

# Kan smertekartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidra til å lindre smerte hos eldre på sykehjem?

**Siv Venke Gran og Bjørg Th. Landmark**

*Siv Venke Gran, høgskolelektor ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag  
Bjørg Th. Landmark førstelektor ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag og  
forsknings- og utviklingsleder Drammen kommune*

## **Sammendrag**

*Systematisk smertekartlegging er en forutsetning for å lindre pasientens smerte. Resultater av smertekartleggingen må dokumenteres i pasientens tiltaksplan og følges opp i form av en individuell tilrettelagt behandling. Kunnskap om smerter, hvordan og hvorfor smerter bør kartlegges er viktig, men ikke tilstrekkelig for å optimalisere smertelindringen. For å få til endringer i praksis knyttet til smerter, er det behov for stabilitet i lederskap og en bevisstgjøring av personalets holdninger til eldre og smerter. Legen har en sentral rolle i å etterspørre resultater av kartlegging og bidra i en tverrfaglig vurdering for å lindre pasientens smerte. ESAS er et velegnet instrument for å kartlegge smerter hos eldre i sykehjem forutsatt at en benytter et kroppskart i tillegg.*

## **Referee \***

## **Nøkkelord**

*Kartlegging, smerte, eldre, sykehjem, ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)*

## **Innledning**

Denne artikkelen baserer seg på resultater fra et utviklingsprosjekt med fokus på smerter hos eldre på sykehjem. Smerte synes å være et økende fenomen med økende alder American Geriatrics Society (AGS 2002). I Norge, på lik linje med utviklingen i den vestlige verden, vil andelen eldre i befolkningen øke i de kommende tiår. Det er forventet at i 2030 vil 22 % av den totale populasjonen være 65 år og eldre sammenlignet med 15 % i 2005. Samtidig har det vært en nedgang i antall sykehjemsplasser fra 71 per 1000 innbygger i 1995 til 67 i 2006 (Statistisk årbok 2008). Dette kan tilskrives politiske føringer i Norge som tilsier at eldre skal få muligheten til å bo i eget hjem så lenge de ønsker. Med den forventede økningen i antall eldre, og det faktum at liggetiden i sykehusene er redusert, har flere pasienter ved utskriving

fortsatt behov for avansert behandling og pleie. Dette vil øke kravene til avansert kompetanse i sykehjemmene (Stortingsmelding 47, 2008-2009).

### **Smerte hos eldre**

International Association for the Study of Pain definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse. At smerte er en opplevelse betyr at den er subjektiv, og varierer med ulike kontekster. McCaffery og Beebe (1996:18) definerer smerte som: ”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier han har smerte”. Det er vanskelig å beskrive smerte, delvis på grunn av dens subjektivitet i tillegg til at mange eldre rapporterer mindre smerte. Smerte deles ofte inn i enten akutt eller kronisk smerte, og både akutte og kroniske smerter er vanlig hos eldre (Bjøro og Torvik 2008). Akutte smerter karakteriseres som en respons på vevsskade, og hos eldre oppstår den ofte i forbindelse med beinbrudd etter fall. Eldre har også en høyere innsidens av cancer, kirurgiske prosedyrer, trykksår og kardiovaskulære lidelser som kan medføre både akutte og kroniske smerter (Kedziera 2001, Allcock, McGarry og Elkan 2002). Kroniske smerter hos eldre sees ofte i forbindelse med muskel og skjelett sykdommer, leddgikt og vaskulære lidelser. Kroniske smerter har ofte ingen objektive tegn, noe som kan føre til at smerter forblir underdiagnostisert og derav underbehandlet (AGS 2002). I følge Breivik (2003) er kroniske smerte ikke bare et symptom på annen sykdom, men kan være en sykdom i seg selv.

### **Smerteforskning hos eldre**

Studier viser at med stigende alder følger ofte sykdom som igjen ledsages av ulike former for smerte (Bakke 2004). I Nasjonale og internasjonale studier varierer forekomsten av smerte hos eldre på sykehjem mellom 20 % - 83 % (Boerlage, van Dijk, Stronks, de Wit, og van der Ritj 2008, Rolland, Abellan van Kan, Hermabessiere, Gerard, Guyonnet Gillette og Vellas 2009). I en publisert studie av Torvik, Kaasa, Kirkevold og Rustøen (2009) viste resultatene at av 307 eldre hadde 60 % smerte, og ca. 51 % beskrev smerten som moderat eller sterk.

Komplekse sykdomsbilder, underrapporterte symptomer og høy forekomst av kognitiv svikt gjør smerteevaluering hos eldre vanskelig sammenlignet med annen voksen populasjon (Bruckenthal, Carrington og Reisner 2009). En nøyaktig kartlegging og behandling av smerter hos eldre er en utfordring, delvis på grunn av nedsatt kognitiv kapasitet, sensoriske tap som nedsatt syn og hørsel og nedsatt kommunikasjons -ferdigheter (Kedziera 2001). Imidlertid er kartlegging av smerter hos eldre viktig, både for å avdekke og behandle de underliggende årsaker til smerten, men også fordi eldre kan få akutt smerte som indikere ny sykdom og skade (AGS 2002). Dette stiller store krav til de som skal yte sykepleie til pasientene. Helsepersonell hevder at smerte og ubehag hos eldre er en uunngåelig konsekvens av det å bli gammel (Closs 1996). Forskning viser også at mange eldre selv ser på smerte som en del av det å bli gammel (Carncross, Magee og Askham 2007). I en studie av Higgins, Madjar og Walton (2004) fremkommer det at eldre pasienter ofte er redde for ikke å bli trodd når de har vondt. De sitter med en oppfatning av at sykepleiere og annet helsepersonell ikke har tid til dem, og at de ikke er interessert i dem og deres problemer. Det er dokumentert at helsepersonell gir for lite smertestillende til eldre på grunn av redsel for bivirkninger (AGS 2009). Konsekvenser av ubehandlet smerte hos eldre kan virke inn på samtlige livsdomener. Smerte kan føre til depresjon, søvnløshet, sosial isolasjon, hjelpeløshet, redusert mobilitet og funksjon og redusert appetitt (AGS 2002, Weiner og Rudy 2002). Studier dokumenterer at god smertelindring hos eldre gir positive resultater i form av økt aktivitet, bedre søvn og bedre

konsentrasjonsevne (Casarett, Hirschman, Miller og Farrar 2002). Systematisk smertekartlegging er viktig og en forutsetning for å optimalisere smertelindring (AGS 2002, Briggs 2010, Cox 2010).

I 2007 ble prosjektet ”Eldre og smerter – en studie av Eldres opplevelse av smerter” gjennomført på 6 sykehjem hvor 204 eldre over 64 år deltok i prosjektet. Smerte ble kartlagt fem ganger hos hver respondent. Resultatene fra studien viste at mellom 45 % - 55 % hadde smerter, og 15 % til 29 % oppgav at smerten var sterk, intens eller voldsom. Smertene var lokalisert til flere kroppsdelene, og sammenhengen mellom smerter og antall smertefulle områder, søvnproblemer, antall medisinske diagnoser og antall medisiner var signifikant (Gran 2009). Respondentene gav uttrykk for fysisk smerte, men også en følelse av lidelse som var forårsaket av måten de ble møtt på, mangel på bekreftelse og på grunn av ulike savn og tap. Konsekvenser av lidelsen ble erfart som et personlig integritetstap, og ble uttrykt som resignasjon, tap av initiativ, isolasjon, usikkerhet, følelse av å være til bry og tristhet (Gran, Landmark og Festvåg 2009).

På bakgrunn av resultatene fra det ovenfor nevnte prosjektet og dokumentert forskning ønsket en avdeling som hadde deltatt i prosjektet å ha et økt fokus på smerte. Hensikten med denne artikkelen er å presentere resultater fra dette utviklingsprosjektet hvor en ønsket svar på om en systematisk kartlegging ved bruk av ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) bidro til å lindre pasientenes smerte. Følgende forskerspørsmål ble stilt:

- Kan bruk av kartleggingsskjemaet ESAS bidra til å lindre smerte hos eldre pasienter i sykehjem?
- Er ESAS et egnet instrument til å kartlegge smerte hos eldre?

## Metode

Dette er en studie hvor en kartla smerter og andre symptomer hos pasientene i en sykehjemsavdeling ved hjelp av ESAS før og etter gjennomført opplæring av avdelingens fagpersonale i bruken av ESAS.

### Beskrivelse av undersøkelsesenheten og utvalget

Prosjektet ble gjennomført ved en korttidsavdeling med forsterket bemanning med 23 sengeplasser ved et sykehjem i en storby i Sør - Øst Norge. Avdelingen var bemannet tilsvarende en indremedisinsk avdeling med 13 årsverk sykepleiere, og ni årsverk hjelpepleiere. I tillegg hadde avdelingen daglig tjeneste fra fysioterapeut og leger som er ansatt både i spesialisthelsetjenesten og ved det aktuelle sykehjemmet.

Forut for innleggelse i korttidsavdelingen var pasientene utredet og behandling var igangsatt ved et sentralsykehus. Den videre behandling og rehabilitering ble fulgt opp ved korttidsavdelingen. Målsettingen var at pasientene skulle tilbake til hjemmet med en eventuell videre oppfølging fra hjemmebaserte tjenester.

Samtlige pasienter ved avdelingen ble inkludert i kartleggingen bortsett fra de som ikke kunne uttrykke seg muntlig, de som var for syke til å delta, de som hadde en demenssykdom og de

som av ulike grunner ikke ønsket å delta. Pasientene hadde ulike diagnoser som: kreft, frakturer, infeksjoner, apoplexi, diabetes, hjerte- og karsykdommer og lungelidelser. Mange av pasientene hadde flere sammensatte lidelser med komplekse symptomer og brukte flere ulike medikamenter. Totalt deltok 51 pasienter i kartleggingen ved bruk av ESAS. Blant deltakerne var 41,2 % menn (N=21) og 58,8 % (N= 30) kvinner. Gjennomsnittlig alder var 81 år med et standardavvik på 8,83. Den yngste pasienten var 58 år og den eldste 97 år. Ved første gangs datainnsamling deltok 21 pasienter, andre gang deltok ti og siste gang deltok 20 pasienter. Det var forskjellige pasienter som deltok i de tre kartleggingene. Antall pasienter som ble ekskludert var 26. Følgende årsaker ble oppgitt: åtte manglet muntlig språk, åtte hadde demenssykdom, ni var for syke og en ønsket ikke delta.

## Gjennomføring

### Prosjektet har tre faser.

Fase 1: Etter at pasientene var blitt forespurt av fagutviklingssykepleier og gav muntlig tillatelse til å delta i prosjektet, ble første kartlegging foretatt en tilfeldig dag i januar 2009. Den ene av forfatterne kartla symptomer hos pasientene som fulgte inklusjonskriteriene. Smertens lokalisasjon ble i tillegg markert på et kroppskart. Fagutviklingssykepleier ved korttidsavdelingen tok kopi av sykepleiedokumentasjonen til pasientene som var kartlagt og fjernet alle data som kunne identifisere pasientene. Denne dokumentasjonen ble gjennomgått av sykehjemmets FoU- leder for å registrere i hvilken grad smerte var dokumentert. Etter at første kartleggingen var utført ble det gjennomført et undervisningsopplegg for fagpersonalet i bruk av ESAS. Fagutviklingssykepleier og avdelingssykepleier ved korttidsavdelingen hadde ansvaret for opplæringen, og sørget for at alle medarbeiderne deltok. Hensikten med kartleggingen, når og hvordan en skulle kartlegge ble vektlagt i undervisningen. Opplæringen foregikk både i grupper og individuelt over en periode på nærmere fire uker. Hver medarbeider gjennomførte to timers undervisning. Forfatterne hadde et oppfølgingsmøte med fagpersonalet i avdelingen etter fire uker for å høre erfaringene fra undervisningsopplegget.

Fase 2: Som et resultat av dette møtet ble det utarbeidet retningslinjer for bruk av ESAS i avdelingen. Pasientenes symptomer skulle kartlegges ved innleggelsen. Hvis pasientenes smerteskår var over tre, skulle det utarbeides en tiltaksplan for å lindre smertene. Pasientene skulle i tillegg følges opp med nye kartlegginger minst to ganger i døgnet, og spesifikt i forhold til å vurdere effekten av medikamentell smertelindring. Pasientene som ved innkomst ikke oppgav smerte, skulle kartlegges ved bruk av ESAS en gang per uke i tilfelle nyoppstått smerte.

Fase 3: Etter at avdelingen hadde benyttet ESAS og kartlagt smerter hos pasientene i fire måneder (juni 2009), foretok forfatterne en ny smertekartlegging av alle pasienter som fulgte inklusjonskriteriene. Deretter ble det foretatt en tredje kartlegging etter nye fem måneder (november 2009). Begge gangene ble sykepleiedokumentasjonen gjennomgått av FoU- leder, for å registrere i hvilken grad smerte ble dokumentert i pasientens tiltaksplan. Avdelingen mente at de gitte tidsintervallene mellom målingene måtte være så lange for å få til implementeringen av ESAS.

## **Instrument**

Det ble besluttet å benytte ESAS for å kartlegge smerte og andre symptomer hos pasientene. Begrunnelsen var at instrumentet ble benyttet i sykehuset på alle palliative pasienter, og fulgte med pasientene ved innleggelse i kortidsavdelingen. Videre var instrumentet kjent av personalet i de hjemmebaserte tjenestene. ESAS er utviklet i Canada, og er et verktøy som har høy validitet, reliabilitet og sensibilitet (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler og Macmillian 1991). I den originale versjonen av ESAS ble de ulike symptomenes intensitet kartlagt ved hjelp av en visuell analog skala (VAS) hvor 0 mm representerte ingen plager mens 100 mm var verst tenkelig plager. Siden har VAS blitt erstattet med en 11-punkts numerisk rating skala (NRS) med høyere skår jo høyere intensitet på plagene (Nekolaichuk, Watanabe og Beaumont 2008). I den norske oversettelsen av skjemaet kartlegges også smerter i bevegelse i tillegg til smerter i ro, slapphet, kvalme, nedsatt appetitt, tungpustethet, munntørrehet, angst og uro, tristhet og depresjon og et generelt spørsmål "hvordan har du det i dag". ESAS kan fylles ut av pasienten selv eller av helsepersonell. Studier av blant annet Garyali, Palmer, Yennurajalingam, Zhang, Pace og Bruera (2006) identifiserte ulike misforståelser blant pasienter som selvrapporterte sine symptomer. Tatt i betraktning pasientenes høye alder i dette prosjektet, valgte vi å fylle ut skjemaet for pasienten. Det ble i tillegg benyttet et kroppskart for å dokumentere smertens lokalisasjon.

## **Analyse**

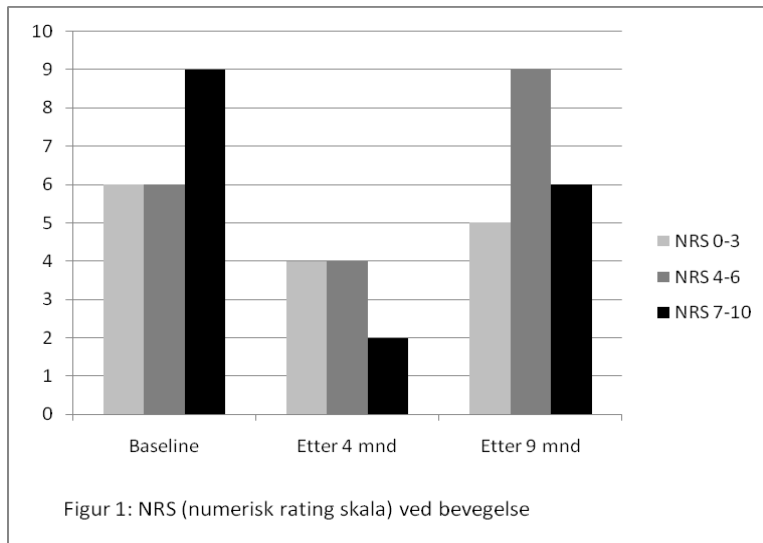
Analysen ble foretatt ved hjelp av statistikkprogrammet PASW (Predictive Analytics SoftWare) 17.0. Det ble anvendt en ikke-parametrisk metode da antallet respondenter var forholdsvis lite. Frekvensanalyser ble benyttet for å vise smertens intensitet. Da det var ulike pasienter som ble kartlagt ved første, annen og tredje gangs kartlegging, ble det benyttet Mann – Whitney Test. Dette for å se om det var noen gruppe forskjell i smerteintensitet ved bevegelse ved første og tredje gangs kartlegging.

## **Etiske overveielser**

Artikkelforfatterne kontaktet Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og fikk tilbakemelding om at prosjektet ikke var foreleggingspliktig da det ble ansett som et kvalitetssikringsarbeid. Pasientene ble informert og forespurt om deltakelse i prosjektet av fagutviklingsykepleier. De som gav sitt muntlige samtykke til å delta ble inkludert. Alle opplysningene er behandlet konfidensielt og det er ikke mulig for forfatterne å identifisere pasientene. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble kontaktet og nevnte fremgangsmåte var i tråd med deres anbefalinger.

## **Resultater**

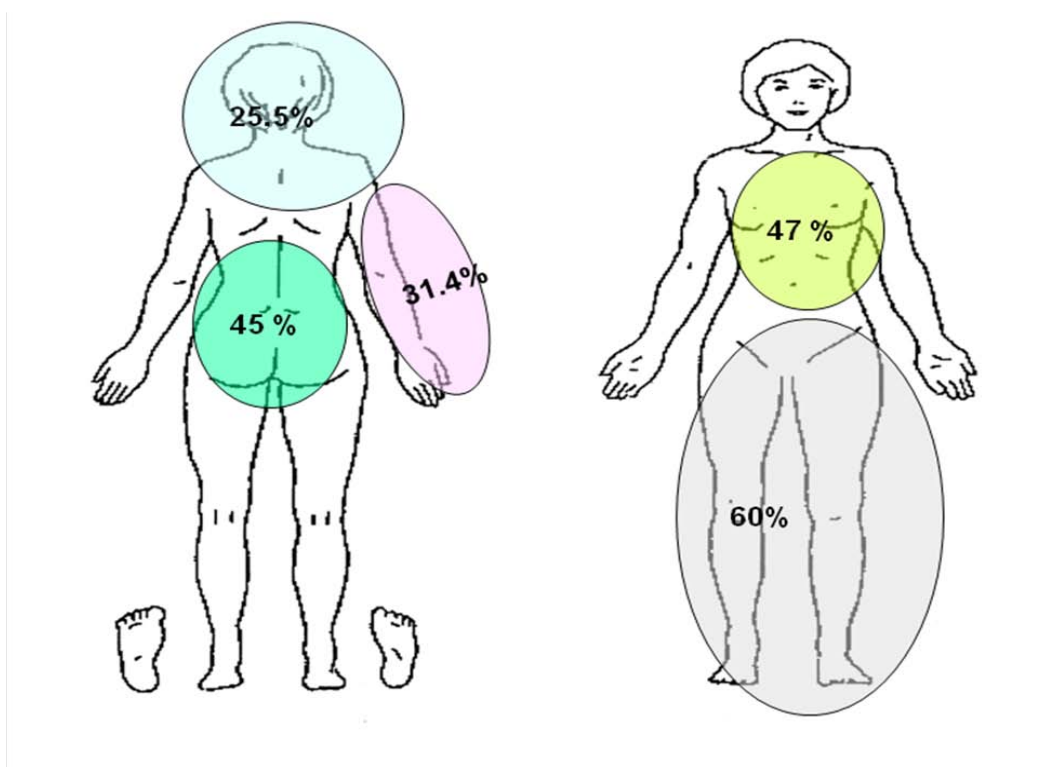
Resultatene viser at totalt 13 pasienter oppgav ingen smerter ved bevegelse (seks ved første måling, fire etter fire måneder og tre etter ni måneder).



Figur 1 viser smerteskår ved bevegelse på de tre kartleggingstidspunktene. Totalt var det 36 pasienter som oppgav at deres smerter var mer enn tre, 17 pasienter oppgav at deres smerte var fra 7-10 på NRS. På spørsmålet om smerter i ro var det totalt 30 pasienter som oppgav ingen smerte (ti ved første måling, seks etter fire måneder og 14 etter ni måneder). For alle pasientene var gjennomsnittlig NRS for smerte i ro 2.1 med et standardavvik på 2.77, mens gjennomsnittlig NRS for smerter ved bevegelse var 4.6 og standardavvik 3.27.

Vi valgte å gjennomføre en Mann - Whitney, ikke parametriske test, for å se om det var noen signifikant forskjell på smerter hos pasientgruppen ved først gangs kartlegging og etter ni måneder. Resultatene viste en p-verdi på 0,91 ved smerter ved bevegelse og 0,36 ved smerter i ro.

Som vist i figur 2 var smertene hovedsakelig lokalisert til underekstremitetene: Hofte, rygg, knær, legg, ankel og fot.



Figur 2: Lokalisasjon av smerte på kroppen

Pasientene oppgav smerter i gjennomsnitt tre steder på kroppen, fra ingen steder til smerte over hele kroppen. Ved å utføre en Kji kvadrat test viste resultatene en signifikant sammenheng mellom smerter i bevegelse og antall smertefulle steder på kroppen ( $\chi^2 = 30$ ,  $p < 0,001$ ).

Spearman`s korrelasjonskoeffisienter ( $\rho$ ) er presentert i tabell 1 for å vise muligesammenhenger mellom de ulike variablene som ble kartlagt ved hjelp av ESAS.

Tabell 1 Spearman`s korrelasjon

	NRS smerte ro	NRS smerte bevegelse	NRS slapp	NRS kvalme	NRS tungpust	NRS tørr munn	NRS matlyst	NRS angst uro	NRS trist deprimert	NRS global
NRS smerte ro	–	.447**	.059	.182	-.063	-.011	.148	.034	-.076	.257
NRS smerte bevegelse	.447**	–	.138	.015	-.101	.022	-.032	.304*	.087	.201
NRS slapp	.059	.138	–	.332*	.441**	.255	.323*	.399**	.231	.514**
NRS kvalme	.182	.015	.332*	–	.294*	-.123	.174	.098	.132	.378**
NRS tungpust	-.063	-.101	.441**	.294*	–	.188	.278	.124	.156	.365**
NRS tørr munn	-.011	.022	.255	-.123	.188	–	.300*	.086	.192	.015
NRS matlyst	.148	-.032	.323*	.174	.278	.300*	–	.041	-.041	.205
NRS angst uro	.034	.304*	.399**	.098	.124	.086	.041	–	.583**	.478**
NRS trist deprimert	-.076	.087	.231	.132	.156	.192	-.041	.583**	–	.524**
NRS global	.257	.201	.514**	.378**	.365**	.015	.205	.478**	.524**	–

\*\*p<.01; \*p<.05

Som det fremkommer i tabellen viste resultatene en korrelasjon mellom smerter i ro og smerte ved bevegelse. Variabelen ”Hvordan har du det i dag” er i tabell 1 benevnt NRS global. Denne variabelen korrelerte med slapphet, kvalme, tungpustethet, angst og uro og trist og deprimert, men ikke med smerte i ro eller smerte i bevegelse, alle med P verdier lavere enn 0,01. En indeks, benevnt psykisk smerte, som inkluderte variablene trist og deprimert og angst og uro ble utformet. Dersom en ser på angst og tristhet og depresjon og uro som psykisk smerte, forklarer psykisk smerte 33 % av variasjonen til variabelen: ”Hvordan har du det i dag” ( $R^2 = 0,329$ ).

I tiltaksplanene fremkom det at smerte var dokumentert hos 43 % av pasientene ved første kartlegging, noe som steg til 50 % etter fire måneder og videre til 65 % etter ni måneder. Smertens intensitet var ikke dokumentert, og smertens lokalisasjon var bare unntaksvis registrert. Videre var det ikke dokumentert hvordan pasienten erfarte smerte. Hvilke tiltak som var iverksatt for å lindre smerte var sjeldent beskrevet. Disse funnene var de samme ved andre og tredje gangs kartlegging. I tiltaksplanen var det nedfelt hva pasienten fikk av smertestillende medikamenter, noen få omtalte effekten av smertestillende. Kun i noen få tiltaksplaner var det utformet mål og tiltak som omhandlet smerte.

Spontane utsagn fra pasientene på spørsmålet: ”Hvordan har du det i dag?” omhandlet i vesentlig grad følelser knyttet til angst og uro for fremtiden, trist og deprimert på grunn av sykdommen, slapp, trøtt og sliten. Noen ønsket ikke å klage selv om de hadde vondt. Pasientene uttrykte at smertene oppstod ved bevegelse, snuing eller ved inaktivitet.



## Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen er å presentere resultater fra et utviklingsprosjekt hvor en ønsket svar på om en systematisk kartlegging ved bruk av ESAS bidro til å lindre pasientenes smerte. I diskusjonen vil vi drøfte om innføring av systematisk kartlegging førte til lindring av smerte hos eldre i en korttidsavdeling med forsterket bemanning ved et sykehjem. Videre vil vi drøfte hvorvidt kartleggings skjemaet ESAS er et egnet instrument for å kartlegge smerter hos eldre.

Resultatene av den systematiske kartleggingen viste ingen signifikant forskjell på pasientenes smerteskår ved bevegelse ved første gangs registrering (baseline) og etter ni måneder. Ved baseline var det ni pasienter som oppgav en smerteskår mellom 7-10 på NRS, etter ni måneder var det seks pasienter. Dette kan skyldes at det var ulike pasienter som ble kartlagt på de ulike tidspunktene. Vi hadde allikevel forventet at færre pasienter oppgav så sterke smerter siden avdelingen hadde gjennomført en systematisk smertekartlegging. At pasientene i vårt prosjekt fortsatt opplevde smerte til tross for en systematisk kartlegging, som avdekket at pasientene hadde smerte, kan muligens tilskrives personalets manglende forståelse for viktigheten av å følge opp resultater i form av handling. Hvis pasientene erfarer at de ikke mottar en tilfredsstillende smertelindring etter at de har verbalisert sin smerte, kan tilliten til personalet svekkes (Gran et al. 2009). Opplæringen som personalet i dette prosjektet mottok var begrenset til ESAS kartlegging, hvordan og når en bør kartlegge. Generell kunnskap om smerte, hvordan smerte kommer til uttrykk hos eldre og metoder for smertelindring ble i mindre grad vektlagt. Dette kan være mulige årsaker til at pasientene ikke ble tilstrekkelig smertelindret. Imidlertid vurderte vi at en slik undervisning ikke var nødvendig da avdelingen, der kartleggingen ble gjennomført, er bemannet identisk med en indremedisinsk sykehusavdeling. Vi forventet derfor at personalet hadde generell kunnskap om smerte, siden avdelingen har høy fagdekking sammenlignet med ordinære sykehjemsavdelinger. Kunnskap alene synes derfor ikke å være tilstrekkelig for å få til varige endringer i praksis. Jones, Fink, Pepper, Hutt, Vojir, Scott og Mellis (2004) dokumenterer at selv om personalet har kunnskaper om smertekartlegging fører det ikke til bedre behandling av pasientenes smerter. De mener at dette blant annet handler om holdninger til eldre og smerter. En annen mulig årsak til at pasientene ikke ble tilstrekkelig smertelindret i dette prosjektet, kan tilskrives ustabil lederskap. Både fagutviklingssykepleier og leder sluttet mens prosjektet pågikk. Det er dokumentert at stabilitet i personalet og ledelse er viktige forutsetninger for å få til endringer i klinisk praksis (Jones et al. 2004). Legen har en sentral rolle i den medikamentelle smertebehandlingen til eldre (Kongsgaard, Wyller og Breivik 2008, Husebø 2009). Vi er kjent med at avdelingens lege i begrenset omfang etterspurte resultater av smertekartleggingen når pasientenes medikamentelle smerteregime ble vurdert. Skal en lykkes med god smertebehandling i sykehjem, bør legene ta en sentral rolle både i forhold til kunnskapsformidling og i tverrfaglige vurderinger.

Mangelfull dokumentasjon i pasientens tiltaksplan kan være en annen årsak til at den systematiske kartleggingen ikke førte til at pasientenes smerte ble lindret i dette prosjektet. Hvis smertekartlegging skal ha noen hensikt, må den dokumenteres og følges opp. Resultatene viste mangelfull dokumentasjon av smerte både med hensyn til intensitet og lokalisasjon.

Studier har vist at dokumentasjon vil fremme kommunikasjon mellom pasient og hjelper og lette det tverrfaglige samarbeidet (Griffie 2003). Dokumentasjonsplikten er for øvrig lovfestet for den som yter helsehjelp (Helsepersonelloven § 40, 2001).

Er ESAS et egnet instrument for å kartlegge smerter hos eldre pasienter i sykehjem? Personalet i dette utviklingsprosjektet erfarte at det var vanskelig for noen pasienter å beskrive opplevelsen av smerte og plager i form av et konkret tall. Dette funn støttes av annen forskning (Li, Herr og Chen 2009). Det at pasientene i vår studie var eldre synes heller ikke å være den eneste årsaken til at de syntes det var vanskelig å beskrive opplevelsen av smerte i konkrete tall, da blant annet Bird (2005) har avdekket at også yngre kan ha problemer med å tallfeste smerter. Et mulig alternativ er å benytte verbale utsagn som strekker seg fra ingen smerte til verst tenkelig smerte. Selv eldre med svak- til moderat kognitiv svikt kan bruke verbal skala (Herr Spratt, Mobily og Richardson 2004).

Noen pasienter gav også uttrykk for at det var slitsomt å måtte svare på de samme spørsmålene daglig og noen opplevde kartleggingen som unyttig mas. Andre pasienter kjente til skjemaet fra opphold i spesialisthelsetjenesten og i tillegg til å gradere symptomer og plager i tall beskrev de egne erfaringer. ESAS synes å være et godt utgangspunkt for en samtale om hvordan pasientene har det i øyeblikket og i forhold til tanker knyttet til fremtiden. Disse funn samsvarer med funnene i studien til Myhra og Grov (2010). De fant at sykepleiere som arbeidet ved avdelinger hvor pasientene hadde behov for palliativ behandling og pleie og sykepleiere som arbeidet ved vanlige sykehjemsavdelinger hvor pasientene var i en palliativ fase av sin sykdom mente ESAS var enkelt å bruke, tok liten tid å fylle ut og gav raskt svar på pasientens symptomer. Samtidig viser studier at ESAS primært brukes ved palliative enheter og bare i begrenset omfang ved ordinære sykehjemsavdelinger (Nekolaichuk et al. 2008, Myhra og Grov 2010).

Studier viser at eldre pasienter på sykehjem har smerte på flere ulike steder på kroppen (Gran 2009). Resultatene fra dette prosjektet viser at pasientene i gjennomsnitt hadde smerter på tre ulike steder på kroppen, hyppigst lokalisert til underekstremitetene. Det er dokumentert at smerte i underekstremitetene kan føre til langsommere mobilisering og dårligere funksjon (Kongsgaard et al. 2008). Dette kan få alvorlige konsekvenser for eldre pasienter da redusert aktivitet kan føre til økte smerter som igjen kan forsterke inaktiviteten. I standardutgaven av ESAS er ikke smertens lokalisasjon inkludert noe som er viktig for å lindre pasientens smerte (AGS 2002, Briggs 2010).

Resultatene fra vårt prosjekt viser at ESAS gir en helhetlig forståelse av pasientenes symptomer og plager. Vi fant blant annet at smerte ikke korrelert med opplevelsen av: "Hvordan har du det i dag". Med andre ord kan en oppleve smerte og allikevel ha en følelse av tilfredshet med tilværelsen. Det kan tilskrives eldre pasienters stoiske holdning. Gjennomsnittsalderen for de som deltok i smertekartleggingen var 81år. Det er dokumentert at eldre pasienter sjelden klager over smerte. De har en forståelse av at smerte hører alderdommen til. De vegrer seg for å be om smertestillende da de er redde for bivirkninger (Jones, Fink, Clark, Hutt, Vojir og Mellis 2005). En annen grunn til at eldre i sykehjem ikke klager over smerte og ber om smertestillende er at de opplever at personalet har det travelt, og når de ber om smertestillende må de vente lenge (Gran et al. 2009). Våre funn viser i tillegg at 33 % av variasjonen i variabelen: "Hvordan har du det i dag" kan tilskrives det vi kalte psykisk smerte. Pasientenes høye alder, flere sammensatte diagnoser med til dels komplisert behandling og uttalt usikkerhet i forhold til fremtiden kan være mulige årsaksforklaringer.

## Konklusjon

Personalet og ledelsens kunnskap om bruken av kartleggingsinstrumenter samt holdninger til eldre og smerter er nødvendige forutsetninger for at pasientene skal motta en optimal smertelindring. Sykepleieren har ansvar for å kartlegge pasientens symptomer eller plager, samt rapportere og dokumentere slik at pasientene får en tverrfaglig og helhetlig smertebehandling. Hvis pasientene ikke ønsker smertelindrende behandling, bør en forsikre seg om hva årsakene kan være. ESAS som kartleggingsinstrument gir et godt bilde av pasientenes selvrapporterte smerte og andre symptomer. For å dokumentere smertens lokalisasjon kan et kroppskart inkluderes. Instrumentet beskrives som for omfattende av noen eldre. Alternative, valide kartleggings skjemaer bør være tilgjengelig slik at en kan oppnå større grad av individuell tilpasset smertekartlegging.

På bakgrunn av funnene i studien og litteraturgjennomgang kan det være aktuelt å forske videre på hvilken kunnskap og forståelse personalet har av smerte hos eldre. Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet relatert til smertelindring? Hvordan kan smertekartlegging bidra til endringer i behandling av smerte hos eldre?

*Takk til professor Ellen Karine Grov, Høgskolen i Buskerud, for verdifulle innspill i analysen av data.*

## Litteraturliste:

- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of Persistent Pain in Older Persons (2002) *Journal of American Geriatrics Society*, 50(6):205-224.
- AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of Persistent Pain in Older Persons. (2009) *Journal of American Geriatrics Society*, 57: 1331-1346.
- Allock, N., McGarry, J., Elkan, R. (2002) Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*. 10 (6): 464-471.
- Bakke, H.K. (2004) Nye tanker om bemanning i sykehjem. *Tidsskr Nor Legeforen* 124: 2807.
- Bird, J. (2005) Assessing pain in older people. *Nursing standard*. 19,19:45-52.
- Bjørø, K. og Torvik, K. (2008) Smerte. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (red). *Geriatrisk sykepleie*. Gyldendal Akademisk, 331-349.
- Boerlage, A. A., van Dijk, M., Stronks, D. L., de Wit, R., van der Rijt, C.D.(2008) Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *European Journal of Pain* 12: 910-916.
- Breivik, H. (2003) Ta smerte på alvor. Norge på smertetoppen i Europa. <http://www.painineurope.com> (lesedato 11.01.11)
- Briggs, E. (2010) Assessment and expression of pain. *Nursing standard*, 25, 2:35-38.
- Bruckenthal, P., Carrington Reid, M., Reisner, L. (2009) Special Issues in the management of Chronic Pain in Older Adults. *Pain medicine*, 10, S2: 67-78.
- Bruera, E., Kuehn N., Miller M.J., Selmser, P., Macmillan, K. (1991) The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*, 7:6-9.

- Cairncross, L., Magee, H., Askham, J. (2007) A hidden problem: pain in older people. *Picker Institute Europe*.
- Casarett, D.J., Hirschman, K.B., Miller, E.R., Farrar, J.T. (2002) Is Satisfaction With Pain management a Valid and Reliable Quality indicator for Use in Nursing Homes? *Journal of the American Society*. 50 ,12: 2029-34.
- Closs, S.J. (1996) Pain and elderly patients: a survey of nurses` knowledge and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 23: 237-242.
- Cox, F. (2010) Basic principles of pain management: assessment and intervention. *Nursing standard*,25,1: 36-39.
- Garyali, A., Palmer, J.K., Yennurajalingam, S., Zhang, T., Pace, E.A., Bruera, E. (2006) Errors in symptom intensity selfassessment by patient receiving outpatient palliative care. *J Palliat Med*, 9: 1059-1065.
- Gran, S.V. (2009) Eldre og smerter – en studie av eldres opplevelse av smerter. Rapport fra Høgskolen i Buskerud nr. 47.
- Gran, S.V., Landmark, B. og Festvåg, L. (2009) Alone with my pain – it can't be explained, it has to be experienced". A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *International Journal of Older People Nursing*<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2009.00195.x/pdf> (lesedato 11.01.11).
- Griffie, J. (2003) Adressing inadequate pain relief: effective communication among the health care team is essential. *American Journal of Nursing*, 103, 8: 61-63.
- Helsepersonelloven (2001) <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-008.html> (lesedato 11.0.11)
- Herr, K.A., Spratt,K., Mobily, P.R., Richardson, G. (2004) Pain intensity assessment in older adults. Use of experimental pain to compare psychometric properties and usability of selected pain scales with younger adults. *Clinical Journal of Pain*. 20,4: 207-219.
- Higgins, I., Madjar, I. og Walton, J.A. (2004) Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 12, 3:167-73.
- Husebø, B.S. (2009) Smerteevaluering ved demens. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129:1996-98.
- Jones, K.R., Fink, R.M., Pepper, G., Hutt, E., Vojir, C.P., Scott, J., Clark, L., Mellis., K.B. (2004) Improving Nursing Home Staff Knowledge and attitude About Pain. *The Gerontologist*, 44, 4: 469-478.
- Jones, K.R., Fink, R.M., Clark, L., Hutt, E., Vojir, C.P., Mellis., K.B. (2005) Nursing Home resident Barriers to effective pain Management: Why Nursing Home Residents May Not Seek Pain Medication. *J Am Med Dir Assoc*, 6:10-17.
- Kedziera, P.L. (2001) Easing Elders` Pain. *Holistic Nursing Practice*, 15, 2: 4-16.
- Kongsgaard, U.E.,Wyller, B.T., Breivik, H. (2008) Eldre trenger bedre smertebehandling. *Tidsskr Nor Legeforen*, 5, 128:590-91.
- Li, L.,Herr, K og Chen, P (2009) Postoperative Pain Assessment with Three Intensity Scales in Chinese Elders. *Journal of Nursing Scholarship*, 41,3:241-249.
- McGaffery, M. og Beebe, A. (1996) *Smerter – lærebok for helsepersonell*. Ad Notam Gyldendal AS.
- Myhra, C.B. og Grov, E.K (2010) Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Sykepleien Forskning*, 5(3): 210-218.
- Nekolaichuk, C., Watanabe, S., Beaumont, C. (2008) The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006) *Palliative Medicine* 22: 111-122.
- Rolland, Y., Abellan van Kan, G., Hermabessiere, S., Gerard, S., Guyonnet Gillette, S., Vellas, B, (2009) Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13, 8: 679-683.

Statistisk Årbok (2008) <http://www.ssb.no/aarbok> (lesedato 11.01.11)

Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse – og sosialdepartementet

[.http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf) (lesedato 11.01.11)

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

Weiner, D.K. og Rudy, T.E. (2002) Attitudinal Barriers to Effective Treatment of Persistent Pain in Nursing Home Residents, *Journal of American Geriatrics Society*, 50,12: 2035-2040.