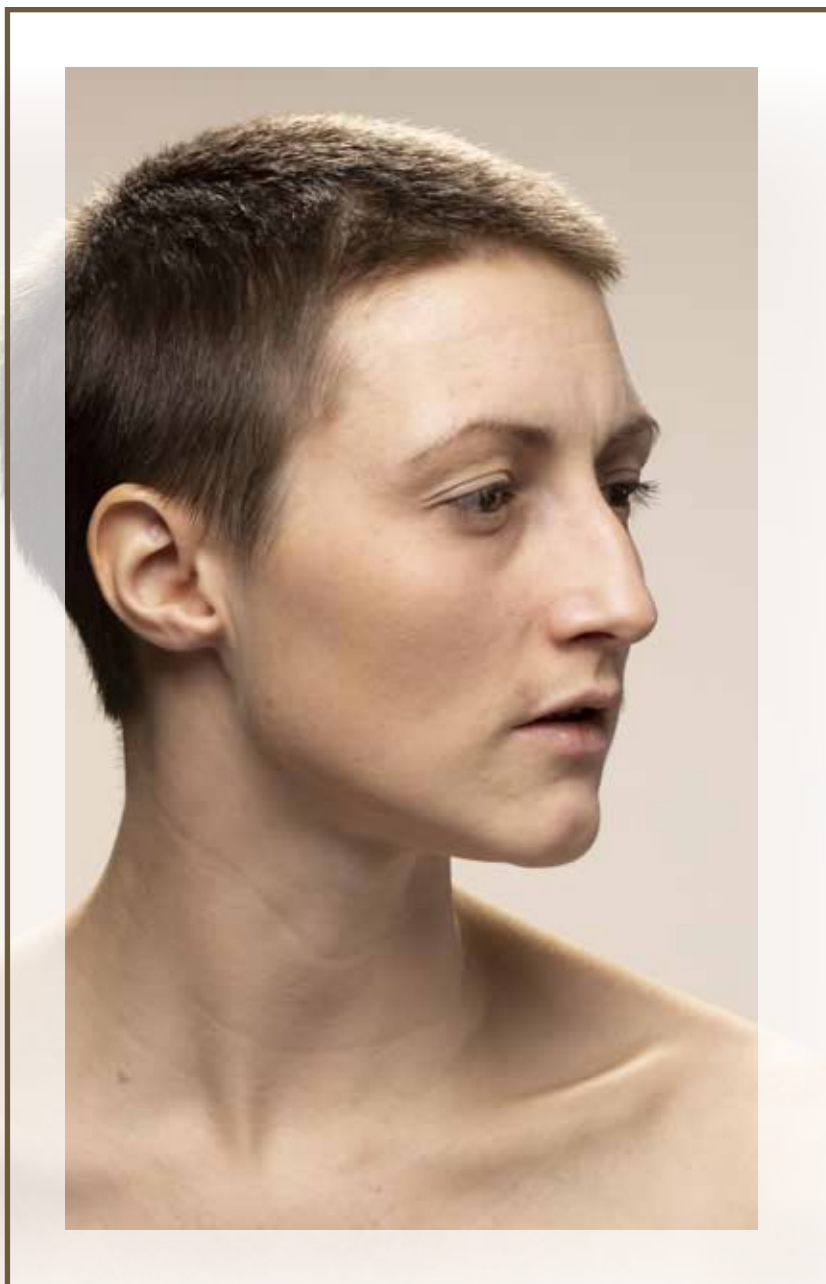
Det er økende anerkjennelse for at kjønn har stor betydning for helse og symptomerfaringer, men det er ingen enighet om hvordan effekten av kjønn best kan måles (8) i forbindelse med for eksempel smerteproblemer.

Ifølge retningslinjene for Sex And Gender Equity in Research (SAGER guidelines) (9) kan effekten av kjønn utforskes gjennom sosiodemografiske karakteristika som utdanningsnivå, ansettelsesstatus, primærinntekt, gjennomsnittlig antall timer husarbeid per uke, stressnivå og/eller hvem som har primæransvaret for husarbeid eller barnepass i husholdet.

En større forståelse for samspillet mellom menns og kvinners psykososiale belastninger og biologiske faktorer kan avdekke nye muligheter for behandling og forebygging av langvarige smerteproblemer (1). I tillegg har også pasienters *bekymringer* og *oppfatninger* om smertelindring betydning (10).

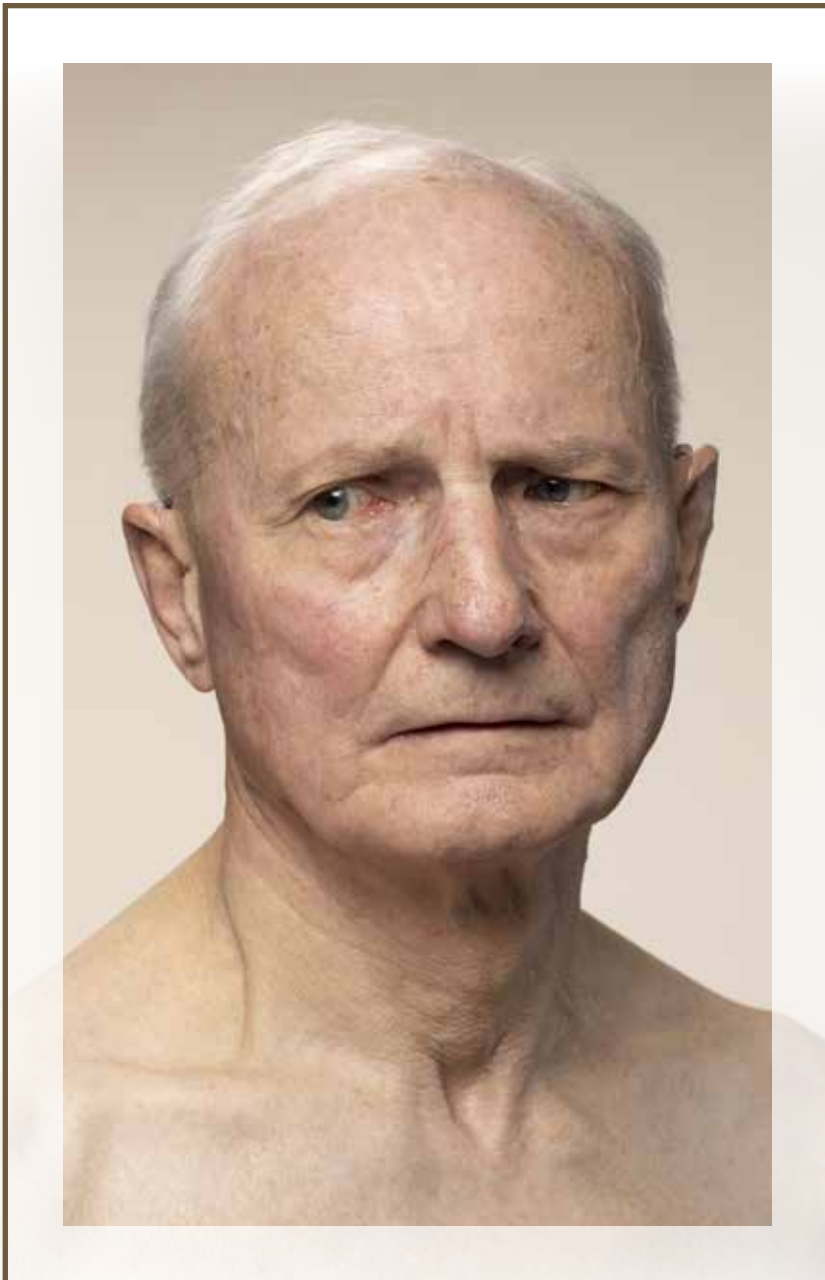
SMERTE ETTER HJERTEKIRURGI OPPFATTES FORSKJELLIG

Ved Oslo universitetssykehus ble 416 pasienter, der 23 prosent (n = 94) var kvinner, fulgt opp gjennom det første året etter hjertekirurgi (4). Smerter som følge av operasjonen ble





«Jenter og gutter vokser opp med ulike forventninger til smerte.»



målt ved hjelp av Brief Pain Inventory Short Form (11), der smerteintensitet og plagsomhet angis på en typings numerisk skala (NRS).

På skalaen er 0 «ingen smerter» og 10 «verst tenkelig smerte». Kvinner rapporterte om mer intense postoperative smerter enn menn i løpet av de tre første postoperative dagene. I tillegg rapporterte kvinner om mer intense smerter og smertepåvirkning i dagliglivet sammenliknet med menn fra fire uker etter utskriving frem til tolv måneder etter operasjonen (4).

Etter tolv måneder hadde 32 prosent (n = 32) av kvinnene, sammenliknet med 28 prosent (n = 73) av mennene, fortsatt smerter som hadde sammenheng med operasjonen. For 15 prosent av kvinnene var smertene moderate til intense (>4 NRS) sammenliknet med 7 prosent av mennene.

Smerter etter tolv måneder hadde blant annet sammenheng med komorbiditet, lavere utdanning og postoperativ smerte i hvile én måned etter operasjonen. Det ble også avdekket at flere kvinner enn menn hadde negative holdninger til bruk av smertestillende medikamenter og barrierer mot å kommunisere med helsepersonell om smerter (4).

KVINNER OG MENN HAR ULIKE HOLDNINGER TIL SMERTE

Holdninger til smerte og bruk av medikamentell smertelindring ble målt før operasjonen ved hjelp av The Barriers Questionnaire (12). Dette spørreskjemaet inneholder fire utsagn som representerer holdninger som hindrer

«Det er økende
anerkjennelse for at
kjønn har stor betydning
for helse og symptom-
erfaringer.»

» kommunikasjon om smerte, og tre utsagn relatert til frykt for å bruke smertelindrende medikamenter.

Respondentene ble bedt om å ta stilling til utsagnene på en skala fra 0 «helt uenig» til 5 «helt enig». Funnene indikerte at flere kvinner enn menn var enige i utsagn som hindret kommunikasjon: «klaging på smerter kan distrahere legen fra å behandle underliggende sykdom» og «gode pasienter unngår å snakke om smerte».

Kvinner var reddere for å bruke smertelindrende medikamenter og var i større grad enn menn enige i utsagnene «smertelindrende medikamenter bør spares i tilfelle smertene blir verre» og «man blir lett avhengig av smertelindrende medikamenter».

Kvinner som hadde barrierer mot å kommunisere med helsepersonell om smerte, fikk færre smertestillende medikamenter under innleggelse og hadde større sannsynlighet for postoperativ smerte etter tolv måneder. Sammenhengen mellom holdninger og økt risiko for smerter tolv måneder etter herteoperasjonen ble ikke observert blant menn (4).

KVINNER OG MENN KOMMUNISERER ULIKT OM SMERTE

Det er særlig interessant at kvinner hadde større bekymringer for å kommunisere om smerte. Kvinner generelt oppsøker lege for helseproblemer oftere enn menn (3). I tillegg er kvinner villige til å diskutere egne helseutfordringer mens menn oftere underrapporterer helserelaterte bekymringer (3).

Funnene kan ha sammenheng med at særlig kvinner med hjertelidelser ofte opplever at deres hjertelaterete symptomer blir oversett og ikke fulgt opp etter etablerte retningslinjer, sammenliknet med menn som presenterer samme symptomer (13).

Dermed kan kvinner velge å underkommunisere smertesymptomer på grunn av tidligere erfaringer. Det er også mulig at helsepersonell oftere målte smerter og kartla behovet for smertelindring hos menn fordi de forventet at kvinnene selv ville spørre om hjelp ved plagsomme smerter.

I en nylig publisert kvalitativ studie (14), der ti sykepleiere og ti pasienter ved norske smerteklinikker ble intervjuet, fremhevet sykepleierne at personsentrert tilnærming var avgjørende for smertebehandlingen.

Dette funnet står i kontrast til det pasientene erfarte: De uttrykte at de ikke opplevde oppfølgingen som personsentrert, og at personlige mål for behandlingen i liten grad ble fulgt opp.

Resultatene fra denne studien indikerer at det er nødvendig at helsepersonell forplikter seg mer til personsentrert kommunikasjon ved å måle og følge opp pasienter med både akutte og langvarige smerteutfordringer.

OPPSUMMERING

Smerte er mer enn en sensorisk opplevelse og inkluderer både emosjonelle, kognitive og sosiokulturelle komponenter. Pasienter kan ha andre oppfatninger om smerte og andre barrierer mot behandling enn det helsepersonellet forventer.

En personsentrert tilnærming som tar hensyn til og kartlegger for eksempel kjønnsespesifikke faktorer og personlige holdninger, er både hensiktsmessig og nødvendig. Trolig finnes det et stort potensial for å forebygge og måle smerter bedre hvis helsepersonellet blir mer bevisst på samspillet mellom biologi og kjønn. ●

REFERANSER

- Gemmati D, Varani K, Bramanti B, Piva R, Bonaccorsi G, Trentini A, et al. «Bridging the Gap». Everything that could have been avoided if we had applied gender medicine, pharmacogenetics and personalized medicine in the gender-omics and sex-omics era. *Int J Mol Sci.* 2020;21(1):296.
- Bartley EJ, Palit S. Gender and pain. *Curr Anesthesiol Rep.* 2016;6(4):344–53.
- Keogh E. Sex and gender differences in pain across the life course. I: Moore RJ, red. *Handbook of pain and palliative care.* Cham: Springer; 2018.
- Bjornnes AK, Parry M, Lie I, Fagerland MW, Watt-Watson J, Rustoen T, et al. Pain experiences of men and women after cardiac surgery. *J Clin Nurs.* 2016;25(19–20):3058–68.
- Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull.* 2007;133(4):581–624.
- Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain.* 2017;158 Suppl 1(4):S11–S8. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000775
- Rendezza K. Turning weakness into strength: the benefits of shedding emotional tears. *PEOPLE International Journal of Social Sciences.* 2018;4(3):1–16.
- Tannenbaum C, Clow B, Haworth-Brockman M, Voss P. Sex and gender considerations in Canadian clinical practice guidelines: a systematic review. *CMAJ open.* 2017;5(1):E66.
- De Castro P, Heidari S, Babor TF. Sex And Gender Equity in Research (SAGER): reporting guidelines as a framework of innovation for an equitable approach to gender medicine. *Ann Ist Super Sanita.* 2016;52(2):154–7.
- Wright EM, El-Jawahri A, Temel JS, Carr A, Safren SA, Park ER, et al. Patient patterns and perspectives on using opioid regimens for chronic cancer pain. *J Pain Symptom Manage.* 2019;57(6):1062–70.
- Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S. The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24(5):517–25.
- Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain.* 2002;99(3):385–96.
- Wilkinson C, Bebb O, Dondo TB, Munyombwe T, Casadei B, Clarke S, et al. Sex differences in quality indicator attainment for myocardial infarction: a nationwide cohort study. *Heart.* 2019;105(7):516–23.
- Gjesdal K, Dysvik E, Furnes B. Mind the gaps: a qualitative study combining patients' and nurses' reflections on pain care. *SAGE Open Nurs.* 13. august 2019. DOI: 10.1177/2377960819868865

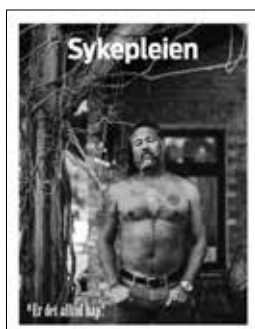
Bestill blader og få ett gratis med på kjøpet!

Bestiller gjør du enkelt på nettsiden webshop.nsf.no (skriv Sykepleien i søkefeltet), når du bestiller kan du skrive i kommentarfeltet hvilket gratis blad du ønsker.

Pris per blad er kr. 129,-

Bestill klassesett til halv pris. Kun kr. 64,50 per blad (10 blader kr. 645,-).

Send e-post til marked@sykepleien.no



#Er det alltid håp?

Sykepleieren skal understøtte pasientens håp. Men hva når alt ser mørkt ut?



#Lønn

Hvordan er sykepleieres lønn, og hva kan du selv gjøre for å få økt lønn?



#Isolert

Seks fotografer viser hva isolasjon kan bety.



#Etter kreften

Tar opp ettervirkning av kreftbehandling og hva man kan gjøre.



#Pillens pris

Angst og sovemedisiner kan få uheldige konsekvenser.



#Hva er egentlig sykepleie

Handler om hva sykepleie er og hva sykepleiere bør kunne og gjøre.



#Sår

Lær om sårpleie og sårheling.



#I risikosonen

Handler om «frykten for å gjøre feil».

Sykepleien



KULTURELLE forskjeller i smerteuttrykk forvirrer helsepersonell

Etniske minoriteter uttrykker gjerne smerte annerledes enn det majoriteten gjør. Hvis ikke helsepersonell vet nok om det, kan det føre til både under- og overbehandling, påpeker Lise-Merete Alpers.



Norge har vi innbyggere fra i hvert fall 220 land, påpeker Lise-Merete Alpers, intensivsykepleier og førsteamanuensis ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo.

– Derfor er det viktig at sykepleiere vet at når vi uttrykker smerte, er vi påvirket av den kulturen vi er vokst opp i, sier hun.

Alpers underviser sykepleierstudenter i interkulturell kommunikasjon og kulturkompetanse. Hun har også skrevet en doktorgradsavhandling om helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter.

FREMMEDE SMERTEUTTRYKK

– Noen kan uttrykke seg mye mer høylytt enn vi er vant til, mens andre kan være helt stille, sier Alpers.

Faren er at når smerteuttrykket oppleves fremmed for helsepersonellet, kan det skape forvirring, slik at pasienten enten blir for lite eller for mye undersøkt og behandlet. Det er nemlig dokumentert i forskningen, ifølge Alpers.

– Forskning viser at pasienter med minoritetsbakgrunn ikke sjelden får dårligere kvalitet på behandlingen enn

majoritetsbefolkningen. Inntrykket mitt fra praksis er at det vanligste problemet er for lite undersøkelser og for dårlig smertebehandling, fordi smerteuttrykket blir ignorert eller avvist, sier hun.

Alpers har mer enn 20 års erfaring fra akuttmottak, intensiv-, og postoperative avdelinger. Hun har flere ganger opplevd at kulturforskjellen i smerteuttrykket har vært årsaken til at smertene ikke har vært godt nok kartlagt hos etniske minoritetspasienter.

– Det typiske eksempelet er en innvandrer som støyer mer enn det vi synes er naturlig. Når pasienten roper allerede før man har begynt å stikke for å sette en veneflon, er det lett å tenke at det ikke gjør så vondt etterpå heller, sier hun.

I motsatt ende av skalaen er pasienter som tar seg sammen og holder smerten mest mulig inni seg.

– I slike tilfeller er det fare for at helsepersonellet rapporterer videre at pasienten ikke er smertepåvirket, sier Alpers.

ETNISITET OG SMERTE

– Litteraturen varierer noe med tanke på om etnisitet påvirker smerteopplevelse. Det er for eksempel konklusjonen i en litteraturgjennomgang om

Lise-Merete Alpers

Intensivsykepleier og førsteamanuensis ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo


- underviser sykepleierstudenter i interkulturell kommunikasjon og kulturkompetanse.
- doktorgrad om helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter
- har jobbet mer enn 20 år blant annet i akuttmottak, intensiv- og postoperative avdelinger



**LIKEVERDIGE
TJENESTER:**
- Helsetjenestene skal
ikke være like, de skal
være likeverdige. Det viktig-
ste er å være klar over at det fin-
nes forskjeller i uttrykket, slik
at man kan spørre og utfor-
ske eventuell smerte
mer, sier Lise-Merete
Alpers.

«Når pasienten roper allerede før man har begynt å stikke for å sette en veneflon, er det lett å tenke at det ikke gjør så vondt etterpå heller.»

Lise-Merete Alpers

 kronisk postoperativ smerte fra 2019. Men forfatterne fant noe evidens som viser at afroamerikanere og såkalte hispanics, som amerikanerne kaller folk fra Latin-Amerika, er mer sårbare for å ha kronisk postoperativ smerte enn ikke-hispanics hvite, sier Lise-Merete Alpers.

Smerteprofessor Audun Stubhaug har samarbeidspartnere som har forsket på etnisitet og smerte i USA. De finner forskjeller mellom afroamerikanere, hispanics og hvite ikke-hispanics på både eksperimentell og klinisk smerte. Men forskjellene på gruppenivå er små i forhold til innad i hver gruppe.

– Slik forskning blir ofte kontroversiell fordi, man samtidig kommer inn på andre forhold, som genetikk, sosioøkonomiske forhold, klima og aktivitetsnivå, sier Stubhaug, som er overlege ved Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, og leder av Norsk Smerteforening.

ANBEFALER Å STARTE MED EGNE HOLDNINGER

Alpers mener sykepleiere må være bevisst på at dette er et tema som krever kompetanse.

– Kompetanse består av kunnskap, ferdigheter og holdninger, sier hun og fortsetter:

– Innen kulturkompetanse er det enighet om at holdninger er den mest grunnleggende av de tre. Derfor vil jeg anbefale at sykepleiere starter med sine egne holdninger. De må bli bevisste på hvordan de selv er påvirket av egen kultur. Det gir en trygghet å ha kunnskap om det.

PERSONTILPASSET BEHANDLING

– *Ulike kulturelle måter å uttrykke smerte på er jo et stort område, hvordan skal man få oversikten?*

Alpers vil ikke gi noen kokebok-oppskrift på hvilke kulturer som er mer tilbøyelige til å vise smerte høyløst eller stille. Hun hevder at sykepleieteoretiker og sosialantropolog Madeleine Leiningers teori «transkulturell sykepleie» fra 1950- og 60-tallet er kritisert for at den kan skape stereotype holdninger.

– Selv om Leiningers teori fortsatt er sentral, er den også kritisert blant annet for at den i for liten grad tar hensyn til at kulturer ikke er statiske, men dynamiske og i utvikling. Stereotype syn på kulturer kan føre til at en overser individuell variasjon hos pasienter, sier Alpers og fortsetter:

– Hele poenget er jo å ikke sette mennesker i bås. Helsetjenestene skal ikke være like, de skal være likeverdige. Det viktige er å ha kunnskap så man stiller de riktige spørsmålene,

slik at man kan gi en persontilpasset behandling.

– *Det er mye å kunne?*

– Man trenger ikke å kunne alt. Det viktigste er å være klar over at det finnes forskjeller i uttrykket, slik at man kan spørre og utforske eventuell smerte mer.

SPØRRE OG OBSERVERE

– *Hva skal man spørre om?*

– Hvis det er en smerte man kan forvente, for eksempel postoperativt etter et planlagt kirurgisk inngrep, kan man for eksempel spørre «hva pleier du å gjøre når du har vondt?».

Ellers ville Alpers utforsket smerten og brukt et kartleggingsverktøy, for eksempel hvor pasienten angir smerten sin på en skala fra null til ti. Hun ville sett på hvordan pasienten oppfører seg, på ansiktsuttrykk og om vedkommende beskytter visse områder på kroppen.

– Unngår personen å bevege seg? Hvilke ord brukes for å beskrive smerten? I tillegg ville jeg selvfølgelig observert vitale parametere som puls, blodtrykk og respirasjon, sier hun.

– *Hva hvis forestillingene om hvor smerten kommer fra går på tvers av skolemedisinsk forståelse?*

– Hvis de har alternative forklaringsmodeller, for eksempel om ånder, djinner, det onde øyet, at de er forhekset eller at Gud har straffet dem, ville jeg spurt mer direkte: «Har smertene oppstått nå? Har du opplevd dette før, eventuelt i hvilken forbindelse?».

Hun understreker at poenget er å stille spørsmål for å utforske pasientens forklaringsmodeller, pasienten forklarer som oftest ikke disse selv.

– Jeg ville også stilt mer direkte spørsmål for å unngå at somatiske symptomer blir oversett, og at det misoppfattes som hallusinasjoner og psykiatri, sier hun.

TILPASSER OVERSATT SMERTEVURDERINGSVERKTØY

Alpers jobber også 50 prosent med et forskningsprosjekt ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, ved avdeling for smertebehandling (smerteklinikken).

Hun har fått oversatt sju ulike kartleggingsverktøy til urdu, somali, polsk og arabisk, og vil finne ut hvordan de fungerer for pasienter fra de ulike kulturene. Verktøyene kartlegger smerte, livskvalitet og psykososiale faktorer i tillegg til demografiske data.

– Jeg håper å identifisere hvilke nyanseringer det er behov for, slik at skjemaene kan være mer i tråd med deres kultur, sier hun. ●



FOTO
ILLUSTRASJONER
Morten
Bendiksen

HOVEDBUDSKAP:

Å kartlegge barnets smerter er en vesentlig del av den smertelindrende behandlingen. Manglende systematisk kartlegging kan føre til underbehandling. For å kartlegge grad av smerte behøver sykepleiere gode kartleggingsverktøy. På verdensbasis finnes en rekke verktøy for å evaluere smerte, men det finnes ikke ett verktøy som kan benyttes til barn i alle aldre. I denne artikkelen presenteres fire av fem verktøy som er inkludert i den nasjonale fagprosedyren for smertekartlegging av barn.

Hvordan kan sykepleiere kartlegge barns smerte?

Gode kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleiere å finne ut hvor store smerter et barn har.

FORFATTER

Lene Bratti

Intensivsykepleier,
Intensivavdelingen,
Sykehuset Østfold

Vivian Nystrøm

Stipendiat,
Høgskolen i Østfold

**Ann-Chatrin
Linqvist Leonardsen**

Forsker,
Høgskolen i Østfold
og Sykehuset Østfold

**FOTO
ILLUSTRASJONER**

Morten
Bendiksen

Barn opplever smerte i like stor grad som voksne, men tradisjonelt har de likevel blitt underbehandlet for smerte. En tverrsnittsstudie som inkluderer seks universitetssykehus, avdekket at mer enn 66 prosent av barna fikk utilstrekkelig dose morfin postoperativt (1).

Ubehandlet smerte har både kortsiktige og langsiktige uønskede konsekvenser. Kortsiktig kan dette være fysiologiske reaksjoner i form av stress, noe som kan være svært energikrevende. Stress er derfor en tilstand som er u hensiktsmessig postoperativt, idet kroppens celler behøver energi for optimal sårtilheling.

Ubehandlet smerte kan medføre økt dødelighet, mens god smertebehandling kan forebygge forverring av sykdomstilstanden (2, 3). Ubehandlet akutt kirurgisk smerte fører til kronisk smerte for 10–15 prosent av pasientene som gjennomgår vanlige kirurgiske prosedyrer. Alvorlig kronisk smerte utvikles hos 2–10 prosent av disse pasientene (3). Ubehandlet smerte kan også ha en negativ innflytelse på barns utvikling og kan føre til

forsterket reaksjon på smerte senere i livet (4).

SYKEPLEIERES OPPGAVE ER Å IDENTIFISERE SMERTE

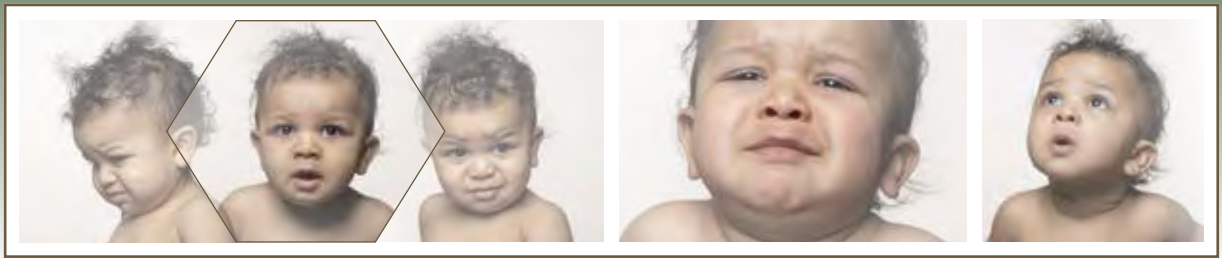
God smertelindring fører til raskere mobilisering og kortere sykehusopphold (3). Det er sykepleieres oppgave å identifisere smerte og i samarbeid med behandlende lege iverksette tiltak.

Å kartlegge barnets smerter er en vesentlig del av den smertelindrende behandlingen.

Manglende systematisk kartlegging kan føre til underreportering og underbehandling (5). I studien ved de seks universitetssykehusene fant de at validerte verktøy for kartlegging av smerte kun ble benyttet hos 19 prosent av barna. For barn under fem år sank prosentandelen til under 9 prosent (1).

HELSEPERSONELL TRENGER GODE VERKTØY

Barns underutviklede kognitive fysiologi kompliserer smertekartleggingen. For å kunne kartlegge grad av smerte behøver



«Ubehandlet smerte kan medføre økt dødelighet.»



sykepleiere gode kartleggingsverktøy. På verdensbasis finnes det en rekke skalaer og verktøy for å evaluere smerte, men det finnes ikke ett verktøy som kan benyttes til barn i alle aldre.

I denne artikkelen presenteres fire av fem verktøy som er inkludert i den nasjonale fagprosedyren for smertekartlegging av barn (6). Til sammen dekker disse barn i alder null til atten år, hver og en med sin anbefalte aldersgruppe.

Det femte verktøyet (R-FLACC) er utelukket fordi det dekker observasjon av barn uten verbalt språk med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse. Artikkelen vil belyse hvordan sykepleiere i best mulig grad kan kartlegge postoperativ smerte hos barn.

FIRE VERKTØY FOR Å KARTLEGGE SMERTE

Smertekartlegging innebærer en systematisk vurdering av smerter, som igjen danner grunnlaget for god smertebehandling. Noen barn kan være i stand til å selvrappportere grad av smerte, andre barn må vurderes på andre måter grunnet enten alder eller grad av smerte/smertelindring og sedasjon.

Målsettingen med å bruke verktøyene er at den enkelte pasient skal få individuell og optimal smertebehandling.

Comfort Scale er beregnet for barn i alderen 0–18 år. Det er en skala som er spesielt godt egnet etter kirurgiske inngrep, og når intensivpasienter ikke selv kan rapportere om smerte. Den største fordelene dette verktøyet har, er at det kan brukes i kliniske

vurderinger til både ventilerte og spontant pustende barn (6).

FLACC (face-legs-activity-cry-consolability) ble opprinnelig utviklet for å vurdere postoperativ smerte hos 0–7 år gamle barn. Den er oversatt til norsk og validert for barn i alderen null til fem år. Dette verktøyet egner seg for barn som ikke kan sette ord på egen smerte og smerteintensitet. FLACC baserer seg på observasjon av barnets atferd. Smerten skåres ut fra fem ulike atferdsparametere: ansiktsgrimaser, bevegelser i beina, aktivitet, gråt og grad av trøstbarhet (5, 6).

NRS (numeric rating scale) er et smertevurderingsverktøy som baserer seg på selvrappportering ved hjelp av en tallinje. Det er velegnet for barn fra åtte år og oppover. NRS kan bli presentert enten verbalt eller grafisk og inneholder tall fra null til ti. Tallet null representerer ingen smerte og tallet ti verst tenkelige smerte. Ifølge Legeforeningens retningslinjer for smertebehandling er målet at barn i postoperativ fase angir smerteintensitet under 3 på NRS (6, 7).

FPS-R (faces pain scale – revised) er et verktøy for verbale barn frem til skolealder. Det baserer seg på selvrappportering ved hjelp av seks ansikter, som svarer til smertegrad. Verktøyet er en revidert utgave av den opprinnelige fra 2001 som besto av sju ansikter. Ansiktene er rangert fra ingen smerte til verst tenkelige smerte. Det er laget en standardisert instruksjon for hvordan skalaen skal brukes. Instruksjonen finnes på over 60 språk, og den er derfor også et godt hjelpemiddel til barn med et annet morsmål enn norsk. Det kan benyttes av barn helt ned i fire års alder (3, 6).

Resultatet etter kartlegging med et validert verktøy kan indikere om smerter øker, minsker eller endrer karakter.

INDIVIDUELL TILPASNING AV VERKTØY

Nasjonale fagprosedyrer for smertevurdering av barn inneholder klare retningslinjer for hvilket verktøy som bør brukes til de forskjellige barna i forhold til alder og funksjonsnivå.

FPS-R er i nasjonal fagprosedyre anbefalt benyttet til barn fra fire år og oppover. NRS er anbefalt for barn som er åtte år og eldre (8). For optimal smertekartlegging bør fagprosedyren følges, men sykepleiere bør også være åpne for at individuell tilpasset utvelgelse kan være nyttig. Noen barn kan falle utenfor aldersnormen. Forskning viser at kognitivt modne barn vil kunne selvrappportere smerte ved hjelp av NRS, også om de er yngre enn åtte år, og valide funn er sett helt ned til seks års alder (9).

Postoperativt er barn ofte påvirket av ulike legemidler. Det kan i den situasjonen derfor være lettere også for barn over åtte år å vurdere smerteintensitet ut fra ansikter i stedet for med tall. Det er lett for barna å peke på ansiktene. Barn kjenner seg godt igjen i ansiktsuttrykkene fordi de selv er uttrykksfulle når de har smerter.

Erfaring tilsier at kartleggingsverktøy som gjengir mest mulig virkelighetsnære ansikter, er de beste verktøyene. Forskning viser imidlertid at det er nødvendig å ta individuelle hensyn og ikke anta at for eksempel alle barn under åtte år skal kartlegges med FPS-R uansett.

Noen barn foretrekker NRS fremfor FPS rett og slett fordi de generelt foretrekker å benytte tall, mens andre barn



«God smertelindring fører til raskere mobilisering og kortere sykehusopphold.»

som har sterkere utviklet estetisk sans og kunstneriske evner, dermed foretrekker «bilder» (8).

EN HELHETLIG VURDERING AV BARNET MÅ TIL

Resultatet av en smertekartlegging bidrar kun med en del av en helhetsforståelse av hvordan barnet har det. Det er altså ikke et bilde av virkeligheten. Dette fordi barns smerteopplevelse og atferd påvirkes av en rekke faktorer. Slike faktorer kan være alder, kognitiv utvikling, kulturelle forhold, læring via familie eller tidligere erfaringer med smerte og ubehag samt barnets personlighet, gener og temperament. Dette klassifiseres som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Smerte kan derfor forstås som et biopsykososialt fenomen.

Barnets kulturelle, sosiale og etniske bakgrunn kan også påvirke hvordan smerte håndteres og uttrykkes (6). For eksempel viste en studie at kinesiske barn generelt skåret lavere enn standardskåren som er satt for de to verktøyene FLACC og Comfort Scale, sammenliknet med barn fra Canada. Kinesiske barn viste også ulik atferdsrespons. Konklusjonen var at kultur kan påvirke barns smerteadførmessige uttrykk betraktelig (10).

For de yngste ikke-verbale barna er det vesentlig å eliminere andre faktorer enn kirurgi som årsak til uttrykk for smerter og ubehag. Slike faktorer kan være tørste, sult, kulde, varme, sugebehov, våte bleier eller lengsel etter mor eller far. I slike situasjoner er Comfort-atferdsskalaen et egnet verktøy som kan bidra til en samlet klinisk vurdering av smerte hos småbarn (11).

TILLIT BIDRAR TIL BEDRE KOMMUNIKASJON

Forskning viser at barn opplever å ha problemer med å overbevise helsepersonell om at de faktisk har smerte (2, 12).

En nasjonal studie fant at 58 prosent av personalet ved postoperativ avdeling tror at barn overrapporterer sin smerte. Dersom en ungdom hadde sagt at han hadde smerte, ville 42 prosent ha trodd pasienten. Bare 36 prosent ville ha gitt ungdommen tilstrekkelig smertestillende behandling, og 20 prosent av sykepleierne svarte at barnet selv ikke er den beste personen til å vurdere egen smerte (1).

Når barnet opplever at det blir trodd, skaper det tillit, som igjen vil føre til bedre og lettere kommunikasjon. Ved manglende troverdighet fremmes det motsatte.

Barn kan i likhet med voksne angi smerte et annet sted enn der årsaken sitter. Barn kan ofte si at de har vondt i magen, istedenfor å si øret, foten eller hodet. Det kan både skyldes at barna mangler begreper for å beskrive hvor smertene sitter, men det kan også skyldes at smertene faktisk føles der (2). Dette kan føre til at barnet blir mistrodd.

Forskning viser at sykepleiere ikke administrerer tilgjengelige og anbefalte smertestillende midler til barn etter operasjon. En av grunnene til dette er at sykepleiere oftere vurderer smerte basert på atferdsmessige og fysiologiske manifestasjoner, i stedet for selvrapportering (13).

GAMLE MYTER LEVER FORTSATT

Myten om at barns smerteterskel er høyere enn voksnes, at biologisk umodenhet

fører til mindre smerteopplevelse for barn, og at barn blir spesielt lett avhengige av vanedannende legemidler, lever dessverre i beste velgående.

Tidligere trodde man at små barns nervesystem var umodent, og at små barn derfor ikke var i stand til å oppleve smerter på samme måte som eldre barn. Det har også vært en utbredt oppfatning at barn glemmer smerte.

KUNNSKAP BIDRAR TIL ØKT BRUK AV VERKTØY

I dag vet vi at barnets hjerne er tilstrekkelig utviklet til at de har bevisste opplevelser av smerte, og at de har strukturer som er nødvendige for hukommelsen. Disse strukturene utvikles allerede på fosterstadiet. Ved å øke kunnskapsnivået om barns smertefysiologi, vil det kunne øke bruken av smertevurderingsverktøy (2).

Forskning viser at sykepleiere har for lite kunnskap om farmakokinetikk generelt, og at de har uberettiget bekymring for bivirkningene av morfin (13). Det er altså behov for å forbedre sykepleieres kunnskap om pediatrik smertebehandling (1).

Det viser seg at barn ofte får bedre smertelindring når medisinen forordnes fast, i forhold til når legemidlene forordnes etter behov. Alvorlig respirasjonsdepresjon er sjelden ved kontinuerlig infusjon og dersom enkelt dosene gis som små, men hyppige intravenøse injeksjoner. Dersom respirasjonsdepresjon forekommer, kan det raskt reverseres med Nalokson. Det er derfor med ubegrunnet frykt for denne bivirkningen at sykepleiere både unnlater å smertevurdere og lindre barnet adekvat.

Det er normalt at smertene øker og



«Når barnet opplever at det blir trodd, skaper det tillit.»



tydeligere kommer til syne utover kvelden. Noen barn gir også lite uttrykk for smerter og ubehag fordi de trekker seg inn i seg selv i stedet for å sende signalene ut til omgivelsene. Det skjer spesielt hvis barnet er utslitt.

Barn med smerter kan også sovne av utmattelse, eller de kan avlede seg selv bort fra smertene ved å leke. Det konkluderes da ofte med at barnet er smertefritt på grunn av manglende kunnskap om barns reaksjoner på smerte (2).

Forskning indikerer at det sykepleierne sier at de gjør, og det de faktisk gjør, er to forskjellige ting (2). En nasjonal studie fant at 85 prosent av personalet ved postoperativ afdeling svarte at de brukte smertevurderingsverktøy. Da de ble observert, viste det seg at bare 22 prosent faktisk gjorde det (1). Helsepersonell som ser mye smerte, kan etter hvert bli mindre følsomme for eller distansere seg fra pasientens smerte. Derfor bør personalet jevnlig diskutere sine egne holdninger til smertekartlegging (2).

FORELDRE ER EN RESSURS

Studier viser at foreldre skårer barnas smerte signifikant likt med barna selv, mens sykepleieres skår er betydelig lavere enn både foreldrenes og barnas (14, 15). Det kan bety at ikke bare burde foreldre medvirke til å vurdere smerten, men deres mening bør kanskje også tillegges aller størst vekt ved fravær av mulighet for barnets egen rapportering. Dersom det ikke er mulig, kan foreldrenes smertepoeng brukes istedenfor.

Smertevurderingsverktøy som FLACC-N bør også sees i sammenheng med foreldrenes vurdering (5).

Å kommunisere med barnet ved hjelp av foreldrene kan altså bidra til kvalitetssvurdert smertevurdering, og kan dermed bidra til å optimalisere smertebehandling (2).

Effektiv kommunikasjon med barnet krever bruk av språk som er tilpasset barnets alder. Kvaliteten på smertevurderingen vil bli påvirket av hvordan sykepleiere snakker med barnet, og om de mestrer alderstilpasset kommunikasjon. Foreldrene og eventuelle andre omsorgspersoner bør derfor inkluderes i smertevurderingen, fordi de kjenner barnet og vet hvilke uttrykk barnet har for smerter og ubehag (6).

ER TEKNOLOGIEN PÅLITELIG?

Choo og medarbeidere (16) konkluderte med at elektronisk overvåkning er upålitelig som smertevurdering hos barn postoperativt. To av de tre smerteskalaene som er med i deres studie, er FPS-R og NRS, hvor smerteskalaenes skår ble sammenliknet med monitors resultater.

Hullett og medarbeidere (17) har et mer nyansert resultat. De hevder at monitorering kan spille en viktig rolle for vurderingen av pediatrik smerte, spesielt for smertevurdering av barn med utviklings- eller kommunikasjonsvaner, men at metoden bør brukes som et supplement.

NFSC kan påvirkes av andre faktorer enn smerte. Det betyr at dersom monitor viser positivt utslag, kan det bety at barnet er smertefritt, men det kan også bety at det for eksempel i stedet er stresset. Det kan videre bety at NFSC kan brukes som negativ predikter. Det vil si at viser

monitor ingen utslag, er barnet verken smertepåvirket eller stresset, og overmedisinering kan unngås. Slik kan sykepleiere konstatere ved elektronisk kartlegging at barnet er smertefritt.

Grunnet mangel på overbevisende forskning på teknologisk smertekartlegging er det forståelig at forbrukerne blir skeptiske, og at markedet er avventende (16). Kanskje vil denne teknologien bli videreutviklet, og monitorering bli en standardisert metode for vurdering av smerte i fremtiden.

Det blir stadig diskutert hvilken plass teknologi skal ha i klinisk praksis. Teknologisk overvåkning av pasienters sedasjonsnivå er allerede etablert. Det er behov for å videreutvikle monitører som også objektivt kan evaluere smerte.

KONKLUSJON

I tillegg til gode kartleggingsverktøy krever optimal smertevurdering at sykepleiere innehar kunnskap, innsikt og forståelse om smerte, smertekartlegging og smertebehandling hos barn. Foreldre er en viktig ressurs i arbeidet med dette. ●

REFERANSER

- Smeland AH, Twycross A, Lundeberg S, Rustøen T. Nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in paediatric postoperative pain management. *Pain Manag Nurs.* 2018;19(6):585–98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.04.006>
- Grønseth R, Markestad T, Steensath Y, De Gaust A. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
- International Association for the Study of Pain (IASP). *Terminology*. 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navitemNumber=576#Pain> (nedlastet 09.01.2019).
- Stæhelin Jensen T, Dahl J, Arendt-Nielsen L. Smerter: Baggrund, evidens, behandling. 3. utg. København: FADL; 2013.
- Reinertsen H, Christophersen K, Helseth S. Validation and reliability testing of the pain assessment tool FLACC. *Sykepleien Forskning*. 2014;9(2):136–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0030>
- Helsebiblioteket. *Fagprosedyrer smertevurdering av barn 0–18 år*. Helsebiblioteket; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/>



«Tidligere trodde man at små barns nervesystem var umodent.»

- smertevurdering-av-barn (nedlastet 09.01.2019).
- Bell R. Retningslinjer for smertelindring. Oslo: Den norske legeforening; 2009.
 - Pagé MG, Katz J, Stinson J, Isaac L, Martin-Pichora AL, Campbell F. Validation of the Numerical rating scale for pain intensity and unpleasantness in pediatric acute postoperative pain: Sensitivity to change over time. *J Pain*. 2012;13(4):359–69.
 - Castarlenas E, Miró J, Sánchez-Rodríguez E. Is the verbal numerical rating scale a valid tool for assessing pain intensity in children below 8 years of age? *J Pain*. 2013;14(3):297–304.
 - Bai J, Hsu L, Tang Y, Van Dijk M. Validation of the COMFORT behavior scale and the FLACC scale for pain assessment in chinese children after cardiac surgery. *Pain Manag Nurs*. 2012;13(1):18–26.
 - Andersen R, Bernklev T, Langius-Eklöf A, Nakstad B, Jylli L. The COMFORT behavioural scale provides a useful assessment of sedation, pain and distress in toddlers undergoing minor elective surgery. *Acta Paediatrica*. 2015;104(9):904–9.
 - Twycross A, Finley GA. Children's and parents' perceptions of postoperative pain management: A mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2013;22(21–22):3095–3108. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.12152>
 - Van Hulle VC, Gaddy EJ. Pediatric nurses' thinking in response to vignettes on administering analgesics. *Res Nurs Health*. 2009;32(5):530–9. DOI: <https://doi.org/10.1002/nur.20337>
 - Rajasagaram U, Taylor DM, Braitberg G, Pearsell JP, Capp BA. Pediatrisk smerte vurdering: forskjeller mellom triage sykepleier, barn og foreldre. *J Pediatr Child Health*. 2009;45(4):199–203. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1754.2008.01454.x>
 - Khin Hla T, Hegarty M, Russell P, Drake-Brockman T, Ramgolam A, Ungern-Sternberg B. Perception of pediatric pain: A comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric Anesth*. 2014;24(11):1127–31. DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pan.12484>
 - Choo E, Magruder W, Montgomery C, Lim J, Brant R, Ansermino J. Skin conductance fluctuations correlate poorly with postoperative self-report pain measures in school-aged children. *Anesthesiol*. 2010;113(1):175–82.
 - Hullett B, Chambers N, Preuss J, Zamudio I, Lange J, Pascoe E, et al. Monitoring electrical skin conductance: A tool for the assessment of postoperative pain in children? *Anesthesiol*. 2009;111(3):513-7.



HOVEDBUDSKAP:

Barn og ungdom opplever fortsatt mye smerte fordi helsepersonell undervurderer barnets smerter og ikke benytter kartleggingsverktøy. Systematisk smertevurdering er nødvendig for å kunne gi smertelindring og evaluere effekten av tiltak. Helsepersonell vil møte barn med smerter og trenger kunnskap og kompetanse. Det er utarbeidet en kunnskapsbasert nasjonal fagprosedyre for smertevurdering av barn. Hensikten med artikkelen er å belyse ulike sider ved smertevurdering av barn og presentere utdrag fra prosedyren.

Ny prosedyre kan gi mer kunnskap og kompetanse om barns smerte

Det er utarbeidet en nasjonal fagprosedyre for smertevurdering av barn, som kan være et hjelpemiddel for helsepersonell i klinisk praksis. Denne artikkelen presenterer utdrag fra prosedyren.

FORFATTERE

Anja Smeland

Fag- og forskningssykepleier og ph.d.-stipendiat, Kirurgisk avdeling for barn, Ullevål, Oslo universitetssykehus og Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Kari Sjørensen

Smertesykepleier, ph.d.-stipendiat og høgskolelektor, Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus, Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og Lovisenberg diakonale høgskole

**FOTO
ILLUSTRASJONER**
Morten
Bendiksen

Til tross for mange års forskning innen smertevurdering og behandling blir smerte hos barn og ungdom undervurdert og underbehandlet (1). Barn opplever fortsatt mye smerte i forbindelse med medisinske prosedyrer og behandling (2, 3). Ubehandlet akutt smerte kan føre til langvarig (kronisk) smerte, og dersom man ikke forebygger smerte hos nyfødte kan det føre til negative konsekvenser som økt smertefølsomhet i lang tid (1).

Forekomst av langvarige eller tilbakevendende smerter hos barn og ungdom varierer fra 23–51 prosent (4). For noen vil dette medføre nedsatt fysisk funksjon, høyt skolefravær og opplevelse av psykisk stress (5). Langtidskonsekvensene kan være alvorlige både for den enkelte og samfunnsmessig.

Systematisk smertevurdering er nødvendig for å kunne gi god smertelindring og evaluere effekten av smertelindrende tiltak (6). fortsatt benyttes smertevurderingsverktøy for lite i behandling av barn ved postoperative avdelinger i Norge.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Ved observasjon av i alt 265 barn, ble smertevurderingsverktøy benyttet til

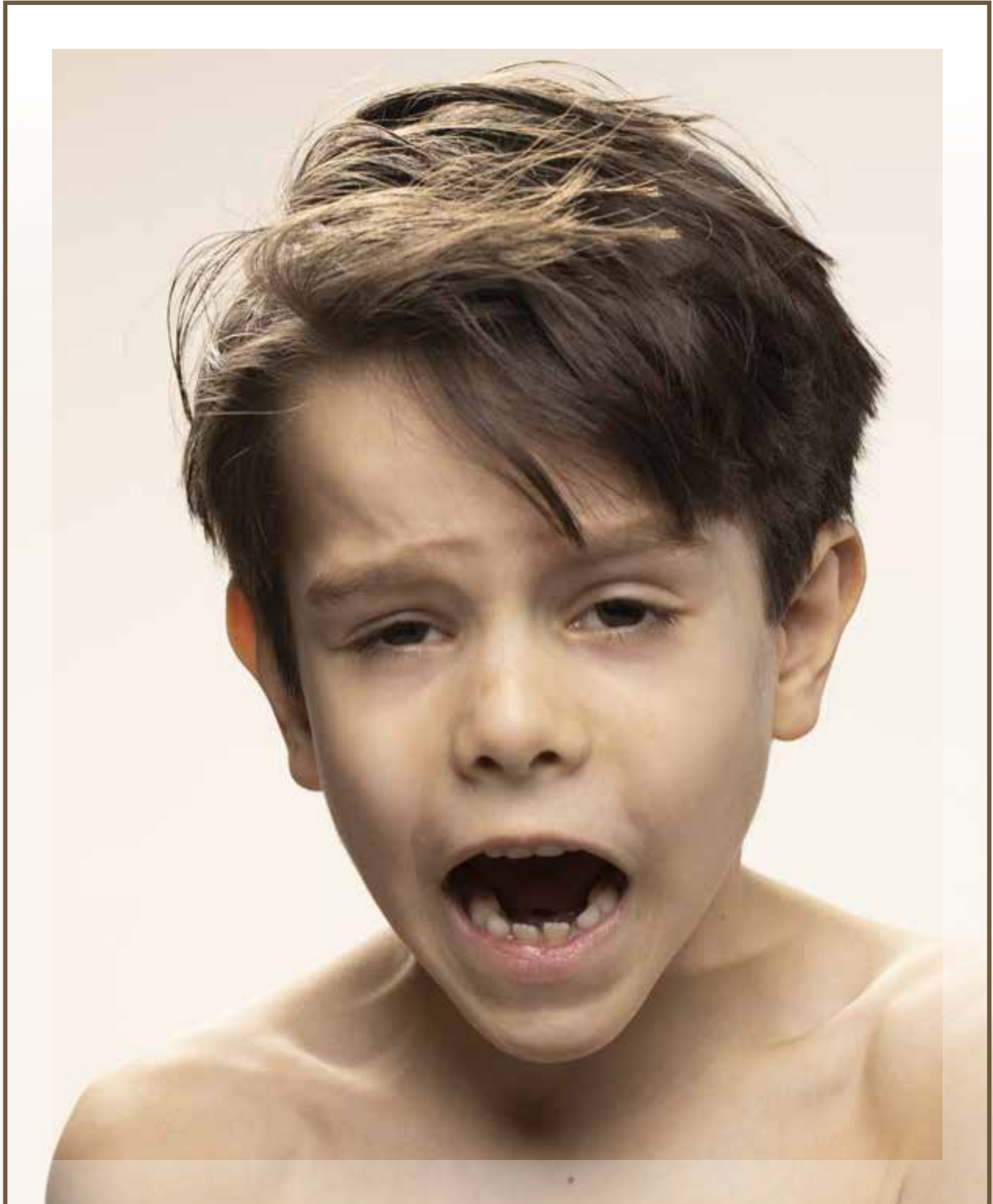
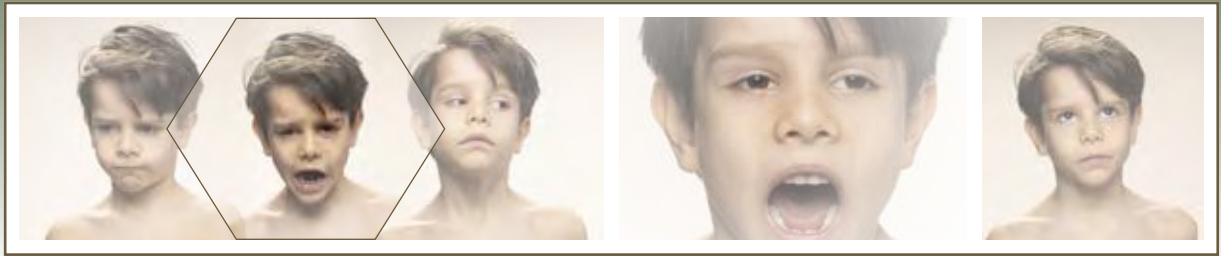
kun 19 prosent av barna, og for dem som var under fem år kun i ni prosent av tilfellene (7). Årsaken til dette kan være en kombinasjon av kunnskapsmangel, mangel på retningslinjer som er lett tilgjengelige, liten tilgang på smertevurderingsverktøy og organisatoriske forhold som at smertevurdering ikke blir påkrevd i samme grad som måling av vitale tegn (7).

I Norge har man manglet en samlet anbefaling over hvordan smerter kan vurderes og hvilke verktøy som finnes tilgjengelige. Helsepersonell i alle deler av helsetjenesten vil møte barn med smerter og trenger kunnskap og kompetanse til å vurdere smerter hos barn i ulike aldre. Det ble derfor utarbeidet en kunnskapsbasert nasjonal fagprosedyre «Smertevurdering av barn 0–18 år», som er tilgjengelig på Helsebibliotekets nettsider (8).


Prosedyren beskriver hvordan barns smerter vurderes, samt forslag til verktøy som kan brukes til å måle smerteintensitet hos barn i alderen 0–18 år. Smertevurdering av premature barn vil bli inkludert senere.

Hensikten med denne artikkelen er å belyse ulike sider ved





«Det er viktig at helsepersonell har kompetanse i å kommunisere med barn om smerte.»

 smertevurdering av barn og presentere utdrag fra prosedyren. Vi håper dette kan bidra til økt oppmerksomhet på smertevurdering av barn i Norge og at fagprosedyren kan være et hjelpemiddel for helsepersonell i klinisk praksis.

OPPLEVELSE OG FORSTÅELSE AV SMERTE

En rekke faktorer påvirker barns opplevelse og håndtering av smerte. Faktorene inkluderer alder, kognitiv utvikling, kulturelle forhold, familielæring, tidligere erfaringer med smerte og ubehag, barnets personlighet, gener og temperament. Dette kan klassifiseres som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer og smerte kan derfor forstås som et biopsykososialt fenomen (9).

Barn reagerer på smerte og ubehag fra før de er født, og forståelsen av smerte øker med alder og kognitiv utvikling. Noen små barn helt ned til treårsalder vil klare å beskrive smerte med enkle ord og peke der de har vondt. Et tips kan være å snakke via en tredjeperson, som for eksempel et kosedyr eller en sykehusfigur. Det er usikkert fra hvilken alder barn er i stand til å gradere smerte.

Det er behov for mer forskning på hvordan man bør benytte selvrapporing, men barn fra 4–5 år bør få mulighet til å benytte for eksempel ansiktssmerteskala (FPS-revised) (10). Dersom man er i tvil om barnet er i stand til å selvrapporere smerte, supplerer man med et observasjonsverktøy (10). Det er viktig at helsepersonell har kompetanse i å kommunisere med barn om smerte.

FORSKJELL I SMERTE

Barns utvikling og forståelse av smerte

kan gjenspeiles i utviklingsstadiene slik de er beskrevet av Jean Piaget (1896–1980) (9). Imidlertid er særlig det preoperasjonelle stadiet (2–7 år) omdiskutert. Her mener mange at Piaget underkjenner små barns evne til å tenke logisk. Når barn er veldig syke, eller opplever mye smerte, kan de reagere til et lavere utviklingsstadium. Barn med kroniske tilstander kan derimot utvikle en forståelse som ellers finnes i et senere stadium. Man bør være klar over at barn vil kunne reagere med å bli passive, slappe og trekke seg inn i seg selv i stedet for å gråte og gi motstand mot smertefull håndtering. Jo bedre barn forstår hva som skjer med dem, dess mindre blir redsel og smerte (9).

Forskning på forskjeller innen smerteopplevelse og uttrykk hos gutter og jenter er så langt motstridende og ikke konkluderende. Det ser ikke ut til å være viktige kjønnsforskjeller når det gjelder å forutsi hvem som vil grue seg mest for prosedyrerelatert smerte eller opplevelse av akutt smerte (11, 12).

Det finnes forskning som viser at genetik har betydning for smertefølsomhet og opplevelse, men genetik alene kan ikke forklare variasjonen i smertefølsomhet og respons (9).

Med temperament mener man ofte ulikheter i de affektive, oppmerksomme og motoriske responser barnet viser mot omgivelsene (13). Barn med ulikt temperament kan reagere forskjellig på smerte, for eksempel er det mye som tyder på at temperamentsfulle, veldig redde eller beskjedne barn gruer seg mer til smertefulle prosedyrer (11). Imidlertid er disse

sammenhengene komplekse og vanskelige å kartlegge og benytte i en klinisk hverdag.

SOSIALE FAKTORER OG KULTUR

Hvordan barn uttrykker og håndterer smerte verbalt og nonverbalt vil variere med kulturell bakgrunn, som blant annet påvirkes av sosial læring i familie og samfunn (9).

Faktorer som kan ha betydning for hvordan barn uttrykker smerte kan være sosial læring, generell oppdragelse og familiehelse, samt eksponering for stressende hendelser. For eksempel er det vist at jenter er mer sårbare for påvirkning av mødrenes smerte og sykdom (13). Ungdom som vokser opp sammen med foreldre med kronisk smerte ser ut til å ha høyere forekomst av langvarig smerte (14).

Fortsatt preges holdninger hos helsepersonell av gamle myter og mangel på kunnskap. Barn risikerer at personlige oppfatninger, synspunkter og antakelser danner grunnlag for vurdering av deres smerter framfor en systematisk kartlegging (9). Vår erfaring er at når barn får rapportere sin egen smerte (for eksempel ved å peke på en linjal) skaper det tillit til helsepersonell og barnet føler seg trodd. Gjennom regelmessig dokumentasjon av smerteintensitet og hvordan smerte påvirker barnet, dannes et bedre grunnlag for vurdering av ulike tiltak.

PSYKOLOGISKE FAKTORER OG FRYKT

Redsel har en sterk innflytelse på barns smerteopplevelse. Jo mer et barn frykter eller gruer seg til det som



«Fortsatt preges holdninger hos helsepersonell av gamle myter og mangel på kunnskap.»

skal skje, dess mer trolig er det at de vil oppleve smerte og stress også ved ikke-smertefulle prosedyrer (15).

Dersom barnet motsetter seg, er det en potensiell risiko for bruk av tvang i forbindelse med både smertefulle og ikke-smertefulle prosedyrer (16). Derfor er det også viktig å kartlegge hvor mye barn gruer seg og hva de gruer seg til, slik at det blir mulig å treffe tiltak som reduserer frykten.

MESTRING AV SMERTE

Smertefulle hendelser tidlig i livet kan medføre langvarige endringer i barns reaksjon på smerte – både fysiologisk og psykologisk (17). Dårlig kontroll over smerte fører til mer stress og frykt, som igjen fører til at barn gruer seg enda mer til «neste gang» (11). Ved å kartlegge tidligere opplevelser vil man kunne legge til rette for at barnet opplever trygghet og kontroll denne gang.

Valget av mestringsstrategi og evnen til å håndtere ubehag er sterkt knyttet til kognitiv funksjon. Hos barn handler det om muligheten til å håndtere situasjoner som medfører ulik grad av redsel og ubehag. Bruk av mestringsstrategier kan redusere smerteopplevelsen. Yngre barn har færre mestringsstrategier enn eldre barn. Dette fører til at det stilles større krav til foreldre og helsepersonell til å hjelpe barnet.

Passive mestringsstrategier som unngåelse, distraksjon, distansering og selektiv oppmerksomhet benyttes ofte av yngre barn og barn som er redde. Aktiv mestring (problemfokusert) som retter seg mot å definere og finne alternative løsninger på

et problem, benyttes av eldre barn og når barnet opplever at de forstår situasjonen (18). I forbindelse med smertekartlegging vil det være nyttig å vurdere hvilke mestringsstrategier det enkelte barn har evne til å benytte. Videre må helsepersonell veilede barn og foreldre i de ulike mestringsstrategiene.

God forberedelse før kirurgi eller smertefulle/ukjente prosedyrer vil gi barn økt mestring og redusere smerte og frykt. I fagprosedyren «Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0–18 år» er det skissert aldersspesifikke særtrekk, samt tips til ulike formidlingsstrategier og hjelpemidler som helsepersonell kan

bruke i forberedelse av barn (19).

SMERTEVURDERING

Hensikten med smertevurdering er å identifisere smerte og smerteintensitet, samt vurdere effekt av smertelindrende tiltak. Smerte bør vurderes regelmessig og systematisk med tanke på årsak, lokalisasjon, karakter og intensitet (6).

Smertevurderingen må dokumenteres i barnets journal og kurver. Foreldrene er de som kjenner barnet best og bør derfor involveres. Smertevurdering bygger på god kommunikasjon mellom barn, foreldre og helsepersonell (6). Vurderingen baseres på en bred kartlegging, gjerne i tverrfaglige team. I

Tabell 1. Når barns smerte bør vurderes (6)


- Når de kommer til en legevakt
- Når de legges inn på sykehus
- Når barnet sier det har vondt eller viser smerteaufvord
- Før, under og etter en mulig smertefull prosedyre
- Minst en gang per vakt (Innliggende)
- Etter kirurgi og/eller ved en smertefull medisinsk tilstand, skal smerten vurderes
 - minimum hver time de første seks timene etter operasjon og deretter, om smertene er under kontroll, hver 4. time
 - dersom smertene varierer, må regelmessig smertevurdering fortsette de neste 48–72 timene
- Før og etter administrering av smertelindrende tiltak (medikamentell/ikke-medikamentell)
- Etter administrering av smertelindrende legemidler:
 - ved intravenøs bolus administrering etter: cirka 15 minutter og 30 minutter
 - ved peroral/rektal administrering etter: cirka 30 minutter og 60 minutter
- Ved oppstart av opioidinfusjoner (intravenøst) bør barnets smerte vurderes kontinuerlig de første timene, deretter minst hver 4. time og oftere etter endring av medikamentdosen (styrke/infusjonshastighet)

Tabell 2. Smertevurderingsverktøy

Navn verktøy	Type verktøy	Alder
NRS (Numeric Rating Scale)	Selvsrapportering ved hjelp av tall	≥8 år*
FPS-R (Faces Pain Scale-Revised)	Selvsrapportering ved hjelp av ansikter	≥4–5 år
COMFORT Scale	Observasjon av barn på intensitetsvurdering	0–18 år
FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)	Observasjon av barn med redusert verbalt språk og forståelse	0–5 år (12 år)
r-FLACC (revised - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)	Observasjon av barn uten verbalt språk med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse	4–18 år

*Nyttig på barn med dårlig evne til NRS, anbefalt for barn med 21 år skilsmisse ved skudd og postoperative smerter (8)

«Mange barn tror at helsepersonell skjønner eller 'kan se' når de har det vondt.»

 fagprosedyren finnes forslag til spørsmål og områder for kartlegging som kan være til hjelp. Spørsmålene må tilpasses barnets alder, kognitiv utvikling, kontekst og medisinske tilstand.

Barns selvrapporing av smerte er førstevalg der dette er mulig. Det er ikke tilstrekkelig å si til et barn at; «si fra hvis du får vondt». Mange barn sier ikke ifra at de har smerter. En grunn kan være at de ikke ser sammenhengen mellom det å ta smertestillende medikament og at smertene lindres. Det kan være spesielt vanskelig hvis det tar lang tid før medisinen virker.

Videre kan barn tro at de ikke kommer hjem fra sykehuset hvis de sier at de har det vondt. Mange barn, helt opp til tenårene, tror at helsepersonell skjønner eller «kan se» når de har det vondt (20).

Barn kan også bli misforstått fordi de er flinke til å bruke selvdistraksjon og fysisk aktivitet for å avlede egen smerte. Noen barn kan ligge helt stille eller stive i sengen, lukke øynene og sove, eller at det ser ut som om de sover. Andre kan leke til de blir helt utmattet. Dette kan de gjøre for å trekke seg unna opplevelsen av smerte og stenge ute skremmende inntrykk (20, 21). Helsepersonell må være klar over dette og kommunisere med barn slik at de forstår. De må bruke alderstilpassede verktøy og spørre konkret om smerte.

HVILKE BARN SKAL SMERTEVURDERES?

Barn i mange ulike settinger vil oppleve smerte. Listen nedenfor er forslag til hvilke barn som bør smertevurderes.

- Barn hvor det forventes akutt eller postoperativ smerte.
- Barn som gjennomgår smertefulle prosedyrer.
- Barn som har vært utsatt for skader.
- Barn med langvarige (kroniske) smerter.
- Barn som får smertelindrende tiltak (medikamentelle og ikke-medikamentelle)
- Barn som sier de har vondt eller som ser smertepåvirket ut.

NÅR SKAL BARN SMERTEVURDERES?

Hvor ofte smerte skal vurderes avhenger av situasjonen (Se tabell 1).

Vurdering av barn med langvarig smerte må være multidimensjonell. Det vil si at en også kartlegger barnets funksjon, søvn, skole, bekymringer og annet som kan påvirke og som blir påvirket av smerte. Det er viktig å være klar over at samtidig som smerten må kartlegges slik at barnet føler seg trodd og tatt på alvor, kan oppmerksomhet på gjentakende smertemåling virke forsterkende på smerteopplevelsen hos disse barna. Reduksjon i smerteintensitet er ikke alltid mulig å oppnå i første omgang. Et overordnet mål er å motivere barnet til egeninnsats rettet mot aktiv smertemestring, slik at de blir i stand til å delta i sine vanlige aktiviteter til tross for smerte (5).

BRUK AV VERKTØY – HJELPEMIDLER

Det finnes flere anerkjente og gode smertevurderingsverktøy til barn som baserer seg på selvrapporing

og/eller observasjon (atferdsskjema, ansiktsskjema og numeriske skalaer). Ingen smertevurderingsverktøy kan brukes på alle barn, men må velges ut fra barnets alder, kognitive utviklingsnivå og kontekst (6).

Endimensjonale verktøy

Barn som er i stand til å rapportere sin egen smerteintensitet, enten ved hjelp av ansiktsskala eller tallverdier, skal gjøre det. Der selvrapporing av smerteopplevelsen ikke er mulig, brukes observasjonsverktøy. Selvrapporingverktøy bør introduseres til barna før eventuelt smertefulle prosedyrer hvis mulig. I prosedyren har vi anbefalt noen anerkjente og tilgjengelige smertevurderingsverktøy i Norge (se tabell 2). Vær oppmerksom på at aldersanbefalingen er veiledende da det vil være store individuelle forskjeller i barns kognitive utvikling.

Flerdimensjonale verktøy

Evaluerings av smerteintensitet alene er ikke tilstrekkelig for å beskrive smerte som et multi-dimensjonalt fenomen. Dette gjelder særlig ved langvarig smerte eller under utredning av en smertetilstand. En nyere litteraturgjennomgang viser til fire kartleggings- og vurderingsverktøy for barn som alle baserer seg på selvrapporing hos barn ned til fem år (23). Så langt vi kjenner til er ingen av disse oversatt eller validert for norske forhold.

Det kan også være nyttig å kartlegge helse relatert livskvalitet ved hjelp av The Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL) (24). Den norske versjonen av PedsQL er oversatt og validert



«Smertevurdering er kun en liten del av smertebehandling til barn.»

av Reinfjell og Diseth i 2006 (25), og kan lastes ned for klinisk bruk. Ved bruk i kvalitets- og forskningsstudier må det innhentes tillatelse fra Trond H. Diseth (Oslo universitetssykehus) i henhold til Varnis copyright.

AVSLUTNING

Barn som har smerter må sikres systematisk smertevurdering slik at smertelindrende tiltak kan iverksettes og evalueres. Fagprosedyren er ment å være en hjelp til helsepersonell for å kvalitetssikre smertevurdering av barn. I prosedyren finnes tilgjengelige verktøy. Vi anbefaler at helsepersonell som møter barn med smerter har verktøy for selvrappotering og observasjon lett tilgjengelig for klinisk bruk. Mange sykehusavdelinger har dette allerede, men vi håper også at legevakter, ambulansetjenester, helsestasjoner og andre, anskaffer seg verktøyene og tar dem i bruk. Forfatterne kan formidle informasjon om hvor man kan få tak i linjalene.

Det er spesielt viktig å ha mer oppmerksomhet på de minste barna – de som ikke kan rapportere selv og barn uten verbalt språk med fysisk og kognitiv funksjonsnedsettelse. Helsepersonell har et særlig ansvar for å ta vare på disse barna slik at også de sikres en enda bedre smertevurdering og behandling.

Smertevurdering er kun en liten del av smertebehandling til barn. Det hjelper ikke å vurdere barns smerte hvis det ikke fører til at tiltak iverksettes. Siden 2014 har det blitt jobbet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterede smerter hos

barn. Dette arbeidet ledes av Nasjonalt kompetansesenter for legemidler til barn ved Ingrid Grønlie og Margrete Einen. Arbeidsgruppen er tverrfaglig og representert fra ulike deler av Norge. Retningslinjene forventes ferdig høsten 2018. Mer informasjon finnes på nettsidene til Legemidler til barn (26). ●

REFERANSER

1. IASP. Pain after surgery in children and infants: Fact sheets NO.7 [internett]. Global year against pain after surgery 2017. International Association for the Study of pain. Tilgjengelig fra: <https://www.europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2017/01/07-Pediatric-Pain.pdf> (Nedlastet 27.09.18).
2. Birnie KA, Chambers CT, Fernandez CV, Forgeron PA, Latimer MA, McGrath PJ, et al. Hospitalized children continue to report undertreated and preventable pain. *Pain Res Manag.* 2014;19(4):198–204.
3. Shomaker K, Dutton S, Mark M. Pain prevalence and treatment patterns in a US children's hospital. *Hospital Pediatr.* 2015;5(7):363–70.
4. King S, Chambers CT, Huguot A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain.* 2011;152(12):2729–38.
5. Stahlschmidt L, Zernikow B, Wager J. Specialized rehabilitation programs for children and adolescents with severe disabling chronic pain: indications, treatment and outcomes. *Children (Basel, Switzerland).* 2016;3(4).
6. Stinson J, Jibb L. Pain Assessment In: Twycross A, Dowden S, Stinson J, red. *Managing pain in children: A clinical guide for nurses and healthcare professionals.* 2nd Edition ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2014.
7. Smeland AH, Twycross A, Lundeberg S, Rustøen T. Nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in pediatric postoperative pain management. *Pain Manag Nurs.* 2018 Mai.
8. Smeland A, Reinertsen H, Sørensen K, Carlsen E. Smertevurdering av barn 0–18 år. Helsebiblioteket [Internett]. 2017. Tilgjengelig fra: <http://ehandboken.ous-hf.no/document/119216> (Nedlastet 26.09.18).
9. Twycross A, Williams A. Pain: A biopsychosocial phenomenon. I: Twycross A, Dowden S, Stinson J, red. *Managing pain in children.* 2 ed. West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2014. s. 36–49.
10. von Baeyer CL, Jaaniste T, Vo HLT, Brunson G, Lao HC, Champion GD. Systematic review of self-report measures of pain intensity in 3- and 4-year-old children: bridging a period of rapid cognitive development. *J Pain.* 2017;18(9):1017–26.
11. Racine NM, Riddell RR, Khan M, Calic M, Taddio A, Tablon P. Systematic review: predisposing, precipitating, perpetuating, and present factors predicting anticipatory distress to painful medical procedures in children. *J Pediatr Psychol.* 2016;41(2):159–81.
12. Tsze DS, Hirschfeld G, von Baeyer CL, Bulloch B, Dayan PS. Clinically significant differences in acute pain measured on self-report pain scales in children. *Acad Emerg Med.* 2015;22(4):415–22.
13. Stone AL, Wilson AC. Transmission of risk from parents with chronic pain to offspring: an integrative conceptual model. *Pain.* 2016;157(12):2628–39.
14. Hoftun GB, Romundstad PR, Rygg M. Association of parental chronic pain with chronic pain in the adolescent and young adult: family linkage data from the HUNT Study. *JAMA pediatrics.* 2013;167(1):61–9.
15. Racine NM, Pillai Riddell RR, Flora DB, Taddio A, Garfield H, Greenberg S. Predicting preschool pain-related anticipatory distress: the relative contribution of longitudinal and concurrent factors. *Pain.* 2016 Sep;157(9):1918–32.
16. Svendsen EJ, Moen A, Pedersen R, Bjørk IT. Resistive expressions in preschool children during peripheral vein cannulation in hospitals: a qualitative explorative observational study. *BMC pediatrics.* 2015;15(1):190.
17. Fitzgerald M, Walker SM. Infant pain management: a developmental neurobiological approach. *Nat Clin Pract Neurol.* 2009;5(1):35–50.
18. Lipsker CW. Betydelsen av kognitiv utvekkelse for hanting av vårdprosedyrer og relatert ubehag. I: Lundeberg S, Olsson GL, red. *Smårta och smärtbehandling hos barn og ungdomar.* Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 48–55.
19. Smeland A, Sørensen, AH, Helvig, E, Krabbe, S, Carlsen, E, Simonsen, G, Seipjærvi, AL, Thorstad, A, Espeland, K, Sjøbjerg, IL. Psykososial preoperativ forberedelse av barn 0–18 år. Helsebiblioteket [Internett]. 2017. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykososial-preoperativ-forberedelse-av-barn-018-ar> (Nedlastet 26.09.18).
20. Physicians TRACo. Guideline statement: management of procedure-related pain in children and adolescents. *J Paediatr Child Health.* 2006;42 Suppl 1:S1.
21. Eriksson M, Gradin M, Expertgrupp. Behandling av barn i samband med smårta samme prosedyrer i helse- og sjukvård: kunnskapsdokument. Uppsala: Läkemiddelverket. 2014.
22. Birnie KA, Hundert A, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: A systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain.* 2018.
23. Morgan KJ, Angheluc DL. A review of adult and pediatric neuropathic pain assessment tools. *Clin J Pain.* 2017;33(9):844–52.
24. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care.* 1999;37(2):126–39.
25. Reinfjell T, Diseth TH, Veenstra M, Vikan A. Measuring health-related quality of life in young adolescents: reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Quality Life Outcomes.* 2006;4:61.
26. Nasjonalt kompetansenetverk for legemidler til barn. Retningslinjer for behandling av akutte og prosedyrerelaterede smerter hos barn [internett]. Bergen: Barne- og ungdomsklinikken Haukeland universitetssykehus; [siteret 30.08.18] Tilgjengelig fra: <https://www.legemidletilbarn.no/helsepersonell/Sider/horing-smerteteretningslinjer.aspx> (Nedlastet 26.09.18).



REPORTASJE



● Tekst

Nina Hernæs, journalist i Sykepleien
nina.hernes@sykepleien.no

**PÅ NATTE-
VAKT:**
Julie Dahle, på ny-
fødtintensiv på Oslo
universitetssykehus,
Ullevål. Ikke bare kjølebar-
na, men alle barna som
ligger her kan smer-
tevurderes med
N-PASS.





Nå får kjølebarne bedre **SMERTE**lindring

Som natt og dag, sier sykepleierne
på nyfødt intensiv om før og etter at de begynte
å bruke skåringsverktøyet N-PASS.

◆ Foto Erik M. Sundt





SER PÅ FINGRE OG TÆR: Å vurdere tonus er noe av det sykepleierne gjør systematisk.

Julie Dahle jobber på nyfødt intensiv på Oslo universitetssykehus, Ullevål.



Dette var barn som Julie Dahle kunne gå og føle at hun aldri kom i mål med.

Kjølebarna, som hun kaller sine hjertebarn, er nyfødte som blir behandlet med terapeutisk hypotermi. Det vil si at kroppstemperaturen reduseres til 33,5 grader. Hensikten er å begrense og/eller forhindre videre celledød i hjernen som følge av oksygenmangel under eller rett etter fødsel.

SYNSING

Metoden reduserer senskader og bedrer barnas sjanser for å overleve.



«Det vi ser nå, er at vi tidligere brukte veldig lang tid på å gi barna nok smertestillende.»

Julie Dahle, barnesykepleier

Men under nedkjølingen opplevde sykepleierne at barna ikke hadde det så bra.

– De har ikke hatt optimal smertelindring, fordi vi ikke har hatt noe

struktur på den, sier Dahle, som er barnesykepleier på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

– Vurderingen var mer basert på synsing enn på objektive observasjoner, sier hun.

Derfor ville Dahle og kollegene Inger Louise Sletteng, Tove Johansen og Mette Persson finne et verktøy som passer for disse pasientene.

BRUKTE PIPP

Men hvordan måle smerte hos barn som er så små at de mangler språk, og i tillegg er sedert? Og der nedsatt hjerneaktivitet som følge av kjølingen kan gi nevrologiske



FAKTA

N-PASS på nyfødtintensiv på Ullevål

Sykepleierne Inger Louise Sletteng, Tove Johansen, Julie Dahle og Mette Persson har sammen med legene Tom Stiris og Jannicke Hanne Andresen publisert artikkelen "Therapeutic hypothermia and N-PASS; results from im-

plementation in a level 3 NICU" i tidsskriftet Early Human Development.

De oversatte N-PASS til norsk og brukte verktøyet til å vurdere smerte og sedasjon hos nyfødte som fikk hypotermi-behandling. Smertestillende og sedativa ble

justert i henhold til skåringene.

Etter at de begynte å bruke N-PASS, opplevde sykepleierne at barna ble bedre smertelindret.

Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) er et verktøy for å skåre sedasjon og

akutt og vedvarende smerte hos nyfødte i alle gestasjonsaldrer.

Det er utviklet av sykepleieren Pat Hummel ved nyfødtintensiv på Ronald McDonald Children's Hospital ved Loyola University Medical Center i Illinois, USA.



UNDER
OVERVÅKNING:
Her måles oksy-
genmetning i blodet.
Dette er ikke et barn
som får kjølebehandling,
men som også skal smerte-
vurderes minst en gang
hver vakt. Alle barn
på nyfødt intensiv
skal det.



«Å få med legene har vært utrolig viktig.» Inger Louise Sletteng, nyfødtsykepleier



» symptomer som etterlikner smerteuttrykk?

Avdelingen hadde PIPP (Premature Infant Pain Profile) som hovedverktøy for å vurdere smerte, men sykepleierne følte at det ikke fungerte så bra til disse pasientene.

Valget falt på N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale),

et verktøy som både skårer smerte og sedasjon hos nyfødte.

Det baserer seg på observasjon av atferd og vitale parametre.

FÅR PÅ KJØLEDRAKT

Barn som kjøles ned, må være fullbårne, det vil si født i eller etter 36. svangerskapsuke. Ofte har alt vært

normalt, helt til det har oppstått en situasjon under fødsel som har gjort at barnet har fått for lite oksygen. For eksempel navlestreng rundt halsen eller skulderdystoci, der fremre skulder sitter fast etter at hodet er forløst.

Nedkjølingen skal starte så raskt som mulig, og senest innen seks timer etter fødsel. Noen av barna som behandles



NATT PÅ NYFØDT INTENSIV: Sykepleierne konfererer med hverandre.

FAKTA

Dette skårer de i N-PASS:

- Gråt/irritabilitet
- Atferd/respons
- Ansiktsuttrykk
- Muskeltonus i ekstremiteter
- Vitale funksjoner: Hjerterytme, respirasjonsfrekvens, blodtrykk, oksygenmetning

SÅNN SER DET UT: Skjemaet sykepleierne bruker for å skåre smerte og sedasjon med N-PASS.

VITALE VERDIER: Barna er overvåket, og forhøyet puls eller blodtrykk kan indikere at de har smerter.



her, er født på Oslo universitetssykehus, andre kommer med ambulanse.

Barna blir lagt i en åpen kuvøse, og kjølingen foregår ved at barna blir lagt i en kjøledrakt som det sirkulerer vann i.


STØTTE FRA LEGER


Nyfødt intensiv på Oslo universitetssykehus, Ullevål, behandler 10–20

slike barn i året. Det er dermed ikke så ofte slike barn i avdelingen, men akkurat denne dagen er det to. En er godt i gang med behandlingen og ligger fredelig inne på en intensivstue i det som ser ut som dyp søvn. Den andre er nettopp ankommet. Rundt dette barnet er det effektiv, men rolig aktivitet.

Før var det ingen konsensus om

hva slags sedasjon og smertelindring de skulle ha. Men med innføring av N-PASS ble det laget en prosedyre for hvor sederte de skal være og hvor høyt de kan skåre i smerte.

Inger Louise Sletteng, som er nyfødsykepleier, sier de har hatt svært god støtte av overlege Jannicke Hanne Andresen. De fire 



UNDER OVERVÅK-NING: Sykepleierne har full kontroll på babyenes vitale parametre.



«Før argumenterte jeg i stor grad ut fra hvordan babyen tedde seg. Men det krever at det er ro til å diskutere.»

Julie Dahle, barnesykepleier



sykepleierne, Andresen og seksjonsleder Tom Stiris har publisert erfaringene med N-PASS i tidsskriftet Early Human Development.

– Å få med legene har vært utrolig viktig, sier Sletteng, og viser til at det er kjent at leger generelt er restriktive til å gi nyfødte opiat. Grunnen er at de er

redd for å gi for mye, fordi det er forsket lite på medikamenter til bruk på nyfødte.

Nå mener hun avdelingen har veldig gode prosedyrer for å vurdere og smertelindre disse pasientene.

MÅ HA FAGLIG BLIKK

– Det vi ser nå, er at vi tidligere brukte

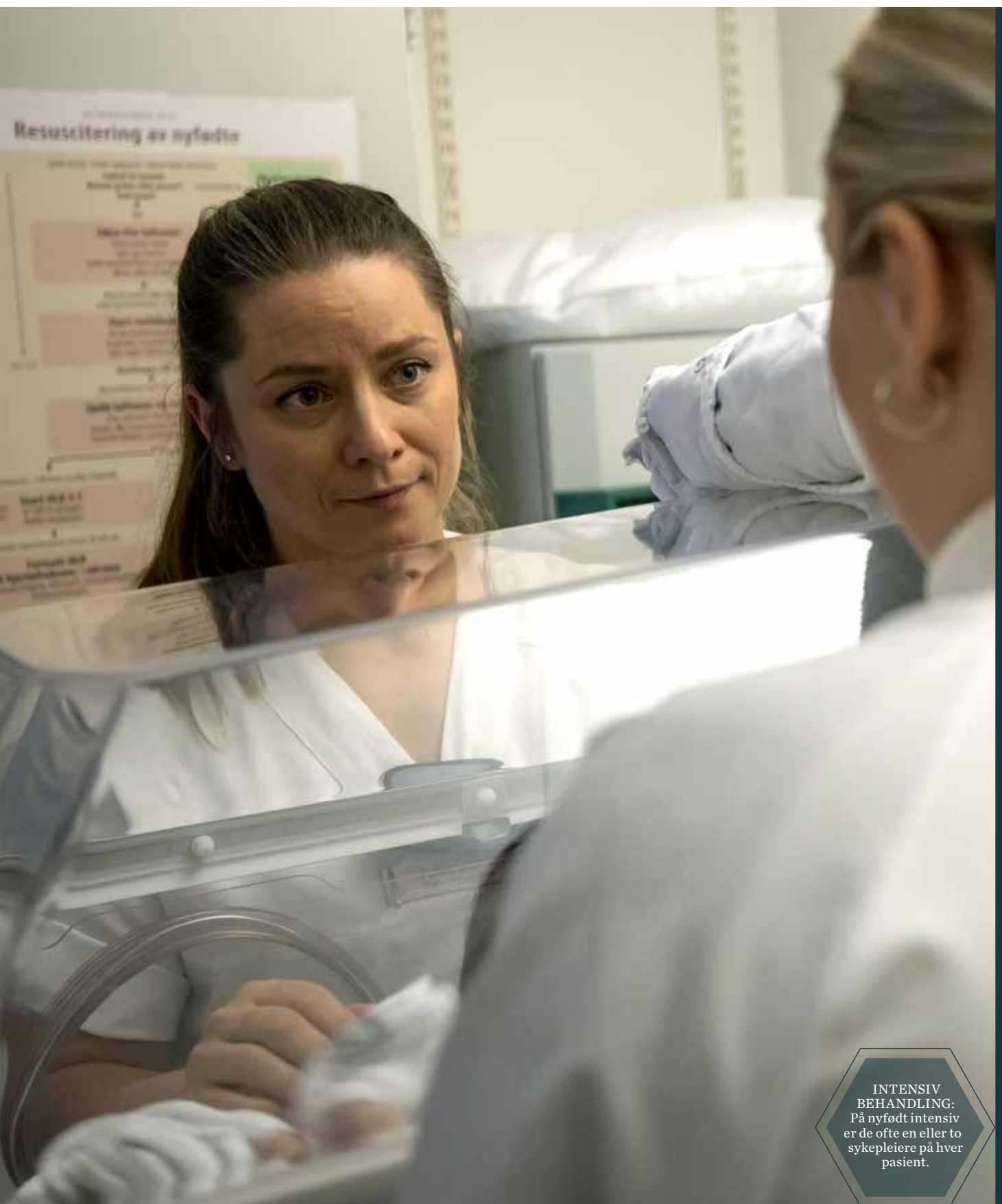
veldig lang tid på å gi barna nok smertestillende, sier Julie Dahle.

– Vi kunne bruke hele det første døgnet og være godt ut i andre døgn før barna var godt nok lindret. Nå ser vi at de blir smertelindret raskere og lenger.

Særlig ser hun det i snu-situasjoner. Før kunne babyene få



INTENSIV-STUE: Barna her har fått en tøff start, men kjølebehandling er en metode som kan gi dem som har vært utsatt for oksygenmangel et bedre liv.



**INTENSIV
BEHANDLING:**
På nyfødt intensiv
er de ofte en eller to
sykepleiere på hver
pasient.



«Det er gøy å se hva vi har oppnådd.»

Inger Louise Sletteng,
nyfødtsykepleier



pustestopp, nå tåler de å bevege seg.

Blant annet sier den nye prosedyren at barna skal ha standard oppstartsdose med morfin. Og de får i større grad Fentanyl ved behov.

Julie Dahle sier verktøyet gjør det lettere å argumentere for babyens behov.

– Jeg har objektive observasjoner, ikke bare synsing, sier hun.

– Før argumenterte jeg i stor grad ut fra hvordan babyen tedde seg. Men det krever at det er ro til å diskutere.

Dahle peker på at verktøyet er lett å bruke, og at det er sjelden to sykepleiere får ulikt resultat når de skårer det samme. Å innføre det, krever ressurser. Men hun opplever ikke at det er tidkrevende å bruke, når man har lært seg det.

– Men selv om vi nå har bedre prosedyrer, må vi ha et faglig blikk, understreker hun.

– Vi må vite hvordan vi bruker dem. For eksempel: Hvis jeg har et barn som skårer høyt på smerte, men som

sovner i det øyeblikket jeg er ferdig med å snu. Er det da riktig å gi mer smertestillende?

HAR MED VITALE PARAMETRE

Inger Louise Sletteng sier det som gjør N-PASS bedre egnet enn PIPP til disse barna, er at N-PASS også har med vitale parametre.

– Det er egentlig alfa og omega når de er sedert, påpeker hun.

Noen av barna er også helt avslappet når de ankommer avdelingen, det vil si at musklene er helt avslappet. Da er det ikke mulig å vurdere smerte ut fra atferden deres. Økt hjerterytme og økt blodtrykk kan være det eneste som indikerer at barna har vondt.

Nå er N-PASS innført som skåringsverktøy til alle barn på hele nyfødt intensiv på Oslo universitetssykehus. Det vil si avdelingene på Ullevål og Rikshospitalet.

Alle skal skåres minst en gang per vakt.

Sletteng sier et viktig mål med å innføre N-PASS var å øke oppmerksomheten rundt smerte i hele avdelingen.

– Det tror jeg vi har fått til, sier hun.
– Og det er veldig motiverende.

INVITERT TIL DUBAI

En uventet bieffekt av å publisere erfaringene internasjonalt er at de blir bombardert med e-poster og invitasjoner. Blant annet er de bedt om å komme til Dubai.

Målet deres er å få innført verktøyet i Norge.

– Det er gøy å se hva vi har oppnådd, sier Inger Louise Sletteng.

– Sykepleierne opplever at barna er bedre smertelindret. Og for foreldrene er det viktig å se at ungen deres har det godt.

Og Julie Dahle? Nå føler hun at hun kommer i mål.

– Jeg synes jeg gjør en bedre jobb, sier hun. ●

FAKTA

Terapeutisk hypotermi ved perinatal asfyksi

- En behandling som går ut på å kjøle ned nyfødte til 33,5 graders kroppstemperatur
- Brukes når barnet har vært utsatt for oksygenmangel under eller rett etter fødsel
- Hensikten er å

begrense hjerneskade som følge av oksygenmangel

- Reduserer risiko for senskader og bedrer sjansen for å overleve
- Kan gis til barn som er født i eller etter 36. svangerskapsuke og

oppfylle bestemte kriterier

- Bør startes så raskt som mulig, senest innen seks timer etter fødsel
- Barnet får kjølebehandling i 72 timer, så varmes det langsomt

opp til normal kroppstemperatur

- I Norge ble denne behandlingen tatt i bruk i 2007, og Ullevål var først til å ta den i bruk
- På Ullevål behandles 10–20 barn i året på denne måten

FAKTA

PIPP

Premature Infant Pain Profile (PIPP) er et verktøy for å måle akutte smerter hos premature og barn født til termin.

PIPP ser på endring i atferd og fysiologiske parametre.

Det er utviklet av sykepleier Bonnie Stevens og kolleger på midten av 1990-tallet. PIPP er revidert og verktøyet som nå brukes kalles PIPP-R.

Spedbarns ansiktsuttrykk ved fysisk ubehag og smerte

Øyenbryn: Senket, sammentrukket

Panne: Bule mellom øyenbrynene, vertikale furer

Øyne: Sammenknepne

Kinn: Hevet

Nese: Utvidet, åpen

Nasolabialfure: Fordypet

Munn: Åpen, nærmest firkantet

Les mer:

Pediatriveilederen ligger på helsebiblioteket.no

Overlege Janne Helen Skranes og seksjonsoverlege Tom Stiris har skrevet et blogginnlegg om metoden på Forskning.no: **Nedkjøling bremser hjerne-skade etter fødselsstress**

SMERTE-LINDRING:
Fentanyl er et hurtigvirkende syntetisk opioid.



HOVEDBUDSKAP:

Mange intensivpasienter har smerter. Sykepleierne har en sentral og viktig rolle i å kartlegge smerten systematisk og regelmessig med egnede smertekartleggingsverktøy. Deretter må de gi tilpasset smertelindring basert på kartleggingen.

Intensivpasienter må kartlegges systematisk for smerter

Mange av intensivpasientene kan ikke uttrykke om de har vondt, eller hvor vondt de har. Smerten må derfor kartlegges med et egnet verktøy for at de skal få rett smertebehandling.

FORFATTERE

Brita Fosser Olsen

Intensivsykepleier og forsker, Intensiv og postoperativ avdeling, Sykehuset Østfold

Tone Rustøen

Sykepleier, seniorforsker og professor II, Avdeling for FoU, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

FOTO ILLUSTRASJONER

Morten Bendiksen

Hos en intensivpasient foreligger det truende eller manifisert, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel (1). Disse pasientene er kritisk syke, og mange av dem blir både respiratorbehandlet og sederte. Det gjør det vanskelig for dem å uttrykke hvordan de har det.

Det er forsket på hvordan intensivpasientene har det under intensivoppholdet, og mange av pasientene har plagsomme symptomer. I en studie av intensivpasienter med høy risiko for å dø så man at ubehandlede og plagsomme symptomer forekom hos majoriteten av dem.

Forekomsten av symptomer varierte fra 75 prosent (tretthet) til 27 prosent (forvirring). Pasientene opplevde at tørste var moderat inntent, mens tungpustethet, redsel, forvirring og smerte var moderat plagsomt (2).

Ressurspersoner innen symptomforskning hos intensivpasienter anbefaler derfor at de fem symptomene smerte, tørste, angst, tungpustethet og søvnproblemer alltid

bør kartlegges hos intensivpasienter (3).

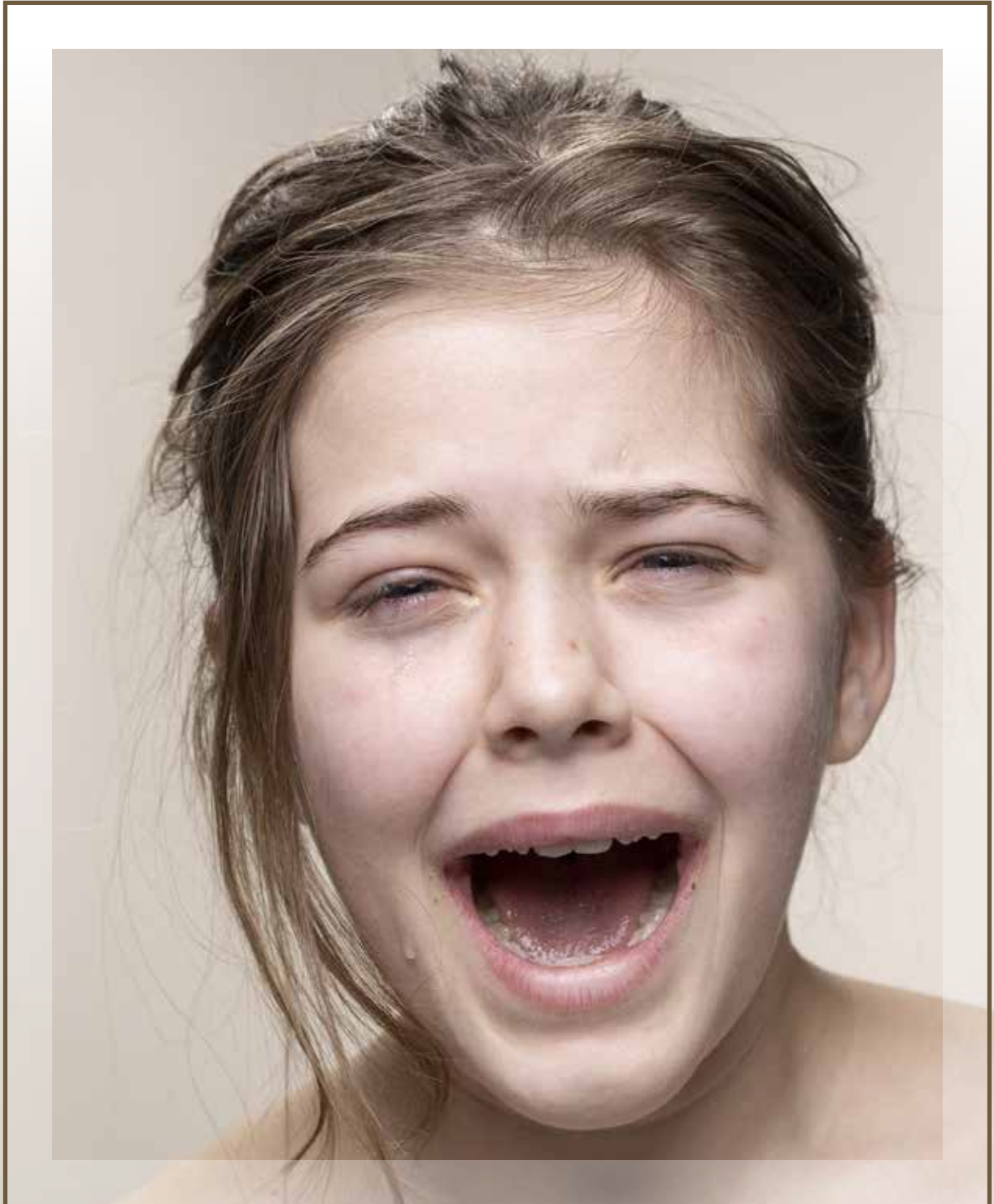
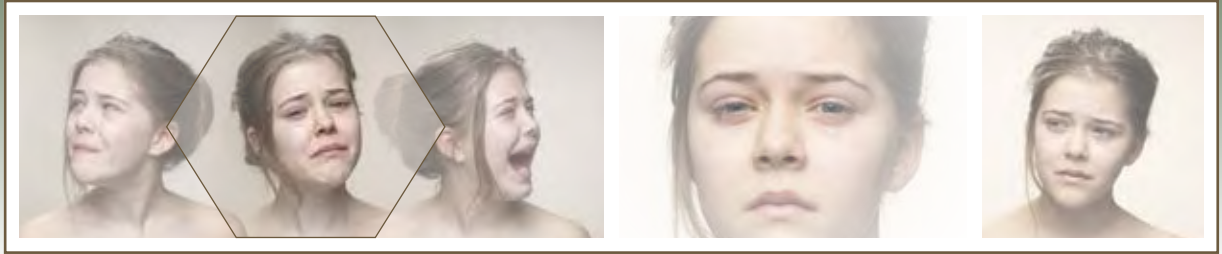
OVER HALVPARTEN HAR SMERTER

Det er vist at mer enn 50 prosent av intensivpasientene opplever smerter under intensivoppholdet, men forekomsten kan variere fra studie til studie (4, 5). Intensivpasienter har moderate til alvorlige smerter, både i ro og under prosedyrer.

Det å snu eller mobilisere en intensivpasient er en av de mest smertefulle prosedyrene man gjør overfor pasientene (6).

I tillegg viser en internasjonal undersøkelse av intensivpasienter på 192 intensivavdelinger i 28 land at det å fjerne toraksdren og sårdren og det å legge inn arteriekateter blir beskrevet som noen av de mest smertefulle prosedyrene for denne pasientgruppen (7).

Smerte er definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse, og den er alltid subjektiv (8). I tillegg til at smerter er ubehagelige for pasienten,





«Mer enn 50 prosent av intensivpasientene opplever smerter under intensivoppholdet.»



kan de ha uheldige fysiologiske konsekvenser.

Ubehandlete smerter kan være en kilde til stress (9, 10) og er assosiert med både økt posttraumatisk stresslidelse og lavere livskvalitet (11). Akutte smerter kan også utvikle seg til å bli langvarige hvis de ikke blir adekvat behandlet (12).

I en norsk studie undersøkte Langerud og medarbeidere forekomsten av kronisk smerte hos tidligere intensivpasienter tre måneder og ett år etter utskrivelse fra intensivavdelingen.

Tre måneder etter utskrivelse hadde 49 prosent av intensivpasientene smerter, og ett år etter utskrivelse hadde 38 prosent av pasientene smerter. I denne studien hadde pasientene mest smerter i skulder og mageregionen (13).

SMERTEN MÅ KARTLEGGES FØR BEHANDLING

For å kunne gi rett smertebehandling til denne pasientgruppen må smerten kartlegges. På lik linje med andre sårbare pasientgrupper, som for eksempel pasienter med en demenssykdom, små barn eller de uten språk, er intensivpasienter ofte vanskelig å smertekartlegge.

Mange av pasientene kan ikke uttrykke om de har vondt, eller hvor vondt de har. Det kan skyldes selve sykdommen, eventuell respiratorbehandling, nedsatt bevissthet eller at de har utviklet delir.

I tilfeller der helsepersonellet selv vurderer om intensivpasientene har smerter, tyder forskning på at de har en tendens til å undervurdere

smertene (14). Selvrapporing av smerte er derfor gullstandarden i all smertekartlegging, da smerte er en subjektiv opplevelse (8).

Selv om mange intensivpasienter er kritisk syke, har de ofte mulighet til selv å rapportere om smerter, og angi hvor sterk smerten oppleves. Derfor må vi som helsepersonell spørre pasienter om de har smerter, selv om pasientene for eksempel blir respiratorbehandlet.

Hos intensivpasienter som ikke kan selvrappore smerter, må helsepersonellet identifisere tegn på smerter. Vitale tegn som økt puls, blodtrykk og respirasjonsfrekvens kan være tegn på smerter, men hos intensivpasientene er ikke slike vitale tegn pålitelige for å vurdere smerter (15, 16).

Det kan være flere årsaker til dette, blant annet at intensivpasientene ofte er septiske, eller at de får legemidler som betablokkere eller vasopressor (se faktaboks), noe som påvirker puls og blodtrykk, og som medfører at vitale tegn hos en intensivpasient ikke responderer på samme måte som hos en frisk person når de blir utsatt for smerte.

Det er også påvist at forandringer i fysiologiske parametere kan forårsakes av frykt, angst og andre psykiske stressorer (16), eller at forandringene kan bli undertrykt av analgesi (17). Derfor anbefales det ikke å bruke vitale tegn alene til å kartlegge smerte (18).

ANDRE METODER FOR Å KARTLEGGE SMERTE

Det forskes i dag også på om man kan

kartlegge smerter med mer tekniske hjelpemidler enn det å observere atferden hos denne pasientgruppen (19). En metode er å bruke pupille-reaksjon hos pasienten. Metoden bygger på antakelsen om at pupillene dilaterer – utvider seg – ved smertefulle stimuli (20, 21).

En annen metode er å måle innholdet av svette i håndflatene, og denne metoden bygger på antakelsen om at svettekjertlene aktiveres ved smertefulle stimuli (22). Men her trengs det mer forskning før disse metodene eventuelt kan brukes i klinisk praksis til å vurdere smerter hos intensivpasientene.

Det som anbefales for å kartlegge smerte hos pasienter som ikke kan rapportere om smerter selv, er å observere pasientens atferd (18).

Med atferd menes for eksempel hvilket ansiktsuttrykk pasienten har, hvordan pasienten beveger seg (for eksempel ulike grader av armbevegelser), hvordan pasienten samarbeider med respiratoren (om pasienten tolererer eller motarbeider respiratoren), hvordan pasienten bruker stemmen (normalt toneleie eller høylytt jamring), eller hvilke ulike grader av muskelspenning pasienten har.

SMERTE BØR VURDERES MED KARTLEGGINGSVERKTØY

Det anbefales å bruke pålitelige smertekartleggingsverktøy for å vurdere smerter hos intensivpasienter (18). Det finnes ulike endimensjonale verktøy som ofte anvendes dersom man vil kartlegge tilstedeværelsen og intensiteten av smerte.



«Intensivpasienter har moderate til alvorlige smerter, både i ro og under prosedyrer.»

Slike kartleggingsverktøy forutsetter litt evne til kommunikasjon og en viss grad av abstrakt tenkning fra pasientens side. En numerisk smerteskala (NRS) er en linje som er gradert fra 0 til 10, hvor pasientene skal vurdere smerten fra 0 (ingen smerte) til 10 (verst tenkelige smerte).

Pasienten blir bedt om enten å si et tall eller krysse av for eller peke på det tallet som best beskriver smerteintensiteten deres. Et annet endimensjonalt verktøy er en visuell analog skala (VAS), som er en rett linje hvor pasienten kan markere graden av smerte.

Resultatet kan avleses i for eksempel millimeter, hvor 0 mm betyr ingen smerte, og 100 mm betyr verst tenkelige smerte.

ORDFORKLARINGER

Vasopressor

Vasopressor er et stoff som får blodårene til å trekke seg sammen (vasokonstriksjon), og som dermed fører til økning av blodtrykket.

Nosokomial

Nosokomiale infeksjoner betegner infeksjoner som man smittes med på sykehus eller andre helseinstitusjoner. En nosokomiell infeksjon er det samme som en sykehusinfeksjon.

Kilde: Store medisinske leksikon

ANSIKTSSKALA KAN BRUKES TIL KARTLEGGING

For noen pasienter vil en ansiktsskala være enklere å bruke. En ansiktsskala består av ulike ansikter med forskjellig uttrykk, fra smilefjes til gråtende og lidende ansikt. Pasienten peker på det ansiktet som best beskriver hans eller hennes smerte.

En skala med ordgrupper, som for eksempel ingen, mild, moderat og alvorlig smerte, kan også brukes, hvor pasienten da velger det ordet som best beskriver smerten. Til intensivpasienter anbefales det i internasjonale retningslinjer å bruke en NRS (18).

Chanques og medarbeidere (23) sammenliknet ulike kartleggingsverktøy for denne pasientgruppen, og NRS viste best resultat ved at det var enkelt i bruk og var det verktøyet som intensivpasientene selv foretrakk. En NRS kan anvendes både på intuberte og ikke-intuberte intensivpasienter.

PASIENTENS ATFERD BØR OBSERVERES

Der pasientene ikke har mulighet til å angi smerteintensitet selv, vil ikke en NRS kunne brukes. I slike situasjoner anbefales det å bruke kartleggingsverktøy hvor sykepleieren observerer pasientens atferd for å kartlegge pasientens smerte (18).

Både internasjonale retningslinjer (18) og nyere analyser av tilgjengelige kartleggingsverktøy (24) anbefaler enten Behavioral Pain Scale (BPS) (25, 26) eller Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (27). Når man kartlegger smerte med

disse verktøyene, observeres pasientens atferd i ett minutt.

Deretter skåres de ulike atferdsområdene før man legger sammen delskårene til en total smerteskår, som brukes for å beskrive smerteintensiteten til pasientene. Både BPS og CPOT er oversatt til norsk og anvendt og validert på norske intensivpasienter (28–30).

KARTLEGGING MÅ SKJE SYSTEMATISK OG REGELMESSIG

Det er viktig å kartlegge smerte hos intensivpasientene systematisk og regelmessig, noe som også vektlegges i internasjonale retningslinjer (18). I et doktorgradsprosjekt vurderte Olsen og medarbeidere intensivpasienters smerte systematisk og regelmessig med enten NRS eller BPS.

I denne studien ble smertekartleggingen systematisert og gjort regelmessig ved å bruke en algoritme. Studien viste at denne måten å smertekartlegge pasientene på kunne ha betydning for både kortere respiratortid og kortere liggetid på intensivavdeling (31).

Funnene støttes av blant annet Chanques og medarbeidere, som viser at systematisk evaluering av smerte og agitasjon er assosiert med redusert forekomst av smerte, agitasjon, respiratortid og nosokomiale infeksjoner (se faktaboks) (32).

I tillegg vil man, hvis man kartlegger smerteintensiteten regelmessig, få en unik mulighet til å evaluere i hvilke situasjoner intensivpasienter får smerter, for eksempel om det er i ro eller under mobilisering.

«Det er viktig å kartlegge smerte hos intensivpasientene systematisk og regelmessig.»



Man vil også kunne følge smerteintensiteten over tid ved å se på hvordan smerteintensiteten utvikler seg, og kunne evaluere effekten av smertelindrende tiltak, for eksempel ved å sammenlikne smerteintensiteten før og etter et smertelindrende tiltak.

Hvis en pasient for eksempel kun har smerter under mobilisering og ikke i ro, kan man kanskje vurdere mer kortvirkende analgetika rett før mobilisering, men ikke mer grunnmedikasjon. Hvis en pasient for eksempel har smerter også i ro, bør man kanskje vurdere mer grunnmedikasjon.

Denne detaljkunnskapen om smertene kan altså brukes til å tilpasse og individualisere smertebehandlingen til pasientene.

SMERTEKARTLEGGINGENE MÅ DOKUMENTERES

Det er viktig at smertekartleggingene dokumenteres. Kun når smerteintensiteten er dokumentert, får man et godt bilde av smerten over tid. Ved å dokumentere smerteintensiteten kan man lett få et bilde av hvordan smerten er, istedenfor å måtte lete etter informasjon om smerte i annen skriftlig dokumentasjon, som det ofte er mye av.

Smerten bør vurderes og dokumenteres både når man forventer at pasienten har smerte, og når man ikke forventer at pasienten har smerte. Sammenliknet med for eksempel blodtrykk dokumenteres ikke kun de blodtrykksmålingene som er for lave.

Man dokumenterer også de målingene som er innenfor normalområdet

for å kunne få et helhetlig bilde. Slik bør det også være med smerte. Dokumentasjon av at pasienten ikke har smerter, er like viktig som dokumentasjon av at pasienten har smerter. Det er det store bildet som er viktig, og trendene i smerteintensiteten som er interessant.

SYKEPLEIEREN ER SENTRAL I SMERTEBEHANDLINGEN

Sykepleieren har en sentral og viktig rolle i smertebehandlingen av intensivpasienten. Sykepleieren er ofte til stede hos pasienten hele døgnet.

Derfor har sykepleieren en unik mulighet til å kartlegge og samle inn informasjon om smerten, blant annet om hvordan pasienten responderer på smertelindringen, og i hvilke situasjoner pasienten får smerter.

Det er legen som ordinerer de smertelindrende medikamentene, men det er ofte sykepleieren som eventuelt reduserer eller øker på medikamentene innenfor de ordinerte rammene, og som gir tilbakemelding på om smertelindringen er god nok. Vellykket smertelindring krever derfor et godt, tverrfaglig samarbeid.

Ofte trenger intensivpasientene sterke smertelindrende medikamenter, som for eksempel opioider. De siste årene har det vært en tendens til å gi multimodal smertelindring til disse pasientene (18). Det innebærer at det gis flere medikamenter som utfyller hverandre, og som angriper smerten på flere måter.

Slik behandling kan blant annet innebære ulike medikamenter og ulike administrasjonsmåter, men

også ulike typer blokader og ikke-medikamentelle metoder.

OGSÅ IKKE-MEDIKAMENTELLE METODER KAN BRUKES

Ikke-medikamentelle metoder er ofte en tilleggsbehandling til medikamentell behandling. Mens mange av de medikamentelle metodene har mange bivirkninger, er de ikke-medikamentelle metodene ofte både billige og ufarlige.

En ny litteraturgjennomgang viste at det har blitt forsket på om både hypnose, massasje, distraksjon, avslapning, spirituell omsorg, harpe-musikk, det å lytte til naturlige lyder, akupunktur og emosjonell støtte kan ha en effekt på smerter hos intensivpasienter (33).

Litteraturgjennomgangen viste at akupunktur, hypnose og det å lytte til naturlige lyder var assosiert med en reduksjon i smerteintensiteten hos intensivpasienter, og at det bør forskes mer på.

Kanskje det blir mer vanlig å tilby alternative smertelindrende metoder i fremtiden i tillegg til multimodal medikamentell smertelindring til denne pasientgruppen?

OVERLEVENDE KAN FÅ NYE HELSEPROBLEMER

Mange intensivpasienter som overlever intensivoppholdet, får nye eller forverrede helseproblemer etter intensivoppholdet. Disse nye eller forverrede helseproblemene kalles med en samlebetegnelse for «Post Intensive Care Syndrom» (PICS) og innebærer både fysiske, mentale og kognitive helseproblemer (34).



«Kun når smerteintensiteten er dokumentert, får man et godt bilde av smerten over tid.»

Mer enn 50 prosent av tidligere intensivpasienter har et eller flere slike nye eller forverrede helseproblemer etter intensivoppholdet (35). Det er derfor viktig å arbeide for å forbedre alle leddene i intensivbehandlingen, også egen sykepleiepraksis, slik at man

eventuelt kan forhindre at pasientene får plager etter intensivbehandlingen.

En enkel måte å forbedre praksis på når det gjelder smerter hos intensivpasientene, er å forbedre smertekartleggingen med systematisk bruk av pålitelige

smertekartleggingsverktøy og god dokumentasjon av kartleggingen.

Ved å forbedre egen praksis kan pasientene få bedre tilpasset smertelindring gjennom intensivoppholdet og eventuelt få en bedre hverdag etter intensivoppholdet. ●

REFERANSER

1. Norsk Sykepleierforbund. Definisjoner. Oslo; 2006. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner> (nedlastet 17.02.2020).
2. Puntillo K, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med.* 2010;38(11):2155–60.
3. Chanques G, Nelson J, Puntillo K. Five patient symptoms that you should evaluate every day. *Intensive Care Med.* 2015;41(7):1347–50.
4. Alasad JA, Abu Tabar N, Ahmad MM. Patients' experience of being in intensive care units. *J Crit Care.* 2015;30(4):859.e7–11.
5. Demir Y, Korhan EA, Eser I, Khorshid L. Factors affecting experiences of intensive care patients in Turkey: Patient outcomes in critical care setting. *J Pak Med Assoc.* 2013;63(7):821–5.
6. De Jong A, Molinari N, De Lattre S, Gniadek C, Carr J, Conseille M, et al. Decreasing severe pain and serious adverse events while moving intensive care unit patients: A prospective interventional study (the NURSE-DO project). *Crit Care.* 2013;17(2):R74.
7. Puntillo KA, Max A, Timsit JF, Vignoud L, Chanques G, Robleda G, et al. Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain(R) study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2014;189(1):39–47.
8. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology. 1994. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698> (nedlastet 17.02.2020).
9. So HM, Chan DS. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *Int J Nurs Stud.* 2004;41(1):77–84.
10. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(2):227–35.
11. Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med.* 1998;26(4):651–9.
12. Kemp HI, Laycock H, Costello A, Brett SJ. Chronic pain in critical care survivors: a narrative review. *Br J Anaesth.* 2019;123(2):e372–84.
13. Langerud AK, Rustoen T, Brunborg C, Kongsgaard U, Stubhaug A. Prevalence, location, and characteristics of chronic pain in intensive care survivors. *Pain Manag Nurs.* 2018;19(4):366–76.
14. Lopez-Alfaro MP, Echarte-Nuin I, Fernandez-Sangil P, Moyano-Berardo BM, Goni-Viguria R. Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enferm Intensiva.* 2019;30(3):99–107.
15. Gelinas C, Johnston C. Pain assessment in the critically ill ventilated adult: validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and physiologic indicators. *The Clinical Journal of Pain.* 2007;23(6):497–505.
16. Gelinas C, Chanques G, Puntillo K. In pursuit of pain: Recent advances and future directions in pain assessment in the ICU. *Intensive Care Med.* 2014;40(7):1009–14.
17. Jeitziner MM, Schwendimann R, Hamers JP, Rohrer O, Hantikainen V, Jakob SM. Assessment of pain in sedated and mechanically ventilated patients: An observational study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012;56(5):645–54.
18. Devlin JW, Skrobik Y, Gelinas C, Needham DM, Sooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46(9):e825–73.
19. Azevedo-Santos IF, DeSantana JM. Pain measurement techniques: Spotlight on mechanically ventilated patients. *J Pain Res.* 2018;11:2969–80.
20. Yang LL, Niemann CU, Larson MD. Mechanism of pupillary reflex dilation in awake volunteers and in organ donors. *Anesthesiology.* 2003;99(6):1281–6.
21. Lukaszewicz AC, Dereu D, Gayat E, Payen D. The relevance of pupillometry for evaluation of analgesia before noxious procedures in the intensive care unit. *Anesth Analg.* 2015;120(6):1297–300.
22. Storm H. Changes in skin conductance as a tool to monitor nociceptive stimulation and pain. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2008;21(6):796–804.
23. Chanques G, Viel E, Constantin JM, Jung B, de Lattre S, Carr J, et al. The measurement of pain in intensive care unit: Comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain.* 2010;151(3):711–21.
24. Gelinas C, Joffe AM, Szumita PM, Payen JF, Berube M, Shahiri TS, et al. A psychometric analysis update of behavioral pain assessment tools for noncommunicative, critically ill adults. *AACN Adv Crit Care.* 2019;30(4):365–87.
25. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.* 2001;29(12):2258–63.
26. Chanques G, Payen JF, Mercier G, de Lattre S, Viel E, Jung B, et al. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Med.* 2009;35(12):2060–7.
27. Gelinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care.* 2006;15(4):420–7.
28. Olsen BF, Rustoen T. Er den norske versjonen av «Behavioral Pain Scale» pålitelig og brukervennlig? *Sykepleien Forskning.* 2011;03(2):264–72. DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0168
29. Olsen BF, Rustoen T, Sandvik L, Miaskowski C, Jacobsen M, Valeberg BT. Development of a pain management algorithm for intensive care units. *Heart Lung.* 2015;44(6):521–7.
30. Storsveen A, Hall-Lord M-L. CPOT – verktøy for smertevurdering av intensivpasienter. *Sykepleien Forskning.* 2016;11(59668):(e-59668). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2016.59668
31. Olsen BF, Rustoen T, Sandvik L, Jacobsen M, Valeberg BT. Results of implementing a pain management algorithm in intensive care unit patients: The impact on pain assessment, length of stay, and duration of ventilation. *J Crit Care.* 2016;36:207–11.
32. Chanques G, Jaber S, Barbotte E, Violet S, Sebbane M, Perrigault PF, et al. Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006;34(6):1691–9.
33. Sandvik RK, Olsen BF, Rygh LJ, Moi AL. Pain relief from non-pharmacological interventions in the intensive care unit: a scoping review. *J Clin Nurs.* 2017;01.2020. DOI: 10.1111/jocn.15194
34. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502–9.
35. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, et al. Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Crit Care Med.* 2018;46(9):1393–401.

HOVEDBUDSKAP:

Det finnes ikke gode nok smertekartleggings skjemaer som er spesielt utviklet for voksne personer med utviklingshemning. Derfor har vi undersøkt om kartleggingsverktøyet MOBID-2-smereskala (Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia), som er utviklet for personer med demens, kan benyttes på voksne personer med utviklingshemning. Resultatet viser at tjenesteyterne klarer å kartlegge smerter også hos denne målgruppen, men at fremgangsmåten bør endres noe.

Smerter hos personer med psykisk utviklingshemning

Smertekartleggingsverktøyet MOBID-2 er beregnet på personer med demens. Det kan også fungere på personer med utviklingshemning, viser en pilotundersøkelse.

FORFATTERE

Stine Skorpen

Spesialsykepleier, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Merethe Haugland

Vernepleier, Nedre Eiker kommune

Diana Pareli

Førsteamanuensis, Høgskulen på Vestlandet

FOTO ILLUSTRASJONER

Morten Bendiksen



I dag er det flere personer med utviklingshemning som blir eldre enn for bare noen tiår siden (1). Voksne personer med utviklingshemning er mer utsatt for både fysiske og psykiske lidelser sammenliknet med befolkningen generelt. Hos noen starter dessuten aldringsprosessen opp tidlige enn forventet, og det kan gjøre dem mer sårbare for å utvikle aldersrelaterte sykdommer tidligere i livet (2–4).

Medfødte feilstillinger, ervervede lidelser og ofte usunne livsstilsvaner er risikofaktorer som kan medføre ulike smertetilstander (2, 5). Personer med utviklingshemning ser ikke nødvendigvis sammenhengen mellom en fysisk skade på kroppen og smerten de føler.

MINDRE SMERTESTILLENDE


Samtidig har mange personer med utviklingshemning problemer med å kommunisere at de har vondt noe sted. De har også vansker med å be om hjelp på grunn av sin utviklingshemning (6).

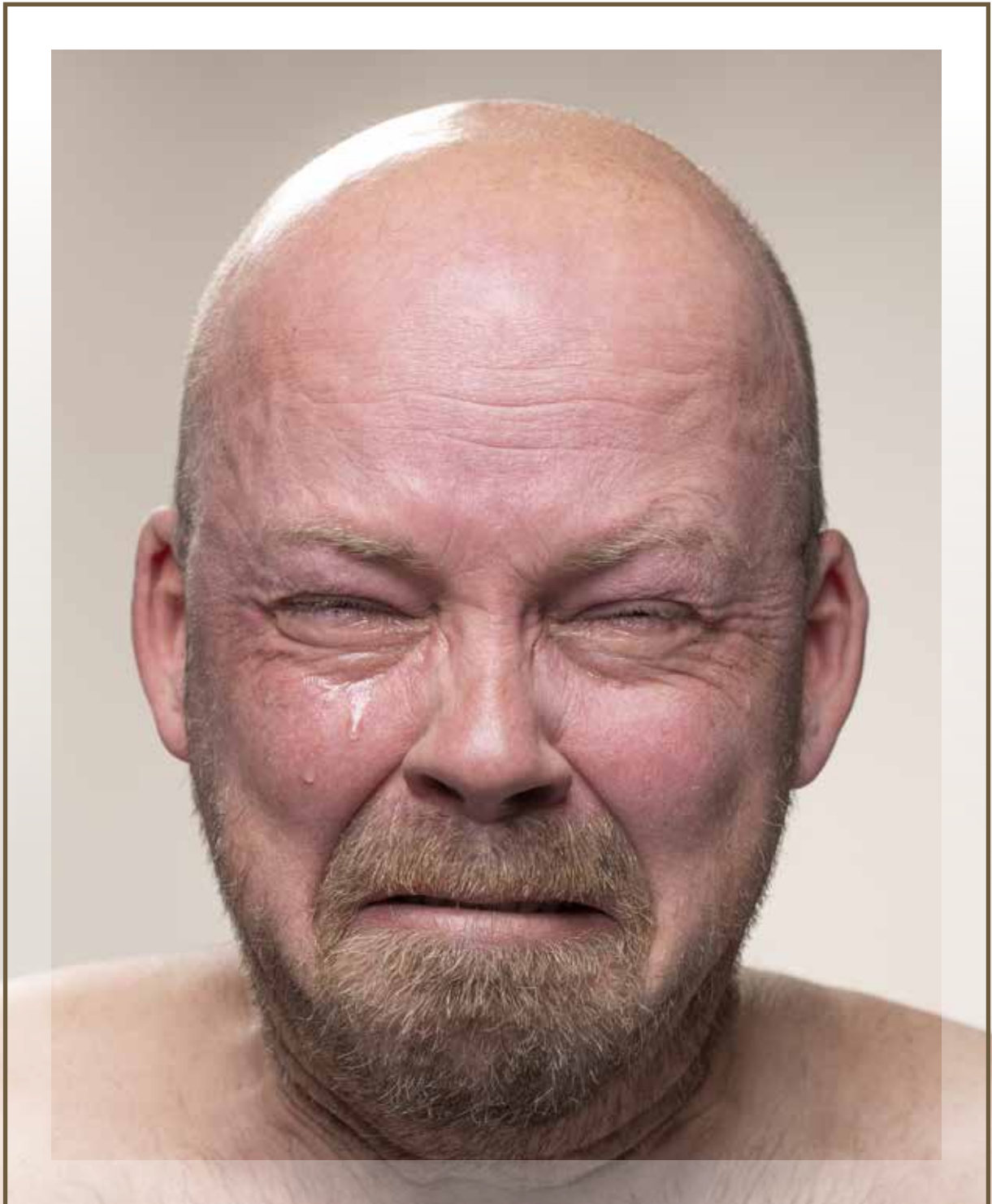
Undersøkelser fra inn- og utland viser at voksne og eldre personer med

kognitiv svikt mottar mindre smertestillende medikamenter enn personer med adekvate kognitive funksjoner, selv om mange lever med kroniske lidelser. Helsepersonell rapporterer at det er vanskelig å tolke de tvetydige signalene om smerter fra pasienter med demens eller fra personer med utviklingshemning (6, 7).

SMERTEKARTLEGGING

Kartleggingsverktøyet MOBID-2 står for Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia og ble utviklet for å kartlegge smerter hos personer med demens (7). MOBID-2 er ett av få smertekartleggings skjemaer som baserer seg på observasjon og berøring, og ikke på muntlig eller skriftlig tilbakemelding fra pasienten.

I 2015 gjennomførte en prosjektgruppe i Nedre Eiker kommune en vellykket implementering av MOBID-2 på personer med demens i sykehjem og hjemmetjenesten i kommunen. I tillegg skulle de i 2016 implementere MOBID-2 i bofellesskap og i samlokaliserte boliger for voksne personer med utviklingshemning. 



«92,3 prosent svarte at de ville anbefale MOBID-2 til andre kollegaer.»



Før de skulle iverksette implementeringen av MOBID-2, deltok vi i en pilotundersøkelse der vi ønsket å teste brukervennligheten til kartleggingsverktøyet på en gruppe voksne personer med utviklingshemning som bor i bofellesskap (se faktaboks). En slik undersøkelse er ikke gjort før. På landsbasis er det 18 564 personer med utviklingshemning over 16 år som har vedtak om tjenester etter helse- og omsorgsloven, og som bor i bofellesskap eller boliger med tilsyn (8).

PROSJEKTET

I forkant av pilotundersøkelsen hadde prosjektgruppen et møte med virksomhetslederen og alle mellomlederne i bofellesskapene for å forankre prosjektet før oppstarten.

Vi valgte ut to middels store bofellesskap der det til sammen bor tretten voksne og eldre personer med utviklingshemning. Parallelt utviklet vi en spørreundersøkelse ved hjelp av Questback med sju spørsmål som skulle besvares etter at MOBID-2 var brukt. Vi sendte ut informasjon om undersøkelsen til pårørende og verger og innhentet samtykke fra samtlige.

Før MOBID-2 tas i bruk, anbefales det å gjennomføre et standardisert opplæringsprogram for dem som skal ta skjemaet i bruk. Prosjektgruppen underviste og demonstrerte verktøyet i forkant av pilotundersøkelsen i begge boligene.

Prosjektlederen sto for undervisningen, som var spesielt tilrettelagt for dem som jobber med personer med utviklingshemning. Undervisningen omhandlet smerte relatert til

muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hud og hode.

Tjenesteyterne fikk også lære om hvordan personer med utviklingshemning kan uttrykke smerte. De lærte også litt om smertestillende medikamenter og bruk av smerteintensitetsskala. Etter teoriundervisningen gjennomførte prosjektgruppen et rollespill der tjenesteyterne fikk prøve å fylle ut smerteskalaen etter å ha observert en undersøkelse.

Etter undervisningen avtalte prosjektgruppen en tid for oppfølging. Da kom de tilbake til boligen og svarte på spørsmål om MOBID-2 og hjelp til med andre problemstillinger som hadde dukket opp underveis.

MOBID-2-SMERTESKALAEN

Det anbefales at to personer som kjenner pasienten eller brukeren godt, skal utføre undersøkelsen sammen. En skal utføre bevegelsene, mens den andre skal observere reaksjoner hos pasienten eller brukeren.

MOBID-2-skjemaet har to sider. På den første siden skal det registreres smerteatferd og smerteintensitet mens pasienten eller brukeren blir ledet gjennom fem øvelser:

- åpne begge hender
- strekke armene mot hodet
- bøye og strekke ankler, knær og hofte
- snu seg i sengen
- sette seg opp på sengekanten

På side to av skjemaet skal det kartlegges smerteatferd relatert til følgende:

- hode, munn og hals
- bryst, lunge og hjerte
- øvre del av mage

- bekken, nedre del av mage
- hud, infeksjon, sår

KROPPSSKISSE

En kroppsskisse på skjemaet skal gjøre det lettere å fokusere på alle lokalisasjoner for den enkelte. Den som utfører undersøkelsen, skal vurdere og sette skår på en smerteintensitetsskala og krysse av for hva vedkommende observerer av ansiktsuttrykk eller verbale ytringer. Den som undersøker, skal aldri spørre om pasienten eller brukeren har vondt mens vedkommende holder på med undersøkelsen.

Til sist skal den som har utført undersøkelsen og gjort observasjoner, gi en helhetlig vurdering av pasientens eller brukerens smerte. Ved skår over 3 skal tiltak iverksettes. Tiltak kan være at pasienten eller brukeren får smertestillende medikamenter.

I forkant kan smertestillende medikament være ordinert «ved behov» i pasientens eller brukerens pasientjournal. Hvis det ikke er bestemt hva vedkommende kan få, må lege kontaktes. Lege må også kontaktes hvis pasienten har smerter som trenger annen smertelindring.

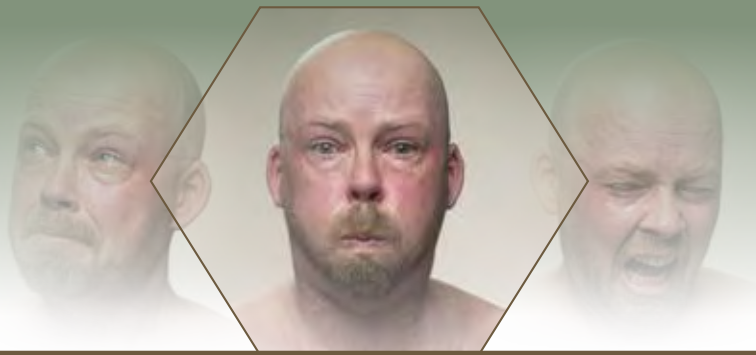
SPØRREUNDERSØKELSEN

Questback-skjemaet ble sendt via e-post til 16 tjenesteytere, og resultatet ble en svarprosent på 81.

I det første spørsmålet spurte vi om de har lært mye nytt om smerter og smerteatferd etter å ha deltatt i undervisningen. 53,8 prosent svarte at de hadde lært mye nytt, mens 46,2 prosent svarte at de kunne det meste fra før. I denne undersøkelsen visste vi ikke noe om respondentenes utdanningsnivå,



«Vi vet at mange personer med utviklingshemning er mer vare og sårbare for endringer i rutiner enn mange andre.»



men vi tror at majoriteten er utdannet som helsefagarbeidere.

LETT Å BRUKE SKJEMAET

Det neste spørsmålet dreide seg om hvorvidt skjemaet var intuitivt og enkelt å bruke. «Ja», svarte 84,6 prosent, og «nei», svarte kun 15,4 prosent. Det kom inn to kommentarer til spørsmålet. Den ene kommenterte at «det er vanskelig å gå inn to stykker på rommet for å observere». Den andre kommenterte at «brukergruppen ikke passer inn».

De to kommentarene er ikke så lette å tolke, da de er svært korte og uten forklaring på henholdsvis hva som gjør det vanskelig med å være to observatører, og hvorfor brukergruppen ikke passer inn. Men hvis vi sammenlikner med kommentarene fra de andre spørsmålene under, så mener de trolig at noen beboere ikke tolererer endringer av rutiner. Hvis det alltid pleier å komme én person i morgenstellet, kan det føles utrygt hvis det kommer to.

Kommentar nummer dreide seg om at brukergruppen ikke passer til å bruke skjemaet. Begge kommentarene handler vel egentlig ikke om skjemaet, men om det å få til undersøkelsen.

MOTSTAND MOT ØVELSENE

Spørsmål nummer tre handlet om hvordan det gikk å utføre undersøkelsen. Det var kun tolv personer som svarte på dette spørsmålet, mot 13 som besvarte de andre spørsmålene. 58,3 prosent svarte at det gikk fint å utføre undersøkelsen. 41,7 prosent svarte at det var vanskelig.

Til dette spørsmålet fulgte det med fem kommentarer. En kommentar lød at «dette er brukere som har så faste rutiner og har mye motstand mot endringer.

I tillegg liker de ikke å få beskjed om hva de skal gjøre».

En annen skrev at «brukerne motsetter seg å gjøre øvelsene, men vi gjennomførte det likevel uten forklaring på hva vi holdt på med eller uten å oppfordre til samarbeid. Observerte heller under stell, og fikk utført noen av øvelsene likevel».

VARE FOR ENDRINGER

To andre kommentar lød som følger: «Brukerne nektet å samarbeide» og

«brukeren ville ikke, prøvde flere ganger». Til sist var det en som sa: «Vi er ikke vant til å bruke det, det kreves mer implementering hos hele personalgruppen hvis dette skal anvendes.»

Vi vurderer og tolker det siste sitatet som at vedkommende syntes at personalgruppen hadde fått for lite forklaring, opplæring og oppfølging i hvordan og hvorfor de skulle bruke MOBID-2. Det virker også som om tjenesteyterne ikke hadde fått god nok informasjon om at det er lov å være kreativ og tenke utradisjonelt når de vil lete etter smerter og benytte skjemaet.

Fremgangsmåten, med en som observerer og en som berører personen som skal undersøkes, vil kanskje ikke fungere like godt til målgruppen personer med utviklingshemning.

Vi vet at mange personer med utviklingshemning er mer vare og sårbare for endringer i rutiner enn mange andre. Derfor er det litt opp til primærkontaktene å finne ut den best tenkelige måten å få utført undersøkelsen på for hver især. Men det var over halvparten, nesten 60 prosent, som hadde svart at det gikk greit å utføre undersøkelsen, og hadde ingen kommentarer til det.

MANGLER SPRÅK FOR SMERTE

Spørsmål fire spurte informantene om det var vanskelig å vurdere og tolke smerteintensitet, og ba vedkommende fylle ut resultatet på skalaen. 61,5 prosent av informantene svarte at de syntes det var vanskelig å vurdere smerteintensitet og fylle ut skjemaet. 38,5 prosent syntes det var enkelt. Til dette spørsmålet lå det ved åtte kommentarer fra informantene.

FAKTA

Prosjektdeltakere i pilotundersøkelsen av MOBID-2 på voksne personer med utviklingshemning

- Ann Karin Johannesen, prosjektansvarlig for MOBID-2-implementering i Nedre Eiker kommune.
- Diana Pareli, sykepleier og prosjektleder for MOBID-2-implementering i Nedre Eiker kommune.
- Janne Gundersen, hjelpepleier og prosjektmedarbeider i MOBID-2-implementeringen i Nedre Eiker kommune.
- Stine Skorpen, spesialsykepleier og fagkonsulent fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Ansvar for Questback og skriftlig rapportering av pilotundersøkelsen.
- Merethe Haugland, vernepleier i Nedre Eiker kommune, prosjektdeltaker som bidro med casen i denne artikkelen.

«Det er viktig at det er personalet som kjenner personen meget godt, som skal gjøre undersøkelsen.»

Flere av kommentarene handlet om at brukeren ikke har språk, slik at det er vanskelig å kommunisere med dem, og dermed vanskelig for tjenesteyterne å vite om de tolker riktig på skalaen: «... fordi brukeren noen ganger ikke kan beskrive sin egen opplevelse av smerter». Denne kommentaren tyder på at vedkommende ikke hadde fått god nok informasjon om at skjemaet er beregnet nettopp på dem som ikke kan gjøre rede for seg muntlig.

En annen skrev at «noen av brukeren skjuler smerten». Dette utsagnet er en subjektiv tolkning av en annens persons følelser. En annen kommentar som derimot ga mening, var følgende: «Det er ikke lett å tolke ansiktsuttrykk bestendig.» Det er vi enige i, og den kommentaren sammenfaller med følgende utsagn: «Det er individuelle forskjeller, og man bør kjenne pasienter uten språk veldig godt.»

VIKTIG Å KJENNE BRUKEREN

En annen sa at «brukeren har ikke språk, og det er vanskelig å se om han har smerter, vi merker det på fargen i ansiktet og humøret hans». Denne kommentaren illustrerer godt hvor viktig det er at det er personalet, som kjenner personen meget godt, som skal gjøre undersøkelsen. De er de eneste som er kompetente nok til å fylle ut på skalaen. Hvis de er usikre, kan de prøve igjen dagen etter.

Til sist var det en som kommenterte at «det kan være vanskelig fordi noen brukere vil kunne uttrykke at det gjør vondt, uansett smerte eller ikke». Den siste kommentaren kan vi også tolke som at vedkommende ikke hadde fått god nok opplæring i at skjemaet baserer seg på observasjon og

ikke på muntlige tilbakemeldinger.

Det var cirka 60 prosent som syntes det var vanskelig å fylle ut riktig på smerteskalaen. Dette resultatet sammenfaller med liknende spørreundersøkelser blant dem som jobber med personer med demens.

Prosjektgruppen har fra før implementert MOBID-2 i sykehjem og hjemmetjenesten i Nedre Eiker kommune. De fant ut at erfarne MOBID-2-brukere sier at det går lettere når de har blitt trygge på å benytte skjemaet.

MOBID-2 VAR NYTTIG

Videre spurte vi om de avdekket smerteatferd hos personen de undersøkte og observerte. 61,5 prosent avdekket smerteatferd, mens 38,5 prosent ikke fant noen smerter. Det lå ikke ved noen kommentarer til dette spørsmålet. Svaret viser bare at de avdekket smerte og nyanserer ikke rundt graden av smerte eller hvorvidt de fikk smertestillende medikamenter i etterkant.

Vi spurte om MOBID-2 ville være et nyttig verktøy for dem som tjenesteytere fremover. På dette spørsmålet svarte 84,6 prosent at verktøyet ville være nyttig for dem fremover. 15,4 prosent svarte at det ikke ville være nyttig. Til dette spørsmålet lå det ved to kommentarer. En sa at «det er vanskelig å benytte MOBID-2 med vår brukergruppe».

TRENGER MER OPPLÆRING

Den andre kommenterte følgende: «Det er allerede fokus på at ved atferdsendring skal det somatiske sjekkes ut først. Jeg vil ikke si at det ikke er et nyttig verktøy, men det må implementeres bedre i personalgruppen først hvis det skal bli anvendt, tenker

jeg». Den siste kommentaren er en viktig tilbakemelding.

Tjenesteyterne må få bedre opplæring i og oppfølging av hvordan de bruker skjemaet. For å få til en vellykket implementering av MOBID-2 bør lederne involvere seg mer i implementeringsprosessen.

Det siste spørsmålet dreide seg om hvorvidt de ville anbefale MOBID-2 til andre kollegaer. 92,3 prosent svarte at de ville anbefale MOBID-2 til andre kollegaer. 7,7 prosent, det vil si én respondent, sa at vedkommende ikke ville anbefale å bruke dette skjemaet til målgruppen voksne personer med utviklingshemning.

CASE

Før vi oppsummerer, ønsker vi å ta med en historie fra en vernepleier som kan illustrere hvor viktig det kan være å kartlegge smerter systematisk hos personer som ikke selv kan si ifra om hva som plager dem.

Denne historien handler om en mann på snart 60 år. Han er født med et sjeldent syndrom der det er vanlig med misdannelser i kraniet, syns- og hørselsskader, trange luftveier og stive ledd, spesielt i knær og albuer. Etter først å ha bodd noen år i en større institusjon har han bodd i et bofellesskap de siste 25 årene.

Han er svært stiv i knærne og kan ikke bevege kneleddet. Han har ofte en utfordrende atferd. I tillegg vandrer han mye rundt med støtte av rullator, både når han er på dagtilbud og hjemme i bofellesskapet. Det er ikke uvanlig at han går i åtte timer eller mer per døgn.

Han har språk, men gjentar ofte ting. Han kan stille det samme spørsmålet veldig mange ganger i løpet av kort



«Mange personer med utviklingshemning har problemer med å kommunisere at de har vondt noe sted.»

Tips til sykepleiere

FAKTA

Slik tar du i bruk MOBID-2

Vi har laget en liste med forslag som kan være til hjelp for dere som vil ta i bruk MOBID-2-skjemaet.

- Innføring og bruk av MOBID-2 må forankres godt i ledelsen før oppstart.
- Spesieltrent helsepersonell skal undervise og drive opplæring av MOBID-2. Alle ansatte må få opplæring i små grupper. Det er viktig med oppfølging én uke etter første gangs opplæring.
- En «superbruger» bør få ekstra opplæring og avsatt arbeidstid for å følge opp og dokumentere kartlegging med MOBID-2 i bofellesskap.
- MOBID-2-skjemaet må bare benyttes av personell som kjenner beboeren som skal kartlegges, meget godt.
- Fastleger må informeres om at dere skal i gang med å benytte MOBID-2. Det er en god investering å få til et godt samarbeid med legene fra oppstarten av.
- I tillegg til å kartlegge og lindre smerte til en person med utviklingshemning bør dere samtidig kartlegge miljøet vedkommende lever i, for å finne ut hva som eventuelt fører til smerte og hvilke strukturelle tiltak som bør endres eller igangsettes.

Forslagene er basert på erfaringer etter en pilotundersøkelse av hvor brukervennlig smertekartleggingsskjemaet MOBID-2 er på voksne personer med utviklingshemning.

tid. Han har også en innlært atferd der han sier at enhver berøring er smertefull, spesielt i stellesituasjoner. Da kan smerteutrop komme uavhengig av berøringen.

På kveldstid klager han mye over hodepine, uavhengig av om han har fått smertestillende. I tillegg har han et unormalt søvnmønster, der han har hatt en tendens til å stå opp i femtiden på morgenen.

FASTLEGEN GA PARACETAMOL

Under en konsultasjon hos fastlegen tok tjenesteyteren som ledsaget brukeren til kontroll, opp smertelindring på vegne av brukeren. På spørsmål fra legen svarte brukeren selv at han ikke hadde smerter. Brukerens svar samsvarer ikke med personalets observasjoner om at han tidvis er tydelig smertepåvirket. Svaret samsvarer heller ikke med kunnskap om hvordan stive ledd og misdannelser ofte medføre smerter.

Fastlegen bestemte at brukeren kunne starte med paracetamol, 1 gram x 3. Tjenesteyteren påpekte til legen at paracetamol har liten eller ingen effekt på smerter i muskulatur og ledd. Fastlegen fastholdt at det var paracetamol eller ingenting han ville ordinere, da brukeren tidligere har respondert dårlig på smertebehandling.

KARTLEGGING

Primærkontakten utførte den første MOBID-2-kartleggingen av brukeren rett etter at hun hadde fått opplæring

av prosjektgruppen i hvordan skjemaet skulle brukes. Den første testen hun utførte på brukeren, var å bøye foten hans litt opp for å få på ham sko. Den bevegelsen førte til at hun observerte unnvikelsesatferd med spark av ben, smertelyder og tydelige grimaser.

I utgangspunktet hadde primærkontakten en formening om at brukeren hadde smerter spesielt i området rundt knærne. Han hadde ikke tidligere vist noen spesielle tegn til smerter i ankene, men ved første kartlegging og senere kartlegginger registrerte primærkontakten smerter i begge ankene.

På grunn av oppstartsvansker med registreringene utførte primærkontakten kartlegginger over tre uker. Resultatet av kartleggingene viste at han hadde smerter til tross for at han hadde fått paracetamol tre ganger daglig. Primærkontakten bestilte ny time hos fastlegen for brukeren. Hun viste fastlegen resultatene fra MOBID-2-kartleggingen og spurte på vegne av brukeren om han kunne få tilbud om et smerteplaster i stedet for flere tabletter.

BEDRE MED SMERTEPLASTER

Fra bofellesskapet har de gode erfaringer med å bruke smerteplaster på andre beboere fordi det gir jevn smertelindring gjennom hele døgnet. Fastlegen skrev ut en kur på Norspan-depotplaster, 5 mikrogram for fire uker. Fastlegen ønsket at primærkontakten skulle gjennomføre en ny kartlegging av smerte etter at brukeren hadde begynt med depotplasteret.

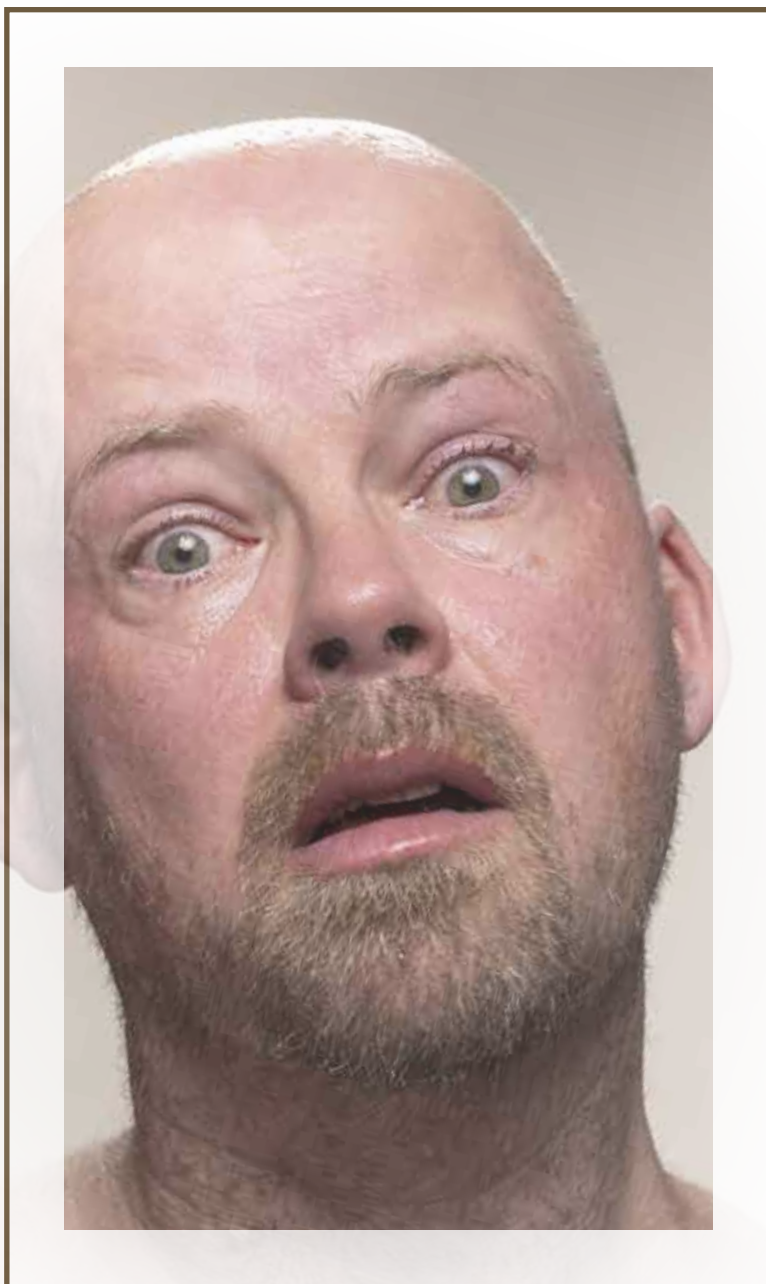
En uke etter oppstarten med smerteplaster foretok primærkontakten en ny kartlegging med MOBID-2 på brukeren og fikk nye resultater.

MOBID-2-smertekartleggings-skjema

Se skjema og QR-kode på side **99**



«For å få til en vellykket implementering av MOBID- 2 bør lederne involvere seg mer i implementeringssprosessen.»



Bevegelser som tidlige ga utslag og viste smerter, gikk nå å gjennomføre uten at hun kunne se tegn til smerter hos brukeren. Brukeren hadde også endret søvnmønster og sov bedre om natten enn tidligere.

Primærkontakten fortsatte å kartlegge med MOBID-2 i to uker etter at smertebehandlingen startet. Lederen i bofellesskapet formidlet resultatene av kartleggingen til fastlegen, og i dag får brukeren paracetamol, 1 gram x 3 og Norspan-depotplaster, 5 mikrogram per døgn. Han har fått godkjent smertepletter på blå resept.

OPPSUMMERING

Ut fra svarene i spørreundersøkelsen sier tjenesteyterne at skjemaet er intuitivt og enkelt å bruke. De synes det er vanskelig å gjennomføre undersøkelsene på de beboerne som er vare for endringer i rutiner og skeptiske til nye ting. Etter denne pilotundersøkelsen har vi vurdert ulike endringer som bør gjennomføres av fremtidige brukere av MOBID-2.

De som skal gjennomføre teoriundervisning i forkant, må tydelig informere dem som skal utføre kartleggingen om at de må være kreative og løsningsorienterte når målgruppen er personer med utviklingshemning. Da kan vi ikke alltid benytte den fremgangsmåten som opprinnelig ble prøvd ut på personer med demens, der det var to fra personalet til stede under kartleggingen.

VEIEN VIDERE

Denne pilotundersøkelsen er for liten til å gi noe svar, men den har gitt oss noen tendenser. I løpet av høsten 2017 skal et fagmiljø på Hamar teste ut MOBID-2 i regi av prosjektet «Kompetanseheving i

NOTISER

◆ Tekst

Nina Hernæs og Liv Bjørnhaug Johansen

Visste du dette?

ME-pasienter har smerter

ME-foreningen gjorde i 2018 en kartleggingsundersøkelsen av situasjonen til pasienter med alvorlig ME. Da de blir bedt om å rangere de fem mest belastende symptomene, trakk 60 prosent av ME-pasientene frem muskel- og skjelettsmerter. Dermed kommer muskel- og skjelettsmerter på andreplass som det mest plagsomme symptomet etter tretthet. 12 prosent angir smerter som det aller mest plagsomme symptomet.

Pasienter med kroniske smerter får ikke god nok behandling

Det er et betydelige gap mellom optimal behandling og faktisk behandling av langvarige ikke-kreftrelaterede smerter, fant sykepleieforsker Kine Gjesdal ved UiS i sitt ph.d.-studie fra 2019.

Gapet skyldes at smertebehandlingen pasienten får, er lite tilpasset den enkelte pasient. En annen årsak er at informasjonsutvekslingen ikke er god nok, verken mellom pasient og behandler, eller mellom behandler på ulike tjenestenivåer.

I tillegg finner hun at det mangler ressurser, og at det er lange ventelister i den tverrfaglige helsehjelpen ved de offentlige smerteklinikkene.

lindrende omsorg og behandling innenfor tjenester til personer med utviklingshemming». De skal benytte kvalitative intervjuer for å evaluere skjemaet.

De fleste deltakerne i pilotundersøkelsen syntes det var vanskelig å tolke smerter og registrere intensiteten på smerteskalaen, men tjenesteyterne i Nedre Eiker kommune klarte det.

MOBID-2 fungerer for å avdekke smerter hos voksne personer med utviklingshemming. De som har benyttet kartleggings-skjemaet, mener at det er «det beste vi har på markedet for tiden».

Prosjektgruppen mener at er det et godt verktøy, men fremgangsmåten bør endres noe for at det skal bli tilrettelagt for personer med utviklingshemming. Vi håper at MOBID-2 skal testes ut i større skala for å gi oss mer vitenskapelige svar på sikt. ●

REFERANSER

1. Sandberg M, Ahlström G, Kristensson J. Patterns of somatic diagnoses in older people with intellectual disability: A Swedish eleven year case-control study of inpatient data. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2015;30(1):157-71.
2. Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. Helseoppfølging av personer med utviklingshemning. Trondheim: NAKU; 2007. Tilgjengelig fra: http://naku.no/sites/default/files/Helserapport_0.pdf (nedlastet 02.11.2017).
3. Davis R, Proulx R, van Schrojenstein Lantman-de Valk H. Health issues for people with intellectual disabilities: the evidence base. I: Taggart L, Cousins W, red. Health promotion for people with intellectual and developmental disabilities. Berkshire, England: Open University Press; 2014 (s. 7-16).
4. Scott HM, Haverkamp S. Systematic review of health promotion programs focused on behavioral changes for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2016;54(1):63-76.
5. NOU 2016:17. På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemning. Oslo: Departementenes servicesenter; 2016.
6. Findlay L, Williams AC, Scior K. Exploring experiences and understandings of pain in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*. 2014;58(4):358-67.
7. Husebø B. Smerteevaluering ved demens. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009;129:1996-8.
8. Helsedirektoratet. Personer med utviklingshemnings bruk av fylkeskommunale og kommunale helse- og omsorgstjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Rapport IS-2555.



REPORTASJE



● Tekst & Foto

Eivor Hofstad, journalist i Sykepleien
eivor.hofstad@sykepleien.no

DÅRLIG SØVN: I perioder kommer Ellen Dahl seg ikke ut av senga og må sove sittende. Hun ønsker seg en smertebehandling som fungerer.





– Jeg er utrolig
glad for at jeg har
høy **SMERTE**terskel

Opp mot 60 prosent av LAR-pasienter har kroniske smerter.
Ellen Dahl er en av dem. Hun har blant annet medfødt spinal stenose
og opplever å få lite hjelp mot sine invalidiserende rygg smerter.





Gjennomsnittsalderen for LAR-pasientene øker, og med alderen kommer somatiske sykdommer og skader som kan gi både kroniske og akutte smerter.

I normalpopulasjonen rapporterer 30 prosent om kroniske smerter, mens blant LAR-pasienter er tallet mellom 40 og 60 prosent, ifølge Eduard Grieg, overlege ved ruspoliklinikkene ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål. Han presenterte tallene på LAR-konferansen i 2018.

Ellen Dahl er en av LAR-pasientene som i lang tid har slitt med smerter. Hun har dem i ryggen. I mai blir hun 60 år. Da hun var 15, begynte hun å ruse seg med morfin. Heroin hadde ikke kommet på gata i Oslo ennå.

– Det var ikke på grunn av rusen, men det ga meg ro. Jeg hadde angst etter å ha blitt misbrukt seksuelt som barn, forteller hun til Sykepleien i begynnelsen av januar i år.

Stemmen er skral og tett på grunn av en langvarig forkjølelse og bihulebetennelse.

BIVIRKNINGER AV LAR-MEDIKAMENTENE

For 19 år siden kom Dahl inn i LAR-behandling og fikk metadon.

LAR står for legemiddelassistert rehabilitering, det vil si substitusjonsbehandling for opiatavhengighet som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Formålet er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og bistand til å endre sin livssituasjon gjennom å bedre sitt mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioidavhengighet og faren for overdosedødsfall.

– Metadonet ga meg mange bivirkninger. Konstant diaré, blant annet, sier hun.

– Etter en koloskopi fjernet de noen polypper, men det hjalp ikke så mye.

– Til slutt begynte jeg å kaste opp hver gang jeg tok metadonet. Det pågikk i et og et halvt år. Jeg ba om

å få Subutex (buprenorfin), men de ansvarlige på Ullevål mente det ikke var egnet for meg, hevder hun.

Dahl gjetter at det var fordi hun var uføretrygdet på grunn av angsten.

– Hadde jeg blitt trygdet to år senere, hadde det vært på grunn av ryggen, og jeg ville antakelig fått Subutex, tipper hun.

I 2018 gikk hun ut av LAR, fordi hun ikke klarte mer av all oppkast. Hun begynte med Subutex sommeren 2019.

– Det fungerer ikke noe særlig bedre, sier hun.

Dahl sliter fremdeles med diaré, men slipper oppkast. Hun mener Subutexen gir henne en lei bivirkning:

– Jeg er blitt veldig ustø og har blant annet brukket albuen etter et fall. Folk tror jeg er full, enda jeg har omtrent sluttet med alkohol etter at det ble oppdaget en liten leverskade i sommer.

FIKK PÅVIST SPINAL STENOSE

Ellen Dahl gikk i flere år med sterke smerter i korsryggen og klaget til fastlegen uten å oppleve at hun ble trodd.

– Til slutt sendte han meg motvilleg til MR i 2011. Jeg hadde inntrykk av at det var for å bevise for meg at jeg ikke feilte noe. Bildene viste at jeg hadde to skiveutglidninger samt medfødt spinal stenose. Først da fikk jeg Paralgin forte fast, men selvfølgelig altfor lite og sjeldent.

Hun har riktignok tatt Paralgin forte fra hun var ganske ung på grunn av sterke menstruasjonsmerter, men hun kan telle på en hånd de gangene hun har tatt mer enn åtte piller på en dag.

– Kurven min over forbruket har ikke gått oppover. Jeg har alltid fått stempelet «god rusmestring».

KJØPER ILLEGALT

I de siste årene har Dahl også hatt isjiasliknende smerter som stråler fra korsryggen og nedover baksiden av låret til midt på leggen.

– Det virker som helsepersonell synes jeg skal være glad jeg får noe smertestillende i det hele tatt.

I et ansvarsgruppemøte hun hadde med LAR-teamet og sin fastlege i høst, ble det ifølge Dahl sagt at hun ville bli avhengig hvis hun fikk sterke smertestillende. Hun har hatt to leger som har uttalt at de er redde for lisensen sin hvis de skriver ut sterke smertestillende til henne.

– Hadde jeg ikke vært i LAR, ville jeg sannsynligvis fått sterke smertestillende oftere. Etter at jeg byttet fastlege i fjor sommer, har jeg vel til sammen fått 20 Paralgin forte. Det er altfor lite, og jeg havner i en ond sirkel.

Hun kjøper smertedempende (oxycotin) og angstdempende benzodiazepiner illegalt i stedet.

– Men det gjør meg redd, fordi da vet jeg ikke hva jeg får. Jeg er også redd for å fortelle det til legen min, men tror jeg må si det i neste ansvarsgruppemøte. Jeg synes ikke at jeg får noe særlig smertelindring av oxycotin. Paralgin forte fungerer bedre for meg, men det får jeg ikke tak i på gata.

HØY SMERTETERSKEL

Ellen Dahl bor i Alna bydel i Oslo, og hennes LAR-oppfølging skjer dermed i regi av Ahus. Hun har aldri blitt henvist til noen smerteklinikk.

Men det verker konstant i korsryggen til Ellen Dahl. Noen ganger låser det seg helt.

– Jeg er utrolig glad for at jeg har en høy smerteterskel. Jeg fødte to barn uten noen form for smertelindring. Folk er jo forskjellige, og på det punktet har jeg vært heldig. Andre med spinal stenose som ikke er i LAR, forstår ikke at jeg er på beina så ofte som jeg er. Men jeg kan love at jeg har mine perioder med totalt invalidiserende smerter der jeg ikke kommer ut av senga i det hele tatt.

I slike perioder sover hun nesten sittende og danderer så godt hun kan med puter som støtte.

Dahl er lettet for at hun endelig fikk en diagnose på ryggglidelsene sine, slik at hun kunne slippe å føle det stigmaet hun alltid hadde følt da hun klagde over ryggmerter til legen sin.

BLE LYTTET TIL:
– Dette var første gangen jeg ikke brøt sammen i gråt på et ansvarsgruppemøte, sier Ellen Dahl om møtet hun hadde med LAR-teamet og fastlegen sin i midten av januar.



«Til slutt sendte han meg motvillig til MR i 2011. Jeg hadde inntrykk av at det var for å bevise for meg at jeg ikke feilte noe.» Ellen Dahl, LAR-pasient

– Men det er jo litt feil å bli glad for å få vite at man har en lidelse som etter hvert kan føre til operasjon som i verste fall kan føre til at jeg blir lam.

VEKTNEDGANG

Etter at Ellen Dahl begynte på Subutex i fjor sommer, raste hun ned i vekt.

– Jeg er høy, og trivselsvekten min er 68 kilo. Plutselig veide jeg bare 55. Fastlegen min ville ikke søke om å få støtte til proteindrikk til meg. Da byttet jeg fastlege. Den nye fikset proteindrikk til meg med én gang.

Dahl forklarer at da hun gikk over til Subutex, var avtalen med LAR-teamet at hun skulle få tre valium per dag mot angsten. Men den ble det bråstopp med den 4. september. Hun har bare fått en 25-pakning av fastlegen sin etter det.

– Jeg begynte i samtalerapi for mange år siden, men det var for tidlig. Jeg klarte ikke å fortsette. Nå er jeg moden for det, men har fått beskjed fra LAR om at det koster 350 kroner i egenandel per gang, og de vil at jeg skal komme en gang i uka. Det har jeg ikke råd til med trygden min.

Dahl omtaler LAR nesten som en person. For henne er det en grå uformelig masse med maktpersoner som bestemmer mye over henne.

– Jeg har lenge prøvd å få vite hvem som er min koordinator, men har ikke klart det, sier hun.

TRE ØNSKER

Ellen Dahl har tre ønsker, som hun har tenkt å legge frem på neste ansvarsgruppemøte med LAR-teamet i midten av januar:

Hun vil avruses fra Subutex.

Hun vil ha samtalebehandling mot angsten og traumene etter å ha blitt seksuelt misbrukt i barndommen, men har ikke råd å betale egenandel for det.

Hun vil ha medisiner mot smertene og angsten.

BEDRING I SIKTE

Da Sykepleien møter Dahl på kafé etter møtet i ansvarsgruppen den 21. januar, er hun mer optimistisk.

– Ansvarsgruppemøtet gikk stille og rolig for seg. Det var nesten som om de hadde hørt klagene mine til pasientombudet i Oslo og Akershus, sier hun.

Dahl har ringt ombudet flere ganger og klaget to ganger.

– Seinest før jul fordi jeg ble ignorert, og ingen svarte når jeg forsøkte å ringe LAR for å få greie på hvem som var min koordinator. De anbefalte meg å klage til Fylkesmannen. Også Fylkesmannen mente jeg hadde en klagesak og sendte meg de formelle skjemaene. Men jeg klaget ikke.

– Hva skjedde på møtet?

– De lyttet til meg. Jeg fikk endelig vite hvem som er min koordinator. Dette var første gangen jeg ikke brøt sammen i gråt på et ansvarsgruppemøte. Jeg

pleier ikke sippe, men de møtene har fått meg til å føle meg så maktesløs.

– Hva ble bestemt?

– Subutexen er redusert fra 18 til 16 mg om dagen. Jeg merker ingen forskjell, verken på virkning eller bivirkninger av det foreløpig, og nå er det femte dagen.

Ellen Dahl får dekket tannbehandling mens hun er i LAR, så det er en god grunn til ikke å seponere Subutexen helt. Hun har ingen av sine originale tenner igjen og gleder seg til å kunne smile uten å tenke på hvordan hun ser ut. Hun regner med å ha nye tenner på plass innen sommeren.

Hun har også fått psykologen til å skjønne at hun har blitt misbrukt.

– Jeg fikk vite at det finnes et kommunalt frikort jeg kan bruke hos psykolog og andre helsetjenester, så da tenker jeg at jeg skal kunne ha råd til å gå til samtaler der. Men de vil fremdeles ikke gi meg angstdempende eller smertestillende tabletter.

– Hva gjør de med smertene dine?

– Legen min anbefaler at jeg setter meg på venteliste for operasjon og har foreslått alternativer som fysioterapi og kiropraktor. Men det er stor risiko for å bli lam ved operasjon, så jeg vet ikke om jeg vil det. Jeg har forsøkt fysioterapi, men ble verre. Kiropraktor har hjulpet meg før, men det koster jo penger. Kanskje jeg må be om å bli henvist til en smerteklinikk på neste ansvarsgruppemøte. ●

— Helt forferdelig at vi ikke skal bli trodd

Det Ellen Dahl opplever, er et utbredt problem, erfarer Vidar Hårvik, daglig leder i brukerorganisasjonen Marborg. Overlege Camilla Huseby oppfordrer sykepleiere til å sende LAR-pasienter med smerter til utredning.

● Tekst Eivor Hofstad



Hårvik er selv LAR-pasient og kjenner til hvordan det er å oppleve at man ikke blir trodd.

– Jeg har hørt helsepersonell si: «Nei, han har sikkert ikke noen bivirkninger. Det er sikkert bare noe han har hørt!». Det er egentlig helt forferdelig at vi ikke skal bli trodd, sier han på telefon fra Tromsø.

Marborg er en brukerorganisasjon på rusfeltet og holder til i Tromsø. Hårvik er også brukerrepresentant i arbeidsgruppen som reviderer de nye nasjonale retningslinjene for LAR i regi av Helsedirektoratet.

– Vi hører ofte at helsepersonell er altfor restriktive med å gi LAR-pasienter smertestillende, sier han.

– Jeg kjenner selv til ei i Drammen som får buprenorfin, som ikke fikk smertestillende etter en gallesteinsoperasjon på sykehuset der. Hun hadde også en operasjon for noen år tilbake uten å få smertestillende etterpå. Hadde hun hatt et stort forbruk av rusmidler, kunne jeg forstått legens tankegang, men hun står kun på LAR-medisin.

– MANGEL PÅ KUNNSKAP

Overlege ved ruspoliklinikkene ved

OUS, Ullevål, Camilla Huseby, kjenner til at det på landsbasis varierer hvordan LAR-pasienter med smerter blir møtt.

– Det hender nok at LAR-pasientene ikke blir tatt på alvor. Det kan skyldes fordommer, stigma og mangel på kunnskap. Videre kan samtidig misbruk av andre rusmidler gjøre behandlingen vanskelig. Atferdsvanster, vold og trusler kan også komplisere bildet.

Hun mener smerteproblemer blir tatt på alvor ved ruspoliklinikkene på Ullevål. Dit henvises pasienter med alle typer ruslidelser.



– Vi har etablert et nært og godt samarbeid med smerteklinikken som bistår TSB i utredning og behandling av kroniske smerter. I tillegg har seksjonen etablert en egen kompetansegruppe på området. Oslo universitetssykehus har også utarbeidet interne prosedyrer for å sikre god ivaretagelse av innlagte pasienter med ruslidelser og smerteproblematikk, forklarer hun.

TSB står for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.

SYKEPLEIERE BØR HA LAV TERSKEL FOR Å SØKE LEGE

Husebys hovedbudskap til sykepleiere er at de bør sørge for at LAR-pasienter som klager over smerter, blir utredet.

– Jeg fikk for eksempel telefon fra en hjemmesykepleier som lurte på om hun kunne gi litt mer metadon til LAR-pasienten som datt og slo seg

KJENT PROBLEM: Vidar Hårvik, daglig leder i brukerorganisasjonen Marborg, kjenner godt igjen problemet med dårlig smertebehandling hos LAR-pasienter. Foto: Privat

og hadde vondt i hofta. Da svarte jeg at pasienten må tas med til legevakt og få sjekket hofta. Den kunne jo være brukket.

Hun mener sykepleiere bør ha en lav terskel for å søke lege når de har en LAR-pasient som klager på smerter.

– Det er viktig at denne gruppen smertelindres ordentlig, ellers kan de bli nødt til å ruse seg, sier overlegen.

Hun understreker at det ved innleggelse i sykehus eller institusjon er viktig å kartlegge hva pasienter eventuelt bruker av ulike rusmidler.

– Ulike rusabstinenser kan også feiltolkes som smerte av både helsepersonell og pasienter, og dermed feilbehandles, advarer hun.

– KRONISKE SMERTER MÅ UTREDES

Når det gjelder bruk av opioider, understreker Huseby at det er viktig å skille mellom kroniske og akutte smerter, også hos LAR-pasienter og rusavhengige.

– Er det akutte smerter, kan det være aktuelt med opioider, men vi ser at det hos noe helsepersonell kan være en del feilantakelser rundt smertebehandling til disse gruppene.

– Kroniske ikke-maligne smerter bør ikke behandles med opioider, sier Camilla Huseby.

Ulempen med preparatene er at de hos normalbefolkningen kan gi en avhengighetsproblematikk og har en del bivirkninger. I USA har en liberal

forskriving av opioider til kroniske smertepasienter skapt store sosiale problemer, overdoser og død. 72 000 amerikanere døde av overdoser i 2017.

– Men LAR-pasienter er allerede avhengige av opioider, siden dette er et av inklusjonskriteriene for å få LAR. Ved avklarte smertetilstander hos LAR-pasienter kan man derfor for eksempel forsøke å øke dosen med 30 prosent, samt dele dosen opp i to til tre ganger i døgnet, sier Huseby.

Hun anbefaler at LAR-pasienter med kroniske smerter kontakter fastlegen sin for en vurdering av helsetilstanden, og at fastlegen, helst i samarbeid med TSB, har lav terskel for å henvise til en smerteklinikk for en vurdering og eventuelt utredning om hvilken type smerte det er snakk om.

– Flere steder i landet er det allerede etablert et samarbeid mellom smerteklinikker og TSB, sier overlegen.

OPIOIDER HJELPER LITE VED NEVROPATISKE SMERTER

– Kroniske smerter kan deles inn i nociseptive, nevropatiske og idiopatiske smerter. Er det nevropatiske smerter, som det kan være ved spinal stenose, vil ikke opioider hjelpe noe særlig. Da er fysisk aktivitet, fysioterapi og eventuelt operasjon veien å gå, sier Huseby.

Hun legger til at også TENS (transkutan elektrisk nervestimulering) har god effekt på nevropatiske smerter. Det kan også være aktuelt med det man kaller co-analgetika, som for eksempel antidepressiva, anti-epileptika og lokalbehandling som Lidocain-plaster, Capsaicin-plaster og -krem. ●

SMERTEVURDERING:
Camilla Huseby er overlege ved ruspoliklinikkene ved Oslo universitetssykehus. Hun anbefaler at LAR-pasienter med kroniske smerter blir vurdert hos fastlege, som eventuelt kan henvise til smerteklinikk. Foto: Eivor Hofstad

FAKTA

Fire feilantakelser om LAR-pasienter og smertebehandling.

De viktigste feilantakelsene er ifølge overlege Eduard Grieg ved ruspoliklinikkene ved OUS, disse:

1 ● Den pågående LAR-behandlingen er smertestillende i seg selv.

Nei, selv om dosene i LAR er relativt høye, gir disse opioiddosene, hvis de er riktig titrert, liten smertelindrende effekt, slik at det må rekvireres andre legemidler i tillegg. Dessuten kan LAR-behandling gi økt behov for høyere og hyppigere doser med opioider, fordi pasienten kan ha både økt toleranse og opioidindusert hyperalgesi (økt smertefølelse).

2 ● Bruk av opioider i behandling av akutte smerter kan lede til tilbakefall.

Nei, det er ingen evidens som støtter dette. Det er heller motsatt. Korttidsvirkende, raskt innsettende opioider vil kunne gi eufori og kan trigge et russug, men det kan også underbehandling av smerter, hevder Grieg.

3 ● Opioider på toppen av LAR-medikament gir sedering og respiratorisk hemming.

Dette er doseavhengig, men som oftest er det allerede en toleranse mot puste-hemming og sedering der.

4 ● Pasientene rapporterer smerte fordi de vil ruse seg.

Nei, LAR-legemidler hindrer eufori ved inntak av andre opioider, så det vil neppe være en drivkraft bak smerterapporteringen.



HOVEDBUDSKAP:

Smerte er en personlig opplevelse som gjør det nødvendig for en person å forklare selv hvor det gjør vondt, og hvor vondt det gjør. Langtkommen demens kan frata personen muligheten til å rapportere om sine egne behov – også om smerte. I slike tilfeller må derfor smerten vurderes av en sykepleier som kjenner personen godt. Da bruker sykepleieren et smertevurderingsverktøy og tar hensyn til pasientens grad av demens. Denne fagartikkelen er en praktisk guide til smertevurdering av personer med demens.

Slik vurderer du smerte hos personer med demens

Smerte måles forskjellig hos personer med mild, moderat og alvorlig demens. Her får du praktiske råd om smertevurdering med ulike verktøy.

FORFATTER

Reidun K.N.M. Sandvik

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie, Høgskulen på Vestlandet



FOTO ILLUSTRASJONER

Morten Bendiksen



Helhetlig smertebehandling forutsetter at den enkelte personens smerte er identifisert og kartlagt (1). Det er nødvendig med kunnskap om hvor smerten er, hvordan den oppleves, og hvor intens den er (2).

Smerte er en opplevelse, og en opplevelse er knyttet til personen som opplever den, og derfor er selvrappport gullstandard. Personen som har smerte, må derfor være førsteinformant.

Eldre er utsatt for å ha mange sykdommer, der flere av dem kan forårsake smerter. Nyere studier viser at på sykehjem har beboerne i gjennomsnitt 5,1 diagnoser, og de er behandlet med 7,6 ulike faste medisiner (3). I de siste årene har studier vist at 60–80 prosent av beboere på sykehjem har smerter.

I tillegg er det funnet en økende bruk av smertestillende. Årsaker til smerte hos eldre forekommer som i resten av den voksne befolkningen: først og fremst i muskel- og skjelettsystemet, forårsaket av artrose, osteoporose og brudd.

Flere har også smerte fra nevrologiske sykdommer som Parkinsons og

multippel sklerose. I tillegg er det en del som har nevropatisk smerte etter hjerneinfarkt (4).

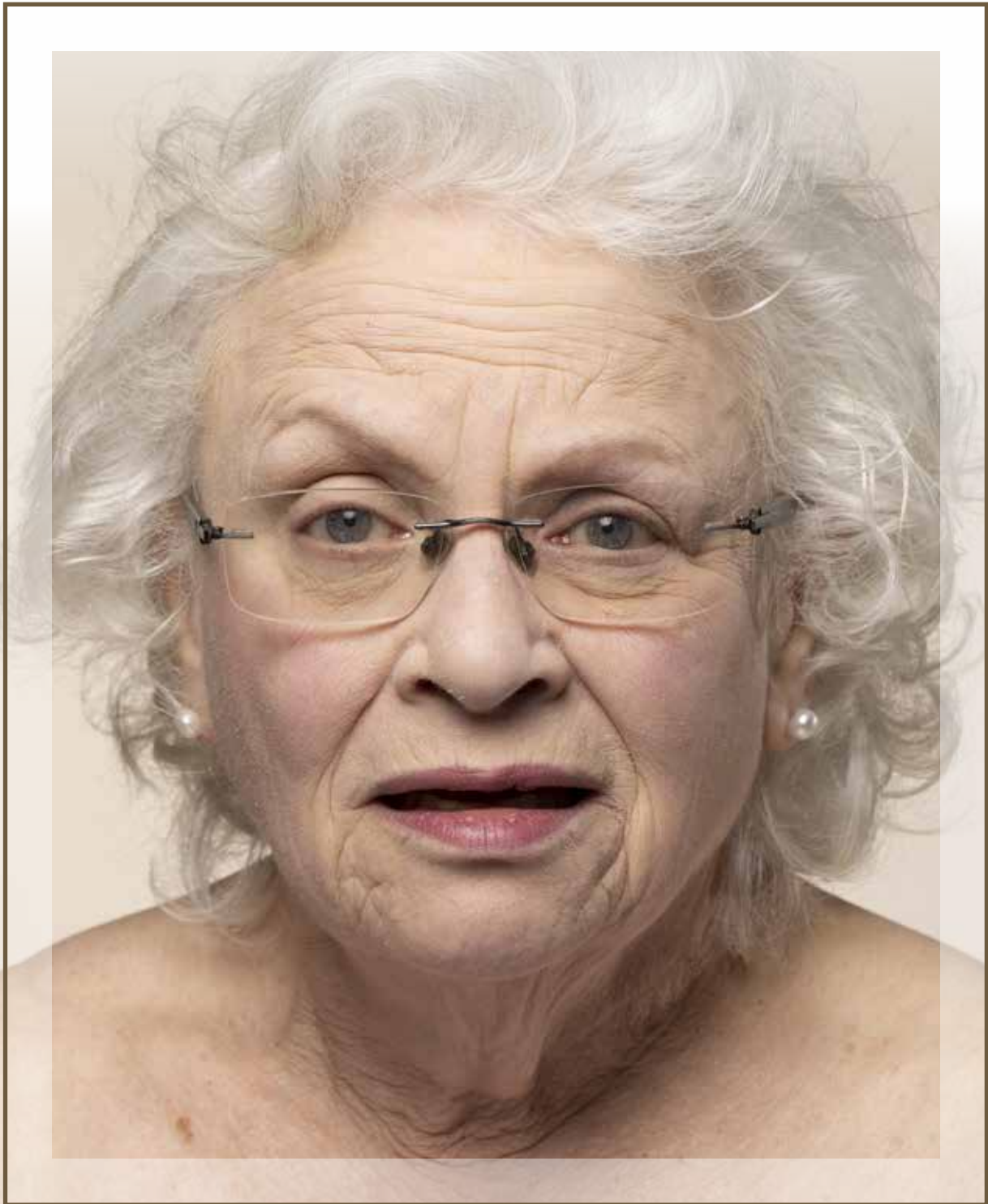
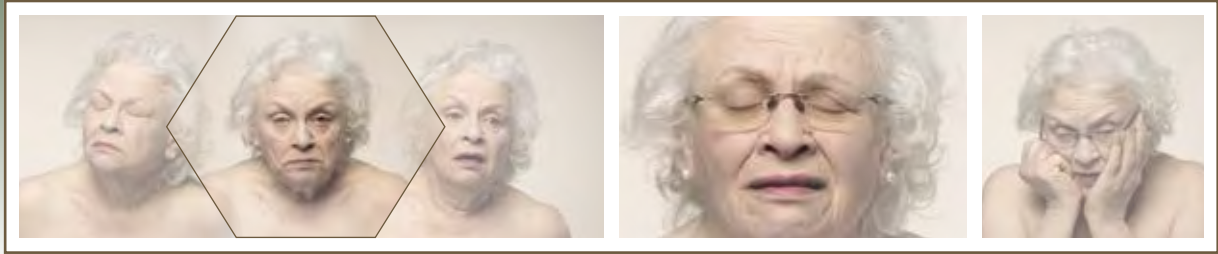
DE FLESTE PÅ SYKEHJEM HAR DEMENS

Hovedårsaken til innleggelse på sykehjem er demens, der evnen til egenomsorg er betydelig påvirket (5). Demens er en fellesbetegnelse som omfatter en rekke underliggende sykdommer som alle kjennetegnes ved svikt i hukommelsen og annen kognitiv funksjon, svikt i ADL-funksjonen og emosjonell svikt.

Det er antatt at 100 000 lider av demens. Tallet er økende med økende alder og forventes å dobles fra 2015 til 2050 fordi vi har en aldrende befolkning (6).

Den største gruppen av demens er degenerative sykdommer som Alzheimers sykdom, frontotemporale endringer og Lewy-legemer-sykdom, fulgt av vaskulære årsaker og andre sykdommer som alkoholdemens og kreft.

På sykehjem er det flere som har en blanding av degenerative sykdommer som Alzheimers sykdom og en vaskulær skade.



«Det er antatt at 100 000 lider av demens.»



SMERTE MÅ VURDERES PÅ VEGNE AV PASIENTEN

Demens er en progredierende tilstand som kan stagneres noe med medisiner og kognitiv trening, men slik det er i dag, kan sykdommen ikke behandles eller forbedres. Demens gir en økende kognitiv svikt i evnen til å huske, forstå og produsere språk, gjøre vurderinger og løse problemer.

Både i hjemmetjenesten og på sykehjem bor det personer som har demens, og som har smerter, men som ikke selv klarer å fortelle om dem.

For å kunne levere god sykepleie er det nødvendig med kunnskap om årsaken til den kognitive svikten, hvilke funksjoner personen med demens fremdeles har, og hvilke som er svekket.

Når en person ikke selv kan vurdere den på vegne av personen. «Nasjonalt faglig retningslinje om demens» har smertevurdering som en sterk anbefaling (7).

Flere institusjoner og kommuner har innført verktøy som MOBID-2-smerteskala til å vurdere smerte. Denne artikkelen gir en innføring i konkret bruk av MOBID-2-smerteskala ut fra graden av demens.

GENERELLE RÅD OM SMERTEVURDERING VED DEMENS

Keela Herr er sykepleier og kom allerede i 2009 med forslag om hvordan man kan identifisere smerte hos dem som ikke selv kan gi verbalt uttrykk for det (8). I 2019 kom siste oppdateringen av rådene som ble gitt i retningslinjen fra Herr og medarbeidere (9).

For personer med demens blir det

gitt råd om at man 1) først skal bruke smertevurderingsteknikker, 2) deretter bruke smertevurderingsverktøy, 3) redusere oppmerksomheten på vitale tegn, og til sist huske å 4) kartlegge på nytt og dokumentere.

Smertevurderingsteknikker som nevnes i retningslinjen fra Herr og medarbeidere (9), er å være oppmerksom på potensielle årsaker til smerten.

Slike årsaker innbefatter kjente diagnoser som vi vet kan være smertefulle, slik som artrose, smerte i ryggen (*low back pain*), nevrologiske lidelser som Parkinsons sykdom, smerte etter

hjerneslag, og iskemisk smerte (8).

Smerte fra ledd og nevropatisk smerte øker jo eldre pasienten blir, generell kronisk smerte stabiliserer seg, mens migrene og magesmerter avtar hos de eldste.

Deretter må sykepleieren alltid prøve å få pasienten selv til å forklare seg om sin egen smerte ved å forenkle kommunikasjonen fremfor at man unngår å spørre.

Dersom det ikke er mulig, kan sykepleieren alltid observere pasientens atferd. Da er det viktigst å være oppmerksom på lyder, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser, men også sosiale og emosjonelle uttrykk (10).

ORDFORKLARINGER

Realitetsorientering

Demens er svikt i hukommelse og flere andre kognitive funksjoner, som evne til orientering. Informasjon som eget navn, tid, sted og situasjon kan svikte helt eller delvis. Tidligere minner kan blandes med fakta fra nåtiden. Realitetsorientering er å gi orientering om realitetene eller den virkeligheten som er nå. Eksempler kan være omsorgsteknologi som gir informasjon om dag og tid, en stor rød «T» for toalett utenpå toalettdøren eller en samtale om familied medlemmer ved hjelp av bilder, der alderen til hver enkelt person er påført. Realitetsorientering er brukt positivt for å gjøre det lettere for personer som har demens eller annen kognitiv svikt, å orientere seg.

PRESENTASJON AV

MOBID-2-SMERTESKALAEN

MOBID-2-smerteskala er et observasjonsbasert smertekartleggings-skjema som omfatter vurdering av smerte fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud. Skjemaet omfatter fem strukturerte bevegelser som mobiliserer hender, skuldre, hofte, knær, ankler og rygg.

Disse bevegelsene gjøres i sanntid med den enkelte personen (se øverste del av smertekartleggings-skjemaet på s. 99). I tillegg vurderes smerte fra indre organer, hode og hud basert på observasjoner fra pleiepersonalet fra de siste tre dagene og opptil for en uke siden (se nederste del av smertekartleggings-skjemaet på s. 99).

Muskel- og skjelettsmerte

Sykepleieren gjennomfører hver øvelse med pasienten:

- lede til å åpne og lukke hendene
- lede til å løfte armen mot hodet



«Smerte fra ledd og nevropatisk smerte øker jo eldre pasienten blir.»

- lede til å bøye hoften, kneet og ankelleddet
- lede til å snu seg fra side til side i sengen
- lede til å sette seg opp på sengekanten

Sykepleieren vurderer lyder, ansiktsuttrykk og avvergereaksjoner.

Sykepleieren foretar også en vurdering av hvor intens smerten er for hver øvelse på en ellevepunkts numerisk rangeringsskala (NRS) fra 0–10, der 0 er ingen smerte og 10 er så intens smerte som det er mulig å ha. Denne vurderingen er klinisk basert på sykepleierens kjennskap til personen.

Når det gjelder smerte knyttet til indre organer, hode og hud, skal følgende vurderes:

- smerte fra hode, munn og hals
- smerte fra bryst, lunge og hjerte
- smerte fra mage, øvre del (abdomen ved forstoppelse og andre symptomer)
- smerte fra mage, nedre del (genitalia og urinveier)
- smerte fra hud (også ved kløe, infeksjoner og sår i huden)

Ved hver observasjon vurderes først om smerte er til stede. Deretter gjør sykepleieren en klinisk vurdering av hvor intens smerten er på en NRS-skala fra 0–10. Etter at det er gjort en vurdering på alle de ti ovennevnte områdene (fem øvelser og fem observasjoner), vurderer sykepleieren smerte totalt sett på en NRS-skala fra 0–10.

Grad av demens

Nivåinndeling av demens kan kartlegges med flere verktøy. Noen vurderingssystemer krever et intervju

av personen selv, som Mini Mental State Examination (MMSE).

Slike verktøy kan gi et godt bilde av en persons funksjon fordi flere domener av kognisjon vurderes, som hukommelse, vurderingsevne, orienteringsevne, visuospatiale evner og persepsjon. Utfordringen med MMSE er at verktøyet er krevende for pasienten, og svaret kan preges av pasientens utdanning, alder og sosiokulturelle bakgrunn.

Klinisk demensvurdering (KDV) er et verktøy som besvares av en som kjenner personen med demens. Det er basert på observasjoner fra de siste fire ukene. Her vurderes seks områder av kognisjon, hukommelse, orienteringsevne, vurderingsevne, kompleksitet i oppgaver, egenomsorg og funksjon utenfor hjemmet, på en fempunkts skala fra 0 = ingen svikt til 3 = alvorlig grad av demens.

Totalvurderingen kan gjøres som en sum av tallet som ble gitt for hvert av de seks områdene, eller som en totalvurdering. Totalvurderingen vil da være enten 0 (ingen demens), 0,5 (mild kognitiv svikt), 1 (mild demens), 2 (moderat demens) eller 3 (alvorlig demens). Utregningen er litt komplisert og kan gjøres ved hjelp av kalkulatorer på internett.

Sykepleieren bruker kunnskap om graden av demens når hun eller han planlegger kommunikasjon med og personsentrert omsorg for personen som har demens. Kunnskap og kompetanse personen har mistet, kan ikke stimuleres frem.

Ved å bruke ord som den andre ikke forstår, levere lange instruksjoner, flerleddede beskjeder eller stille spørsmål den andre ikke kan respondere på, kan en person med demens kjenne seg ydmyket og utenfor.

Prinsipper for kommunikasjon med personer som har demens, som realitetsorientering, validering og reminisens (se faktabokser), brukes som en del av personsentrert omsorg.

I de siste årene er det kommet flere praksismodeller for personsentrering, som inneholder

ORDFORKLARINGER

Reminisens


Minnearbeid eller reminisens er en systematisk måte å innlemme tidligere opplevelser på i nåtiden. Noen har kalt reminisens for vareopptelling over livet. Ved å vekke gode minner og historier som personen med demens har opplevd, kan personens identitet styrkes. Minnene styrer kommunikasjonen, slik at personen får fortelle sin historie.

Validering

Bekreftelse eller validering tar utgangspunkt i det som foregår akkurat nå. Opplevelsen til den andre blir bekreftet for å vise aksept og skape trygghet. Validering tar utgangspunkt i den følelsen personen med demens utrykker, som glede eller gråt. Gjennom å bekrefte følelsen viser man empati, aksept og respekt for den andres opplevelse og for den andre som person.

«Inger Lise har en mild demens, så hun vil kunne følge instruksjoner.»



 støttende kommunikasjon, som Marte Meo, VIPS-modellen og Dementia Care Mapping. ●

REFERANSER

1. Hadjistavropoulos T, Williams J, Kaasalainen S, Hunter PV, Savoie ML, Wickson-Griffiths A. Increasing the frequency and timeliness of pain assessment and management in long-term care: Knowledge transfer and sustained implementation. *Pain Res Manag.* 2016;20(6):493-463.
2. Herr K, Zwakhalen S, Swafford K. Observation of pain in dementia. *Curr Alzheimer Res.* 2017;14(5):486-500.
3. Husebo BS, Ballard C, Aarsland D, Selbaek G, Slettebo DD,

- Gulla C, et al. The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: A randomized controlled trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(3):330-9.
4. Hadjistavropoulos T, MacNab Y, Lints-Martindale A, Martin R, Hadjistavropoulos H. Does routine pain assessment result in better care? *Pain Res Manag.* 2009;14(3):211-6.
 5. Selbæk G, Vossius C, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Alderspsykiatrisk forskingssenter, Sykehuset Innlandet; 2015. Tilgjengelig fra: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Kortversjon.pdf (nedlastet 25.02.2020).
 6. Slagsvold B, Hansen T. Morgendagens eldre: Betydningen av økt utdanning for mental helse. *Tidsskrift*

- for Norsk psykologforening. 2017;54(1):36-45.
7. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo; 2017. IS-2658. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/demens> (nedlastet 05.02.2020).
 8. Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs.* 2011;12(4):230-50.
 9. Herr K, Coyne PJ, Ely E, Gelinas C, Manworren RCB. Pain assessment in the patient unable to self-report: clinical practice recommendations in support of the ASPMN 2019 position statement. *Pain Manag Nurs.* 2019;20(5):404-17.
 10. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in elderly adults with dementia. *Lancet Neurol.* 2014;13(12):1216-27.

Tre eksempler på hvordan MOBID-2 kan brukes

Her kommer tre ulike caser.



Inger Lise er 73 år og bor alene i eget hjem. Hun har artrose og angst. Langtidsminnet hennes er godt, så hun kan fortelle lengre fra sitt voksne liv, men nyere hendelser blir vanskelige. Hun glemmer å spise,

glemmer kaffetrakteren og glemmer at hun satte i gang vaskemaskinen.

Inger Lise fremstår som adekvat i samtale, men ved nærmere kjennskap forstår andre at demensen påvirker hennes daglige funksjon. Inger Lise har en mild grad av demens.

Inger Lise kan fortelle mye om sin egen smerte her og nå og kan i stor grad selvrappportere, som er gullstandard og det første en sykepleier legger til rette for, uansett grad av demens.

Utfordringene for henne er at hun ikke husker så godt fra de siste dagene. Hun er også redd for ikke å strekke til og blir urolig dersom hun mister oversikten over og kontrollen i en situasjon.

Når sykepleieren skal besøke Inger Lise og gjennomføre en smertevurdering,

foregår den som en samtale mellom dem. Før gjennomføringen har Inger Lise fått en kort innføring om det som skal foregå. Sykepleieren forteller at de skal gjøre noen øvelser og snakke litt sammen, før hun forteller kort og konsist om hvorfor dette gjøres nå.

Smertevurdering kan være en undersøkelse av alle som sykepleieren har ansvaret for, som gjøres fast to ganger hvert år. Vurdering av smerte kan også være knyttet til en hendelse eller aktuell situasjon hos Inger Lise, som at hun har falt eller beklaget seg over magen, blitt mer urolig eller engstelig i det siste.

Inger Lise trenger støttende kommunikasjon om dette slik at hun ikke blir engstelig. I en samtale kan sykepleieren ta utgangspunkt i det vedkommende



«Det er viktig at ordene som brukes, dreier seg om det som foregår her og nå.»

ser («jeg synes du går så mye frem og tilbake»), for så å fortsette med det vedkommende tror det kan skyldes, og bruke personlig pronomen («jeg er Morten sykepleier og vil undersøke om du, Inger Lise, har vondt») og avslutte med det konkrete som skal skje («nå skal vi to gjøre noen øvelser sammen»).

Her brukes orientering for å skape oversikt, men med enkle ord og én ting om gangen. Sykepleieren fortsetter med å gjøre de fem strukturerte øvelsene som undersøker smerte knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Sykepleieren spør underveis om det er vondt, eventuelt om det går greit. Det kan gjøre vondt, og da avsluttes øvelsen umiddelbart.

Inger Lise har en mild demens, så hun vil kunne følge instruksjoner. Dersom en person ikke forstår alle ordene som sykepleieren bruker, kan det være fint med litt hjelp med øvelsen og instruksjoner.

Fremfor å forklare verbalt hvordan øvelsen skal gjøres, kan sykepleieren heller demonstrere hvordan man åpner og lukker hender, strekker armen mot hodet og dermed først vise, for så å lede personen gjennom øvelsene.

En slik fremgangsmåte gir personen med demens mestring og hindrer at vedkommende blir urolig og engstelig dersom hun eller han ikke forstår. Det er fint med god tid, slik at det blir gitt én instruksjon om gangen og nok tid til å respondere.

Noen kan glemme hvorfor øvelsene gjøres, og bli engstelig for at de er veldig syke. Da er det fint med en validerende undertone. Du kan støtte personen ved å si at «jeg skjønner at du lurer på det», i tillegg til å gjøre det til noe allment: «Nå

skal vi gjøre øvelser sammen, det gjør jeg med alle mine beboere/pasienter.»

Flere har gjort slike øvelser som en del av gymnastikken og trekkes inn i en reminisens til tidligere minner med liknende øvelser. Da er dette helt fint – de må ikke realitetsorienteres, slik at de blir minnet på at øvelsene gjennomføres for å undersøke smerte og sykdom.

Ønsket er at personen etterlates i en situasjon av ro og mestring. Men dersom personen undrer seg over hvorfor øvelsene gjennomføres, forklarer sykepleieren dette i et enkelt språk tilpasset personen.

Vurdering av totalskår

Inger Lise skårer 5 på å åpne og lukke hender, 4 på å bevege skuldre, og 2 på ben. Når hun ledes til først å sette seg opp i sengen for å få en strekk i ryggen og så ut på siden, sier hun at det var godt med litt strekking. Hun har kjent artrose i fingre og skulder, så smerten her var kjent for pasienten og sykepleieren.

Likevel var smerten mer intens og vondere enn sykepleieren tidligere hadde antatt. Inger Lise bruker skulderen og hendene hele dagen i nesten alle aktiviteter, og derfor vurderer sykepleieren smerten som totalt sett en 5-er på skalaen fra 0–10.

Sykepleieren melder fra til legen via elektronisk melding, der han eller hun beskriver resultatet av kartleggingen.

Andre kliniske vurderinger

Øvelsene, særlig de som gjøres i sengen, er fine å gjennomføre som del av morgenstellet. Men de *må* ikke gjøres da. Noen personer med demens kan undre seg veldig over hvorfor de skal tilbake i sengen, noen har en konkret rutine

for når de skal stå opp, og noen trenger å bruke heis.

Sykepleieren kan ha god nytte av å tenke gjennom slike faktorer som en del av planleggingen før MOBID-2-smerteskalaen skal gjennomføres. Dersom en person trenger å bruke heis for å flytte seg til en stol, kan det være veldig slitende å bli lagt tilbake i sengen.

Da er det fint om øvelsene er gjennomført i sengen mellom stellet og før første mobilisering. For andre er det veldig forstyrrende å gjøre slike øvelser før dagen har tatt til, og det kan ødelegge gode rutiner. ●

Bjarte (82)
med moderat grad av demens»

Bjarte er 82 og tidligere turner. Han er ennå sprek og aktiv fysisk, men er plaget av smerter i hodet og høyre skulder eller et hjerneslag. Bjarte er orientert for egne data og har mange ord intakt. Han er innforstått med sin egen svikt og nyttiggjør seg en del hjelpemidler for å orientere seg.

Ved direkte spørsmål uten å kunne se på Ipad-en vet han ikke tid, sted eller annet enn at han ikke bor hjemme fordi han husker dårlig. Godt

«Noen pasienter kan bli overstimulert av svært lite.»



» innlærte aktiviteter som mat-situasjon får han fint til, men han må veiledes i sammensatte oppgaver som å gå på toalettet. Bjarte har en moderat grad av demens.

Ved moderat demens kan lengre instruksjoner og mange beskjeder bli vanskelige å forstå. Noen har også latenstid og vil trenge en del tid fra de får et spørsmål eller en instruksjon til de har prosessert og kan respondere.

Når sykepleieren har gjennomført MOBID-2-smerteskalaen, benytter han eller hun seg derfor av de viktigste ordene i hver setning for å gi forståelige instruksjoner og skape et godt klima for samarbeid. Selvrapp-ort er fremdeles første steg.

Den kan være enklest å oppnå ved å gjennomføre hver øvelse med personen. Da kan du spørre om det går fint eller er vondt samtidig som du registrerer observasjoner av lyder eller endring i pust, ansiktsuttrykk og endring i atferd eller bevegelser der pasienten vil avverge, som å slå eller trekke seg bort.

Kommunikasjon med personer som har moderat grad av demens, krever mindre verbal instruksjon og mer demonstrasjon av øvelsene. Sykepleieren må vise og hjelpe med å utføre øvelsen fremfor å forvente respons på verbal instruksjon.

Det er viktig at ordene som brukes, dreier seg om det som foregår her og nå, og ikke løst prat om andre hendelser som har skjedd, eller skal foregå.

Vurdering av totalskår

Det er ingen reaksjon når Bjar-tes venstre arm beveges, mens ved

bevegelse i høyre arm kommer den bare halvveis opp før det er tydelig motstand, og han skjærer grimaser og stønner høyt. Sykepleieren tar armen ned med én gang, og reaksjone- ne opphører.

Bjarte blir spurt om det er smer- tefullt, og han sier «nei». Aktiviteten skåres til en intensitet på 8 på en ska- la fra 0–10 fordi han gir tydelig non- verbal uttrykk for smerte, selv om han sier nei. I tillegg skåres Bjartes hodepine til en 7-er på en skala fra 0–10.

Sykepleieren synes det er fint at Bjarte har smerte på få lokalisasjo- ner, men er bekymret over hvor in- tens den er på disse to stedene. To- talskåren blir satt til en 7-er, og legen får umiddelbart beskjed.

Annen klinisk vurdering

Sykepleieren kan gjerne planlegge grundig for å finne det perfekte tids- punktet. Et annet moment å vurdere er hvorvidt det er endringer i løpet av døgnet som man bør vurdere for å gi best mulig behandling.

Det kan tenkes at gjennomførin- gen av morgenstellet er så utfordren- de at det vil være nødvendig med en smertestillende tablett før stell, mens dersom man bruker et plaster, vil det gi bivirkninger som svimmel- het, falltendens og somnolens resten av dagen.

Andre har noe vondt i all mobilise- ring, men med økende smerter mot kvelden. Da vil man kunne ha nytte av smertestillende plaster hele da- gen, men med noe ekstra mot kvel- den. Slike døgnvariasjoner krever døgnbasert observasjon. ●



Elise (65)
med alvorlig grad av demens»

Elise er 65 år og har multippel sklerose (MS). Hun husker no- en få ord, men bruker dem ikke rett i situasjoner. Når hun er begeistret over noe, kan hun rope ut sitt eget navn, men hun er ikke orientert for egen person. Elise trenger omfattende hjelp i alle situasjoner og har en lang- kommen demens.

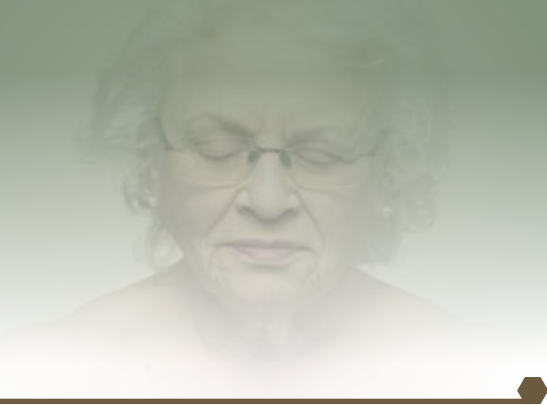
MOBID-2-smerteskalaen gjennom- føres i sengen i et beroligende tempo. Hver øvelse gjøres sakte. Sykepleieren sier ord som «åpne og lukke hendene» samtidig som hun eller han gjør øvelse- ne for Elise.

Elise kan ikke følge instruksjoner og trenger hjelp til hver øvelse. Dersom Eli- se sier «au» eller gir annet uttrykk for at noe er smertefullt, skal hun bli trodd.

Vurdering av totalskår

Elise er svært stiv i kroppen, og hun har kontrakturer i både ben og begge hen- der. Ingen bevegelser kan gjennomfø- res uten at Elise puster tungt og hurtig med oppsperrede øyne. Elise er stiv i hendene, men kan slå. Hun blir lett uro- lig. Hennes smerte vurderes til 8 av 10.

Etter oppstart med smertepaster i svært lav dose merker sykepleieren at





MOBID-2 smerte-kartleggings-skjema

Skann QR-koden for å få skjemaet som PDF.

Elise er litt mindre stiv, og at hun ikke lenger slår ved forflytning.

Bruk ved agitasjon

Atferdssymptomer og nevropsykologiske symptomer, som å gå mye frem og tilbake, rope, hallusinere og ha forestillinger som ikke er reelle, kan være en følge av den skaden som er påført hjernen, og som har ført til demens. Samtidig kan slike symptomer og atferd skyldes udekkede behov som smerte.

Noen pasienter kan bli overstimulert av svært lite. En kartlegging med MOBID-2-smerteskalaen innbefatter å bli tatt på og gjerne ligge i ro over tid uten at pasienten forstår hvorfor. Når sykepleieren ikke kan gjennomføre MOBID-2-smerteskalaen fordi noen er veldig opprørt, psykotisk eller agitert, er observasjon fremdeles mulig.

Sykepleieren undersøker atferd som ansiktsuttrykk, lyder og kroppslig atferd inkludert avvergereaksjoner med vekt på endringer som forekommer i situasjoner som potensielt kan være smertefulle. Det kan være i tannpussen, det daglige stellet, ved påkledning eller ved bevegelse.

Denne observasjonen gjennomføres strukturert og systematisk, der sykepleieren vurderer åpne og lukkede hender når personen vasker seg eller spiser, eller bevegelsen med hofta og ben når pasienten reiser seg opp fra en stol.

I tillegg kan hun eller han se etter endringer i sosial interaksjon og gjøre en grundig vurdering av atferdssymptomer og nevropsykiatriske symptomer. Ved usikkerhet kan sykepleieren vurdere å gi en enkeltdose med smertestillende for å vurdere om smerte kan være årsaken til oppførselen. ●

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

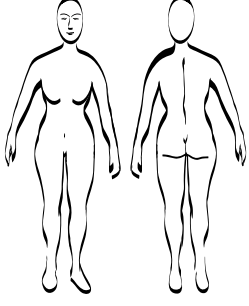
Patientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse.

Smerteatferd	Smertelyd «kuk» Stønner Viker seg Gåser Skriker	Ansiktsuttrykk Grinsaser Ryker pannen Strammer munnen Lukker øynene	Avvergereaksjon Sløres Beslytter seg Skryter fra seg Endringer i pustem Knyper seg	Smerteintensitet
SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTENE FOR DINE OBSERVASJONER				
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke anklr, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd	Smerteintensitet
Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)	Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10
	<p>0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte</p> <p>6. Hode, munn, hals → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>7. Bryst, lunge, hjerte → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>8. Mage - øvre del → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>9. Bekken, mage - nedre del → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>10. Hud, infeksjon, sår → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet	
<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

Betsina Muobid@fub.no, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitet i Bergen

HOVEDBUDSKAP:

Delirium og demens kan begge føre til kognitiv svikt. Men til forskjell fra demens, som er en progredierende tilstand uten mulighet for behandling, kan delirium delvis påvirkes av personrettede tiltak og/eller behandling av de underliggende årsakene til tilstanden. En av årsakene til delirium hos eldre er smerte. Både smerte og smertebehandling kan være utløsende faktorer for et delirium. Sykepleierens rolle og funksjon er derfor svært viktig overfor eldre pasienter med smerte.

Smertekartlegging kan forebygge delirium hos eldre

Både smerte og smertebehandling kan være medvirkende årsaker til delirium hos eldre pasienter. Det er derfor viktig at sykepleiere har god kompetanse til å vurdere smerte for å forebygge og behandle delirium.

FORFATTERE

Reidun K.N.M. Sandvik

Førsteamanuensis,
Institutt for sykepleie,
Høgskulen på Vestlandet

Leslie S.P. Eide

Førsteamanuensis,
Høgskulen på Vestlandet

**FOTO
ILLUSTRASJONER**

**Morten
Bendiksen**

I takt med at tjenester endrer seg og kunnskapsbehovet øker, skal sykepleiere støtte seg på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (1). Bruken av omsorgstjenester øker med alderen, og i 2017 hadde tre av fire personer i aldersgruppen 85 år og eldre i Norge behov for slike tjenester (2). Sykdommer som vi før døde av, lever vi nå videre med.

Nye legemidler, færre som røyker og økt fysisk aktivitet gjør også at færre dør av hjerteinfarkt, hjerneslag og kreft (3, 4). Samtidig som det i 2018 døde 2134 færre av hjerteinfarkt enn i 2012, har brukere av medisiner som behandler hjerte og kretsløp (ATC-gruppe C) økt fra 18 prosent i 2005 til 21 prosent i 2016, noe som tilsvarer 1,1 millioner brukere (5). Tall for diabetes og kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) viser samme trend med økt overlevelse og økt behandling (6).

Lav fruktbarhet og økende alder gir en fordobling av antallet som er 70 år og eldre frem til 2060 (7), og 50 prosent av eldre over 80 år bor alene (7). Samlet ser vi et økende antall eldre med høy alder, som har svært kompliserte

og sammensatte behov, og som lever lenger med lite nettverk rundt seg. Behovet for tjenester med kompetanse innen symptomer og syndromer hos eldre er derfor stort i alle nivåer av omsorgstjenestene.

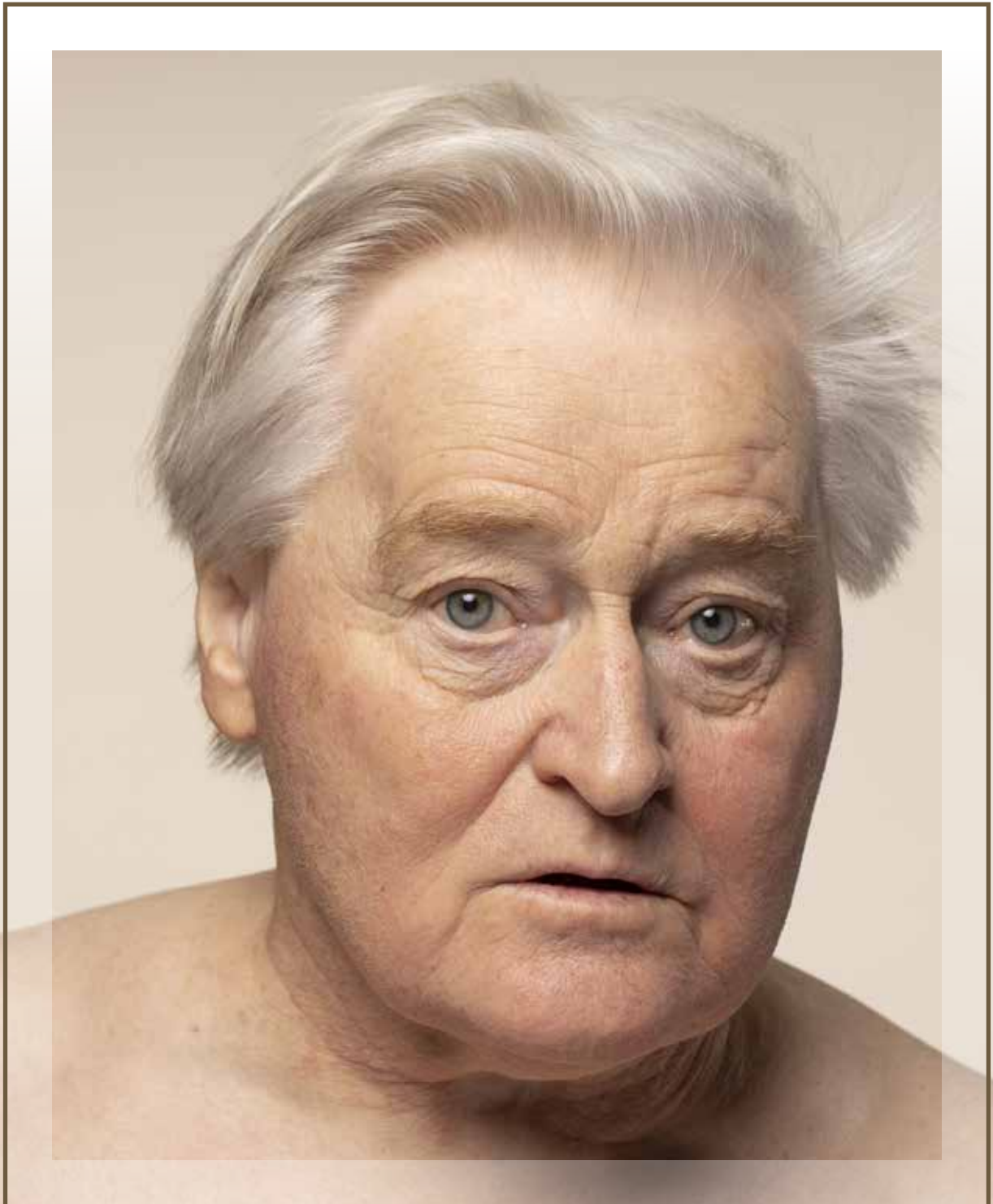
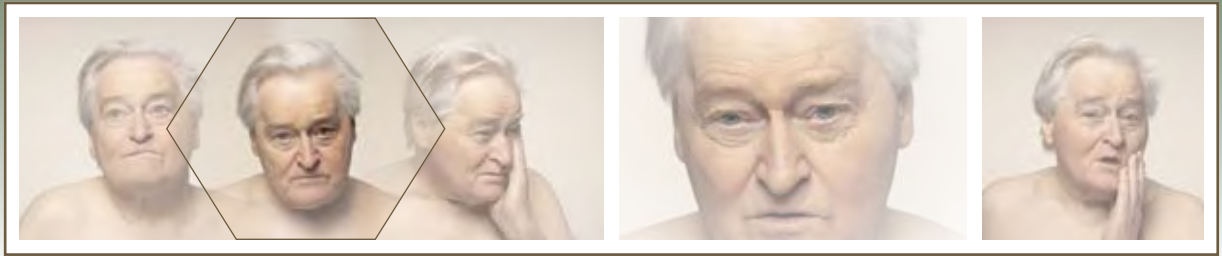
MANGE ELDTRE HAR SMERTE

Flere av de symptomene og sykdommene som eldre lever med, er potensielt smertefulle (8). Hjemlige tall fra Helseundersøkelsen i Trøndelag og Tromsøundersøkelsen viser at 30 prosent av deltakerne lever med vedvarende smerter (9). Sterke smerter plager kvinner oftere enn menn. Kvinner som er 80 år eller eldre, er oftere plaget av sterke smerter enn kvinner som er 50 år eller yngre.

Vedvarende smerter kan gi insomni og depresjon og angst. Smerter setter ned livskvalitet og øker forekomst av delirium (10). Nasjonale og internasjonale retningslinjer og studier understreker behovet for å se smerte og delirium i sammenheng, også i sammenheng med andre symptomer og behov (11, 12).

Vi håper at denne fagartik- kelen bidrar til økt bevissthet





«Sterke smerter plager kvinner oftere enn menn.»

hos sykepleiere om hvordan flere faktorer kan påvirke smerte og delirium hos eldre pasienter med og uten demens.

HVA ER DELIRIUM?

Delirium kjennetegnes av akutte og fluktuerende forstyrrelser i oppmerksomhet, bevissthet og kognitiv funksjon (13, 14). Tilstanden er et tegn på en alvorlig underliggende medisinsk tilstand, som forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens eller annen toksisk påvirkning (13). Delirium kan også ha multiple årsaker.

Delirium kan forekomme i alle aldre, men barn og eldre er spesielt utsatt (14). Selv om oppmerksomheten rundt delirium har økt betraktelig de siste 30 årene, er tilstanden fortsatt oversett (15). Dette er alvorlig fordi delirium er assosiert med lavere fysisk funksjon (16), kognitiv dysfunksjon (14, 17), flere reinnleggelser på sykehus og mortalitet (15, 18).

Delirium kan bli utløst når en eller flere predisponerende og utløsende risikofaktorer er til stede (tabell 1) (14).

HVA SKILLER SMERTE

FRA ANDRE SYMPTOMER?

Smerte skiller seg fra en del andre symptomer fordi det er en opplevelse. Smerteopplevelsen preges av flere faktorer, som for eksempel tidligere erfaringer med smerte, personlighet og mestringsmekanismer. I tillegg viser studier at en samling eller gruppe (klynge) av symptomer preger smerteopplevelsen for den enkelte (19).

I en kvalitativ studie blant 16 personer med kols oppga informantene

at dyspné, søvnforstyrrelse og angst, sammen med smerte, negativt påvirket hverandre og utgjorde den samlede opplevelsen av hva smerte var for den enkelte (20).

En diagnose forteller i seg selv lite om en person har smerte, hvor intens den er, og hvilke konsekvenser det får for den enkelte å ha smerte. Derfor er det nødvendig med en grundig smertevurdering. Siden smerte er knyttet til en person som opplever denne smerten, er selvrapportering av smerte og andre symptomer gullstandard for vurdering av smerte. Hvordan kan en sykepleier gjennomføre en slik vurdering når pasienten har delirium?

DET ER VIKTIG

Å IDENTIFISERE DELIRIUM

Hvorfor er det viktig at vi identifiserer delirium og smerte hos eldre?

Både delirium og demens resulterer i en kognitiv svikt hos personen som rammes. Forskjellen er at mens demens er en vedvarende tilstand som progredierer over tid, er delirium en

akutt tilstand som kan forebygges og reverseres. Personer med delirium kan ha begrenset mulighet til å fortelle om sine behov og sin smerte.

Dette gjelder også pasienter med demens og deres opplevelse av smerte (21). Derfor er det viktig at sykepleieren ikke bare kjenner til instrumenter som kan vurdere tilstedeværelse av smerte og delirium, men at de også kjenner til samspillet mellom utilstrekkelig dekning av grunnleggende behov og utvikling av delirium og smerte. Følgende eksempel viser at en pasient kan ha flere predisponerende faktorer for delirium:

Arne er 88 år og bor hjemme. Han har en mild grad av demens. Han bruker fast blodtrykkssenkende medisin og et opiat hver dag. I det siste har han også blitt svimmel når han beveger seg, og i går stumpet han i en teppekant og falt på gulvet. Han ble liggende med sterke smerter, utadrottert fot, og han var kraftløs. Arne ble sendt til et sykehus hvor det ble oppdaget nyresvikt. Dette kan forklare hvorfor han ble mer svimmel av

Tabell 1: Oversikt over predisponerende og utløsende faktorer for delirium hos eldre.

Predisponerende faktorer	Utløsende faktorer
<ul style="list-style-type: none"> * Kognitiv svikt eller demens * Tidligere delirium * Redusert ADL-funksjon * Nedsatt syn eller hørsel * Komorbiditet * Høy ASA-klassifisering (grad 3 og 5) * Depresjon * Høy alder (≥75 år) 	<ul style="list-style-type: none"> * Polyfarmasi (særlig ved bruk av (orale) som påvirker sentralt nervesystem) * Bruk av urinketete * Infeksjoner * Metabolske forstyrrelser * Elektriske forstyrrelser * Dehydrering * Underernæring * Smerte * Immobilisering * Forstyrrelser i søvn-våknetil-rytme * Østspåkkje * Urinretensjon * Anvendt Bismarck

* ADL: Activities of daily living; ASA: American Society of Anesthesiology.



«Personer med delirium kan ha begrenset mulighet til å fortelle om sine behov og sin smerte.»

samme dose opioid som han har brukt i flere år. I tillegg ble det bekreftet et lårhalsbrudd.

Som vi ser i eksempelet med Arne, har han flere predisponerende faktorer for å utvikle delirium. Han har høy alder og akutt sykdom, han bruker medikamenter og har demens. I tillegg vil inngrepet, medisiner, elektrolyttforandringer, smerter og tiden før Arne opereres samt kateterbruk etter operasjonen kunne bidra til delirium.

LÅRHALSBRUDD KAN FÅ ALVORLIGE FØLGER

Lårhalsbrudd kan føre til nedsatt fysisk funksjon der en ikke lenger kan klare seg selv i eget hjem, og det kan føre til en sykehjemsinnleggelse. I verste fall kan et brudd med påfølgende operasjon være så belastende at det fører til død hos de mest sårbare eldre (22, 23).

Et lårhalsbrudd er også svært smertefullt. Denne ekstra belastningen, sammen med andre predisponerende faktorer, kan føre til delirium. En studie viser at sterke smerter (smerte over 5 på en skala fra 0–10) gir økt fare for delirium og da særlig hos dem som allerede er predisponert for utviklingen (24).

Postoperativt er det studier som ikke viser sammenheng mellom bruk av opioider og forekomst av delirium, verken hos personer med demens eller dem uten (25). Det som ble vist var at etter operasjoner får personer med demens mindre opioider, mens færre av dem med delirium tilbys pasientkontrollert analgesi (PCA). Det er uheldig dersom personer som ikke kan fortelle om egne behov, ikke får smerten sin identifisert og behandlet.

TRYGT Å GI OPIOIDER TIL PERSONER MED DEMENS

Samtidig er det gledelig å vite at selv hos personer med demens vil opioider være trygt å gi. En dansk studie viser at personer med demens får tilbud om paracetamol like ofte som dem uten demens, men at færre personer med demens får opioider etter hoftebrudd (26). Derfor er det vesentlig at sykepleiere gjennomfører en systematisk kartlegging av risikofaktorer generelt, og særlig ved symptomer, behov eller behandling som kan øke faren for at delirium utvikles.

Samtidig kan lege skrive ut opioider like ofte til personer med og uten demens, så lenge sykepleieren følger administrasjonen nøye og kartlegger for effekt og bieffekt med egnede verktøy som MOBID-2-smerteskala, og CAM eller 4AT for delirium.

Effekten av opiatbruk på utviklingen av postoperativt delirium er undersøkt i flere studier med motstridende konklusjoner (27). En systematisk oversikt over forskjellige opiat som er brukt peroperativt hos eldre, viser at bruk av disse preparatene kan gi flere tilfeller av delirium, uavhengig av hvilken type opioid som blir gitt (28). Derfor er det nødvendig at sykepleieren sammen med legen vurderer den enkelte pasientens preoperative risiko sammen med per- og postoperative faktorer.

URINRETENSJON KAN UTLØSE DELIRIUM

Akutt urinretensjon er en smertefull og potensielt dødelig tilstand (29). Sykepleiere møter pasienter med urinretensjon på alle nivåer av helse-systemet, i hjemmesykepleien og på intensiv,

medisinsk og kirurgisk avdeling ved sykehus samt på sykehjem. Etersom insidensen av urinretensjon øker med alderen (30), kan det forventes at møtet mellom disse pasientene og sykepleiere skal fortsette i fremtiden.

Høy alder, smerte og urinretensjon er henholdsvis predisponerende og utløsende faktorer for delirium (14). Kateterisering, enten med bruk av intermitterende eller permanent urinkateter, er nødvendig ved akutt og/eller kronisk urinretensjon.

Sykepleiere hjelper ofte pasienter som har behov for kateterisering. Men permanent inneliggende kateter kan også gi ubehag og smerte (31) og øke infeksjonsfaren (32).


En norsk studie viser en sammenheng mellom bruk av urinkateter og utvikling av delirium hos pasienter som er 80 år og eldre (33). Studien viser at blant pasienter som ble behandlet med transkateter aortaklaff-implantasjon, økte oddsen for delirium med 4 prosent for hver time pasienten hadde innlagt urinkateter (33).

Det krever kunnskap og kompetanse å ha omsorg for så komplekse pasientsituasjoner. Denne studien er ikke alene om å finne en sammenheng mellom bruk av kateter og utviklingen av delirium.

En nederlandsk studie som inkluderte personer med demens og hoftebrudd, fant en økt fare for delirium hos dem som kom fra sykehjem, hadde høy American Society of Anesthesiology-skår (ASA), tidligere delirium, nedsatt fysisk funksjon og lavt hemoglobinnivå (34). Forfatterne fant at pasienter som hadde delirium under sykehusoppholdet, hadde



«En studie viser at sterke smerter gir økt fare for delirium.»

 et lengre sykehusopphold. De hadde flere komplikasjoner etter operasjonen, som infeksjon og mortalitet. Flere av dem ble utskrevet til sykehjem, enn personer som ikke hadde delirium. Konsekvensene for sårbare eldre er dermed svært store dersom delirium ikke oppdages eller behandles.

På sykehus vil en person med demens, slik som Arne, være utsatt for den sykdommen eller skaden som førte til innleggelsen og som gir belastning på organismen, men også for behandlingen i form av kirurgi og/eller medikamenter som kreves for å håndtere den. For en person med demens vil det i tillegg være nye og ofte uforutsigbare omgivelser som kan gi økt fare for akutt forvirring.

Selv blant sykehjemsbeboere viser det seg at i en periode på over 12 måneder opplever 40 prosent av dem delirium (35). Årsaken er da først og fremst demensdiagnosen, men også smerte og bruk av antipsykotika er trukket frem (35, 36).

Vi kan oppsummere med at Arne har flere faktorer som predisponerer for delirium. I tillegg står Arne i fare for uoppdaget smerte som kan utløse delirium dersom den ikke behandles.

HVA SKAL VI SE ETTER?

Hva skal vi se etter for å identifisere smerte hos personer med delirium?

Smertevurderingsverktøy for personer med demens kan være vanskelig å bruke der pasienten også er i delirium eller har depresjon (37). Da kan gullstandard for vurdering av smerte, selvrapportering, være utilstrekkelig. I slike situasjoner kan systematiske observasjoner og registrering av pasientens atferd være en bedre tilnærming.

En pleier med kjennskap til personen kan se etter tegn til endring i atferd som kan tyde på ubehag.

Atferden som knyttes til smerte, kan brytes ned i fire grupper: 1) ikke-verbale cues/atferder, 2) vokalisering/lyder, 3) ansiktsuttrykk, og 4) endring i sosial eller vanlig måte å oppføre seg på (38).

Ikke-verbal atferd kan være både agitasjon, uro eller lav fysisk aktivitet og letargi. Lyder kan innebære å rope eller ynke seg og si «au», til å puste mye eller kanskje holde pusten. Endring i respirasjon eller plutselige utrop trenger dermed ikke å være knyttet til delirium i seg selv, men kan komme fra ubehag eller smerte.

Undersøkelser viser at helsearbeidere benytter en blanding av selvrappport og observasjon av atferd for å avdekke smerte hos personer med demens og delirium (39, 40). Men denne tilnærmingen kan være utfordrende på sykehus der en sykepleier har ansvar for flere «ukjente» pasienter samtidig. Pleiere kan forsøke å ha søkelys på observerbar atferd og endring i denne. Særlig vekt kan legges på agitasjon. Fysiske undersøkelser som kan avdekke smerte, samt kommunikasjon med pårørende og andre som kjenner pasienten, kan være til stor hjelp (37).

HVA KAN SYKEPLEIERE GJØRE?

Behandling av delirium forutsetter identifisering og behandling av utløsende årsaker (41, 42), hvor tverrfaglig samarbeid er spesielt viktig og der sykepleier anvender kunnskapsbasert praksis. Nasjonal faglig retningslinje for behandling av delirium anbefaler å gjennomføre en helhetlig tiltakspakke som inkluderer smertevurdering,

orientering, kognitiv stimulering og kommunikasjon, gjentatte deliriumskåringer, mobilisering, optimalisering av tarmfunksjon, screening av ernæringsstatus, opprettholding av døgnrytme og normal søvnrytme (43).

Som hjelp til å strukturere undersøkelsen av predisponerende og utløsende faktorer for delirium eller agitasjon, kan en tverrfaglig modell brukes. Sykepleieprosessen vil kunne bidra til en strukturert implementering fra kartlegging og problemidentifisering til evaluering av implementerte tiltak.

En viktig tilnærming vil være å gjøre en grundig vurdering med kjente verktøy. Internasjonale og nasjonale retningslinjer setter kartlegging av smerte som et av de første stegene. For å identifisere smerte hos eldre med demens og delirium kan MOBID-2-smerteskalaen være til hjelp. Identifisering av smerte vil måtte gjennomføres basert på strukturert observasjon av personens atferd og vurderes i sammenheng med delirium, medisiner og andre faktorer.

MODELLER ER NYTTIGE

Behandlingsmessig kan modeller for personsentrert behandling være nyttig. En av disse er TID-modellen. Den er alene om å bygge på en kognitiv tilnærming for å identifisere utfordringer, gjennomføre utredninger og iverksette tiltak som et tverrfaglig team (14, 44, 45).

Miljøskapende tiltak som kan bidra til oversikt og orden, må også iverksettes strukturert. Da kan modeller som VIPS-praksismodell (VPM) bidra til å implementere personsentrert omsorg i en institusjon. Det er også mulig å implementere en personsentrert



**«Permanent
inneliggende kateter
kan gi ubehag og
smerte.»**




tenkemåte i spesialisthelsetjenesten.

Kommunikasjon med pasienter med delirium kan forbedres ved en tilnærming slik en vil ha for personer med demens, som for eksempel enkelt og tydelig språk, og der god tid og korte instruksjoner står sterkt. Mye stimuli med høye og mange stemmer, høy og plutselig lyd, og omgivelser der det er vanskelig å orientere seg i, kan disponere for delirium. Veiledning for personalet kan gjøres ved hjelp av personsentrert behandling som Marte Meo-modellen (46).

Tiltak for å skape orientering, ro og oversikt for en person med demens vil ha effekt også for dem som har delirium. Komplekse intervensjoner med tiltak som retter seg mot flere tilstander på en og samme tid, har vist seg å ha særlig god effekt for personer med demens, med økt livskvalitet og redusert bruk av psykoaktive medikamenter (47).

Fremover må det være et mål å utvikle studier som undersøker forekomsten og effekten av tiltak rettet mot smerte, delirium og demens i primærhelsetjenesten.

I denne artikkelen har vi påpekt behovet for en strukturert tilnærming til eldre som står i fare for delirium. Sykepleieprosessen gir en god struktur for å kartlegge faktorer som kan predisponere for delirium, og faktorer som kan utløse delirium.

Behandling og tiltak vil rette seg både mot å forebygge, sørge for å dekke grunnleggende behov og vurdere og behandle smerte. Tiltak som skaper ro og oversikt, kan hjelpe personer som har enten demens eller delirium eller begge tilstandene. Kompetanse 



«Ikke-verbal atferd kan være både agitasjon, uro eller lav fysisk aktivitet og letargi.»



hos sykepleiere i vurdering av smerte og delirium er derfor helt avgjørende. ●

REFERANSER

- Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 10.02.2020).
- Statistisk sentralbyrå. Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstjenester. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019.
- Mannsværk J, Wilsaard T, Mathiesen EB, Lochan ML, Rasmussen K, Thelle DS, et al. Trends in modifiable risk factors are associated with declining incidence of hospitalized and nonhospitalized acute coronary heart disease in a population. *Circulation*. 2016;133(1):74–81.
- Markaki M, Tsamardinos I, Langhammer A, Lagani V, Hveem K, Røe OD. A validated clinical risk prediction model for lung cancer in smokers of all ages and exposure types: A HUNT Study. *EBioMedicine*. 2018;31:36–46.
- Folkhelseinstituttet. Reseptregisteret. Oslo: Folkhelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <http://reseptregisteret.no/> (nedlastet 10.02.2020).
- Backman H, Eriksson B, Rønmark E, Hedman L, Stridsman C, Jansson SA, et al. Decreased prevalence of moderate to severe COPD over 15 years in northern Sweden. *Respir Med*. 2016;114:103–10.
- Leknes S, Hjemås G, Holmøy E, Stølen NM. Regionale framskrivinger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017–2035. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2019.
- Leadley RM, Armstrong N, Lee YC, Allen A, Kleijnen J. Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2012;26(4):310–25.
- Samuelsen PJ, Svendsen K, Wilsaard T, Stubhaug A, Nielsen CS, Eggen AE. Persistent analgesic use and the association with chronic pain and other risk factors in the population - a longitudinal study from the Tromsø Study and the Norwegian Prescription Database. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(8):977–85.
- Cimas M, Ayala A, Sanz B, Agullo-Tomas MS, Escobar A, Forjaz MJ. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. *Eur J Pain*. 2018;22(2):333–45.
- Helsebiblioteket. Delirium – ikke-farmakologisk forebygging og identifisering av delirium hos intensivpasienter. Oslo: Stavanger Universitetssykehus; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-ikke-farmakologisk-forebygging-og-identifisering-av-delirium-hos-intensivpasienter#references> (nedlastet 11.02.2020).
- Devlin JW, Skrobik Y, Gelinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825–e73.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. utg. American Psychiatric Publishing; 2013. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911–22.
- Delirium is prevalent in older hospital inpatients and associated with adverse outcomes: results of a prospective multi-centre study on World Delirium Awareness Day. *BMC Med*. 2019;17(1):229.
- Eide LS, Ranhoff AH, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Kuiper KK, et al. Delirium as a predictor of physical and cognitive function in individuals aged 80 and older after transcatheter aortic valve implantation or surgical aortic valve replacement. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(6):1178–86.
- Daiello LA, Racine AM, Yun Gou R, Marcantonio ER, Xie Z, Kunze LJ, et al. Postoperative delirium and postoperative cognitive dysfunction: overlap and divergence. *Anesthesiology*. 2019;131(3):477–91.
- Eide LS, Ranhoff AH, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, Kuiper KK, et al. Readmissions and mortality in delirious versus non-delirious octogenarian patients after aortic valve therapy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;6(10):e012683.
- Fishbain D, Gao JR, Lewis J, Bruns D, Meyer LJ, Disorbio JM. Examination of symptom clusters in acute and chronic pain patients. *Pain Physician*. 2014;17(3):E349–57.
- Christensen VL, Holm AM, Cooper B, Paul SM, Miaskowski C, Rustoen T. Differences in symptom burden among patients with moderate, severe, or very severe chronic obstructive pulmonary disease. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(5):849–59.
- Agit A, Balci C, Yavuz BB, Cankurtaran E, Kuyumcu ME, Halil M, et al. An iceberg phenomenon in dementia: Pain. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2018;31(4):186–93.
- Cowan R, Lim JH, Ong T, Kumar A, Sahota O. The Challenges of anaesthesia and pain relief in hip fracture care. *Drugs Aging*. 2017;34(1):1–11.
- Leer-Salvesen S, Engesaeter LB, Dybvik E, Furnes O, Kristensen TB, Gjertsen JE. Does time from fracture to surgery affect mortality and intraoperative medical complications for hip fracture patients? An observational study of 73 557 patients reported to the Norwegian Hip Fracture Register. *Bone Joint J*. 2019;101-B(9):1129–37.
- Leung JM, Sands LP, Lim E, Tsai TL, Kinjo S. Does preoperative risk for delirium moderate the effects of postoperative pain and opiate use on postoperative delirium? *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(10):946–56.
- Sieber FE, Mears S, Lee H, Gottschalk A. Postoperative opioid consumption and its relationship to cognitive function in older adults with hip fracture. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(12):2256–62.
- Jensen-Dahm C, Palm H, Gasse C, Dahl JB, Waldemar G. Postoperative treatment of pain after hip fracture in elderly patients with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2016;41(3–4):181–91.
- Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M, Koval KJ, McLaughlin MA, Orosz G, et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(1):76–81.
- Swart L, Zanden V, Spies P, Rooij S, Munster B. The comparative risk of delirium with different opioids: a systematic review. *Drugs Aging*. 2017;34(6):437–43.
- Yoon PD, Chalasani V, Woo HH. Systematic review and meta-analysis on management of acute urinary retention. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2015;18(4):297–302.
- Sellius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician*. 2008;77(5):643–50.
- Wilde MH, McMahon JM, Crean HF, Brasch J. Exploring relationships of catheter-associated urinary tract infection and blockage in people with long-term indwelling urinary catheters. *J Clin Nurs*. 2017;26(17–18):2558–71.
- Li F, Song M, Xu L, Deng B, Zhu S, Li X. Risk factors for catheter-associated urinary tract infection among hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Adv Nurs*. 2019;75(3):517–27.
- Eide LS, Ranhoff AH, Lauck S, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, et al. Indwelling urinary catheters, aortic valve treatment and delirium: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(11):e021708.
- Mosk CA, Mus M, Vroemen JP, Van Der Ploeg T, Vos DI, Elmans LH, et al. Dementia and delirium, the outcomes in elderly hip fracture patients. *Clin Interv Aging*. 2017;12:421.
- Cheung ENM, Benjamin S, Heckman G, Ho JM-W, Lee L, Sinha SK, et al. Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents *BMC Geriatr*. 2018;18(1):39.
- Kolanowski A, Mogle J, Fick DM, Hill N, Mulhall P, Nadler J, et al. Pain, delirium, and physical function in skilled nursing home patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(1):37–40.
- Hadjistavropoulos T, Voyer P, Sharpe D, Verreault R, Aubin M. Assessing pain in dementia patients with comorbid delirium and/or depression. *Pain Management Nursing*. 2008;9(2):48–54.
- Decker SA. Behavioral indicators of postoperative pain in older adults with delirium. *Clin Nurs Res*. 2009;18(4):336–47.
- Mah K, Rodin RA, Chan VWS, Stevens BJ, Zimmermann C, Gagliese L. Health-care workers' judgments about pain in older palliative care patients with and without delirium. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(10):958–65.
- Gagliese L, Rodin R, Chan V, Stevens B, Zimmermann C. How do healthcare workers judge pain in older palliative care patients with delirium near the end of life? *Palliat Support Care*. 2016;14(2):151–8.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 157. Risk reduction and management of delirium. A national clinical guideline. Scotland: NHS; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign157.pdf> (nedlastet 11.02.2020).
- Yue J, Tabloski P, Dowal SL, Puelle MR, Nandan R, Inouye SK. NICE to HELP: operationalizing National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines to improve clinical practice. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):754–61.
- Helsebiblioteket. Nasjonal faglig retningslinje om demens. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. IS-2658. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens> (nedlastet 11.02.2020).
- Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold O, Rokstad AM, Benth JS, Myhre J, et al. TIME – Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized hybrid trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16:233.
- AGS/NIA Delirium conference writing group, Planning committee and faculty. The American Geriatrics Society/ National Institute on Aging Bedside-to-Bench Conference: Research Agenda on Delirium in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015.
- Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K, Marte Meo Counselling: a promising tool to support positive interactions between residents with dementia and nurses in nursing homes. *Journal of Research in Nursing*. 2011;16(5):415–33.
- Husebø BS, Ballard C, Aarlsland O, Selbaek G, Slettebø DD, Gulla C, et al. The Effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS). *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(3):330–9.

Sykepleien



annonser i Sykepleien og få effekt

Sykepleien er et av Norges største fagblader. Sykepleiens nye bladkonsept har flere lesere enn noen gang. Det er mer lesestoff i hver utgave, bedre papir og tilpasset design og format til hvert tema. Flere tar vare på bladet. Satsingen digitalt har også gitt god effekt. Nettrafikken øker for hver måned og er nå på ca. 990 000 sidevisninger og ca. 395 000 brukere i måneden.

Kontakt markedsavdelingen på marked@sykepleien.no eller 916 03 812.

Utgivelsesplan 2020

Nr	Utgivelse	Format	Materiellfrist	Utgivelsesdato
1	Alle skal hjem		28. januar	13. februar
2	Smerte		17. mars	2. april
3	Sykepleie i koronaens tid		27. mai	18. juni
4	Fag og forskning		18. august	10. september
5	Tema ikke bestemt (annonsetest)		29. september	15. oktober
6	Tema ikke bestemt		24. november	10. desember

Digitale annonser

Format	Pris pr. uke	Desktop (format)	Nettbrett (format)	Mobil (format)
Toppbanner* (inkludert mobil)	12 000	1080x150	1080x150	320 x 120
Superboard 2/pop-up (inkludert mobil)	8 200	1080x150	1081x150	320 x 120
Superboard 3 (inkludert mobil)	7 700	1080x150	1082x150	320 x 120
Nyhetsbrev	24 000	468 x 468	468 x 468	

Målene er i piksler i bredde x høyde. Webannonser leveres som flash, gif-animasjon eller statisk jpg-fil. *50 prosent av visningene.



SE tegnene på smerte hos DØENDE

– Utfordringen kommer når pasienten ikke lenger er kontaktbar, sier Simen Alexander Steindal.



Steindal er sykepleier, forsker og lærer, og ansvarlig for videreutdanningen i palliativ omsorg ved Lovisenberg diakonale høyskole.

I 2013 viste han i en ph.d. at smerter er et hyppig symptom hos døende pasienter, uavhengig av alder og diagnose. Han fant også at:

- en av ti døende ikke får god nok smertelindring, ifølge det helsepersonell dokumenterer
- det er mangler ved hvordan helsepersonell dokumenterer smerte, og det kan påvirke smertelindringen døende pasientene får

MÅ GJØRE EN BEVISST VURDERING

– Så lenge pasientene er kontaktbare og våkne, er det viktig alltid å spørre om deres opplevelse, understreker han.

– Det er gullstandarden i smertevurdering.

Men når pasienten ikke lenger gir kontakt, blir det vanskeligere å vurdere. Da bruker han sansene, ser på og lytter til, hører på pårørende, konfererer med kolleger og bruker skjønn.

– Har pasienten hatt sterke smerter da han eller hun var kontaktbar, er det riktig å anta at uro når de ikke lenger er kontaktbare, skyldes smerte.

Om han er usikker, kan han kjenne på pulsen og om den er unormalt høy.

– Det er ikke gitt at det er en sammenheng mellom vitale tegn og smerte, men hvis pulsen og pusten blir raskere, kan det være tegn på at noe plager pasienten.

Steindal understreker at det i denne fasen er viktig å gjøre en bevisst vurdering av hva man måler og hvorfor, og også vurdere om det man gjør, bare vil påføre pasienten ubehag.

– Men å telle puls og respirasjon er lite invaderende undersøkelsesmetoder.

Simen Alexander Steindal

Førsteamanuensis ved Lovisenberg diakonale høyskole og sykepleier ved Seksjon for lindrende behandling på Oslo universitetssykehus.

- Avla i 2013 ph.d. med avhandlingen Symptoms, clinical signs, and treatment of hospitalised patients in the last three days of life – healthcare workers' documentation.

HVA MAN KAN SE ETTER

Han har disse konkrete rådene:

Se på ansiktsuttrykket

- Har pasienten rynker som kan skyldes smerte, for eksempel i pannen mellom øynene?
- Lager pasienten grimaser?
- Ser pasienten anspent ut?

Vurder pusten

- Puster pasienten raskere?
- Puster pasienten tungt?
- Er det endringer i forhold til hvordan pusten pleier å være?

Se på kroppsspråket

- Er pasienten urolig? Er det kaving, plutselig snuing på et ben?
- Spenner pasienten seg?





JOBBER SOM SYKEPLEIER:
– Jeg opplever at studentene ikke blir imponert over at jeg har doktorgrad. Det som imponerer dem, er at jeg jobber klinisk, sier Simen Alexander Steindal.



«Ofte gir vi medikamenter som gjør at blæren ikke klarer å tømme seg ordentlig.» Simen Alexander Steindal, sykepleier med doktorgrad



- Blir kroppsspråket stivt ved for eksempel snuing?
- Lager pasienten lyd?
- Ynker pasienten seg?
- Er det stønning, jamring, utrop?

KAN ÅRSAKEN VÆRE EN ANNEN?

Det er også viktig å undersøke om årsaken kan være en annen enn smerte, understreker han. For eksempel uro eller terminal delir. Eller urinretensjon.

– Ofte gir vi medikamenter som gjør at blæren ikke klarer å tømme seg ordentlig. På sykehus er det noe vi lett kan sjekke ved å bruke blæreskanner, sier Steindal.

Han legger til at det hos døende pasienter kan være lurt å vurdere permanent urinkateter for å unngå urinretensjon.

– Da unngår vi også siv av urin, som kan gi svie. Ekstra stell og skift av sengetøy kan også være ubehagelig, sier han, og peker på at mange døende er smertefrie i hvile, men kan få smerter ved bevegelse.

– Inntil pasientene er diagnostisert som døende, er det viktig å forebygge trykksår, påpeker han.

Det gjør man blant annet ved å snu pasienten i sengen.

– Men når det er dager eller timer igjen, kan slik snuing påføre unødvendig smerte.

Kanskje er det best for pasienten å få ligge helt i ro. Samtidig, liggstilling kan også være årsak til eventuelt ubehag pasienten uttrykker. Å endre litt på stillingen kan gi lindring.

– Derfor er det så viktig å vurdere og å se helheten, sier Steindal.

– Bruke skjønn. Og å prøve seg frem.

BESKRIVE DET MAN SER

Også han, som har forsket og jobbet med døende pasienter i snart 20 år, synes det kan være utfordrende å vurdere smerte hos disse pasientene.

– Men jeg tenker sånn: Hvis min vurdering er at pasienten har smerter, eller jeg er usikker, er det viktig å prøve å gi smertestillende for å se om det hjelper. Det som er problematisk, er hvis vi ikke gjør noe, fordi vi er usikre.

Så må man vurdere om smertestillende hjelper. Blir rynken i pannen borte? Blir ansiktsmuskulaturen slappere? Puster pasientene bedre? Ligger pasienten bedre til rette i sengen?

Dette må dokumenteres.

– Det holder ikke å skrive at smertestillende er gitt og hvor pasienten har vondt, sier Steindal.

Det samme gjelder når smertelindring er gitt.

– Ikke bare skriv «god effekt». Men igjen: Hva man ser. For eksempel: Rynken er borte, pasienten slapper av, stønner ikke lenger, respirasjonsfrekvensen synker.

GIR MEDIKAMENTER, MEN ER DER

Steindal er også opptatt av det ikke-medikamentelle. Som å være der. Å spille musikk. Holde i hånden. Snakke til. Forklare hva han gjør.

– Ja, jeg gir opioider, men jeg sitter også der til pasienten blir rolig, sier han.

– En lege har sagt noe sånt som at vi gir for mye omsorg og for lite morfin. Men det er også pasienter som får for

FAKTA

Livets siste dager

En plan for lindring i livets slutfase.

Den er bygget på internasjonale prinsipper og nasjonale råd for omsorg til døende.

- Livets siste dager kan brukes ved forventede dødsfall hos voksne, uavhengig av diagnose.
- Bruken skal fortløpende vurderes, og alltid revurderes dersom pasientens tilstand blir bedre, det blir uttrykt tvil, bekymring eller uenighet om bruken av planen, eller dersom planen er brukt i inntil tre døgn.
- Kompetansesenter for lindrende behandling i Helseregion Vest er koordinerende senter for bruk av planen. For å bruke planen, kreves registrering.

Kilde: Helse Bergen



TA
SMERTEN
PÅ ALVOR:
– Smerte er noe vi
vurderer hele tiden,
hver gang vi er inne hos
pasienten, sier
Simen Alexander
Steindal.

mye morfin og for lite omsorg.

Men igjen: Det er hele tiden en vurdering.

STOLER PÅ PÅRØRENDE

Steindal trekker også frem pårørende.

– Mange er hos pasienten store deler av tiden, og vi er heldige som har dem der. De kjenner pasienten bedre enn oss. Mitt råd er å bygge allianse. Høre på dem, spørre dem. Ta deres bekymring på alvor.

Når pårørende sier at pasienten har vondt, velger han å stole på dem.

Men han har opplevd å komme på etterskudd der pårørende er bekymret fordi pasienten ikke har vært godt nok smertelindret. Livredde for at pasienten skal ha vondt, tolkes enhver bevegelse som tegn på smerte.

– I slike situasjoner er det viktig å ta deres bekymring på alvor.

Ikke minst av hensyn til pasienten.

– Vi vet at hørselen er det siste som forsvinner, og hvis pårørende ikke har det godt, kan det hende pasienten kan merke det, påpeker Simen Alexander Steindal.

VURDERER HELE TIDEN

Det fins verktøy, som *Livets siste dager* (se faktaboks), som er en plan for lindring i livets slutfase. Steindal synes det er en fin ting, og at ved å bruke den synliggjøres en omforent holdning om at pasienten er ved livets slutt. Da lages det en tiltaksplan, man snakker med pårørende, og lege forordner medisiner som kan gis ved behov.

Han mener slike verktøy kan bidra til å lage struktur og minne sykepleiere på at det er viktig å vurdere. Selv om en fare kan være at noen krysser av for at en vurdering er gjort, og så ikke vurderer før neste gang det ifølge verktøyet skal gjøres.

– Smerte er noe vi vurderer hele tiden, hver gang vi er inne hos pasienten, understreker han.

– Og selv om det er vanskelig, og vi er usikre på om det vi ser skyldes smerte eller noe annet, er vi nødt til å gjøre noe med den usikkerheten. ●

FAKTA

Nasjonalt, faglig råd

Dette inngår i nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase.

Vurder alltid:

- ulike tiltak for å lindre smerte, i tillegg til eller i stedet for smertestillende legemidler
- bakenforliggende årsak, og fordeler og ulemper ved de ulike behandlingsalternativene og om det er hensiktsmessig å sette disse i verk i denne fasen av livet

Slik kan rådet følges:

- ESAS er et kartleggingsverktøy som er i utstrakt bruk. Det betinger imidlertid at pasienten er i stand til å samarbeide.
- ESAS sekundærobservasjonsskjema brukes av helsepersonell for å vurdere symptomer til en pasient som har vanskelig for å kommunisere.
- Kroppskart til smertekartlegging kan brukes for å angi smerteområde og -utvikling.

Bruk hensiktsmessige og systematiske metoder, også hos pasienter som ikke er i stand til å samarbeide ved smertekartleggingen, eksempelvis MOBID-2 og Doloplus 2 ved kognitiv svikt.

Kilde: Helsedirektoratet



sykepleienjobb.no

Skann QR-koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal.

Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.

Har du iPhone, kan du bruke telefonens kamera.

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell



Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon mediyoga.no
Tlf.: +46 85 40 882 80



Annonser stillingene
på sykepleien.no og få
NHI.no med på kjøpet!



Illustrasjon: Kestevenor/Sykepleien

Sykepleien

Ta videreutdanning ved USN

Campus Drammen

- Demensvennlige fysiske omgivelser (7,5 stp.)
- Ernæring og helse (30 stp.)
- Hverdagsrehabilitering (30 stp.)
- Kunnskapsbasert praksis (15 stp.)
- Sår - Forebygging, behandling og lindring (30 stp.)
- Systematisk vurdering, forebygging og behandling av diabetesfoten (10 stp.)
- Tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling (30 stp.)

Campus Porsgrunn

- Helseledelse; tillitsbasert lederskap og kvalitetsforbedring (30 stp.)

Campus Vestfold

- Akutt syke eldre, kurs
- Barneanestesi NUBA (30 stp.)
- Diabetes for sykepleiere (30 stp.)
- Kommunal saksbehandling, kurs
- Personorientert helserett (30 Stp.)
- Utviklingshemning og aldring (30 stp.)

Nettstudie

- Hygiene og smittevern (45 stp.)

Vi har stort utvalg med videreutdanninger og kurs, se usn.no/helse

Videreutdanninger og masterstudier i helse- og sosialfag

- Avansert klinisk sykepleie, videreutdanning
- Rehabilitering og miljøarbeid, videreutdanning
- Helsesykepleie, videreutdanning *)
- Psykisk helsearbeid, videreutdanning
- Psykososialt arbeid med barn og unge, videreutdanning
- Erfaringsbasert master i helselogistikk og digitale systemer Nytt tilbud fra 2020
- Master i helse- og sosialfag
- Ph.d. i helse- og sosialfag
- Årsstudium i velferdsteknologi *)

Du finner informasjon om studiene, opptakskrav og søknadsskjema på www.himolde.no/studier/



VID
vitenskapelige
høgskole

Studier for deg som er sykepleier!

VID har studiesteder i Oslo, Bergen, Stavanger, Sandnes og Tromsø. Totalt har vi 24 videreutdanninger, 12 mastergrader og 2 Ph.d.-programmer. Her er noen nyheter som er spesielt relevante for deg som er sykepleier:

NYHET!

Master i klinisk sykepleie

Velg én av seks studieretninger (Oslo/Bergen)

- Akuttmedisinsk sykepleie
- Gerontologisk sykepleie
- Helsepsykepleie
- Kreftsykepleie
- Nefrologisk sykepleie
- Palliativ sykepleie

NYHET!

Master i helsefremmende relasjonsarbeid

Velg én av fire studieretninger (Oslo)

- Psykisk helsearbeid
- Psykososialt arbeid med barn og unge
- SEPREP Tverrfaglig Utdanningsprogram
- Rus- og avhengighetsproblematikk

For mer informasjon, se vid.no

Søknadsfrist 15. april



Sykepleien.no med **nye rekorder!**

Trafikken på nett
øker for hver
måned.
Det gir deg som annonsør
ekstra effekt.

Kontakt
markedsavdelingen
og få et godt tilbud!
marked@sykepleien.no
eller ring Maud Kaino
977 42 120

Sykepleien



Sykepleier - få høy sommerbonus

Dedicare gir deg meget høy sommerbonus til sommeren 2020. Vi har jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier i hele Norge, og du kan velge å jobbe fra Hammerfest i Nord til Oslo i Sør.

Vi gir deg god lønn og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE