



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	377
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7396
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	122
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Kronisk smerte og smertelindring hos
eldre

Chronic pain and pain management in the
elderly

Kandidatnummer: 377

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

27.05.22

Abstract

Aim: How can a nurse contribute to optimize pain management to elderly patients with chronic pains.

Background: Chronic pain affects 30% of the Norwegian population. Pain can cause, among other things, sleep problems, depression, reduced functions, and decreased quality of life. Pain is a complex phenomenon and is experienced differently in individuals. Pain management can be difficult to implement and can cost a lot of resources. In this study I want to look into different pain management interventions and pain assessment.

Method: In this bachelor thesis, it was performed a systematic literature search in databases Medline, Cinahl and Epistemonikos for articles published between 2010-2022, for this literature study. The search resulted in the inclusion of four studies.

Results: The results showed that systematic assessment and a combination of pharmacological and non-pharmacological interventions can contribute to better pain management. Systematic assessment had benefits in decreased ADL-dependency, higher quality of life, and had benefits in the structure of pain management practice between health care professionals. Pharmacological interventions are shown to be effective but comes with risk of, among other things, side effects and interactions. Use of non-pharmacological interventions can contribute better pain management along with pharmacological interventions. A combination of two non-pharmacological interventions had better effect than one intervention alone. The effect was short lasting, so the interventions must be repeated regularly.

Discussion: Chronic pain has a high occurrence among the residents in nursing homes, with rates around 45-80%. Chronic pain requires prolonged pain management. The complexity and subjective variations in pain demand individual pain management. Systematic assessment can contribute to create a pain management program based on the patients wants and needs and can help nurses understand the pain of the patient. Non-pharmacological interventions can be a good attribute to pharmacological interventions.

Conclusion: A cohesive and multimodal approach to pain management is important to reach a balanced result.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	2
1.0. Introduksjon	4
1.1 Innledning	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Begrepsavklaringer	5
1.4 Problemsstilling med problemformulering.....	5
1.5 Avgrensing for problemsstilling	6
1.6 Relevans for sykepleiefaget.	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Smerte - et subjektivt fenomen	7
2.2 Hva er kronisk smerte?	8
2.3 Den eldre pasienten.....	8
2.4 Konsekvenser for kronisk smerte for pasienter og for samfunnet.....	10
2.5 Ikke-medikamentelle tiltak ved smertelindring.....	10
2.6 Medikamentelle tiltak ved smertelindring	12
2.7 Travelbee - Relasjon i sykepleie	13
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode.....	14
3.2 Søkeprosess.....	14
3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	15
3.4 Analyse og syntese.....	15
3.5 Kritikk av metode	15
3.6 Etske vurderinger	16

4.0 Resultat.....	17
4.1 Kartlegging av smerte	17
4.2 Ikke-medikamentelle tiltak	17
4.3 Medikamentelle tiltak.....	18
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	20
5.1.1 Et subjektivt fenomen – trenger tilpasset behandling?	20
5.1.2 Kroniske smerter hos eldre.....	21
5.1.3 Ikke medikamentelle tiltak	23
5.1.4 Medikamentelle tiltak	24
5.1.5 Samfunnsøkonomiske perspektiver i smertelindring.....	25
5.2 Metodediskusjon	26
6.0 Konklusjon	27
7.0 Litteraturliste.....	29
Vedlegg 1 – PICO skjema	1
Vedlegg 2 – Inklusjons kriterier	1
Vedlegg 3 – Søkehistorikk Medline	1
Vedlegg 4 – Søkehistorikk Cinahl	1
Vedlegg 5 – Søkehistorikk Epistemonikos.....	1
Vedlegg 6 – Prisma flow diagram.....	1
Vedlegg 7 – Resultatmatrise	1

1.0. Introduksjon

1.1 Innledning

Mange av pasientene i helsetjenesten er plaget av smerte. I en studie har det vist at 30% av den norske befolkningen har kroniske smerter (Nortvedt & Rustøen, 2008, s. 141). Smerte kan være akutt eller kronisk. Ved akutt smerte har ofte smerten en nyttig funksjon. Da vil smerten varsle kroppen om en truende vevsskade. Etter skaden vil smerten bidra til at skadestedet holdes i ro, og dermed får heles. Denne typen smerte er nyttig, da den bidrar tilheling. Ved kroniske smerter vil ikke dette være en nyttig virkning, og kan i stedet føre til funksjonssvikt, inaktivitet, isolasjon og depresjon (Stubhaug & Ljoså, 2008, s.27). I denne oppgaven er det kroniske smerter jeg vil undersøke.

Kroniske smerter har høy forekomst i sykehjem. Kroniske smerter kan føre til uheldige konsekvenser som søvnproblemer, depresjon, endringer i fysisk aktivitet og nedsatt livskvalitet. Kroniske smerter har sammensatte årsaker og skyldes ofte langvarige sykdomstilstander. Kroniske smerter er også et samfunnsøkonomisk problem og fører til økte kostnader blant annet i forbindelse med behandling og uførhet (Danielsen et. al., 2016 s415-417).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Basert på egne erfaringer har jeg opplevd at helsepersonells egne holdninger kan påvirke sykepleien til pasienter, spesielt ved smerter. Som helsepersonell har jeg erfart situasjoner der pasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring fra helsepersonell, grunnet deres egne holdninger til smerte eller som følge av manglende kunnskap om smertebehandling. Dette oppleves spesielt dersom tiltakene som er iverksatt ikke har ønsket effekt, og dersom smertene varer over lengre tid. Samtidig opplever jeg at mange ulike tiltak ikke blir utprøvd, for eksempel ikke-medikamentelle tiltak eller andre typer legemidler. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å i denne oppgaven se nærmere på behandling av kroniske smerter, for å få bedre kunnskap til å kunne sikre tilfredsstillende smertelindring, samt overvinne negative holdninger som mulig står i veien for dette.

1.3 Begrepsavklaringer

Smerte

Smerte defineres av International Association for the study of Pain (IASP) som «*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*» (International Association for the study of Pain, 2020). Smerte er en sammensatt opplevelse, og påvirkes av faktorer som fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Samme smertestimuli oppleves forskjellig fra person til person, og graden av smerte varierer (Danielsen et. al., 2016 s. 383). Smerte deles inn i akutt og kronisk smerte.

Kroniske smerter

Kroniske smerter defineres som smerte som har vart lenger enn tre måneder, og som er uten håp for å forsvinne av seg selv (Danielsen et. al., 2016, s. 414). Ved kroniske smerter skjer det en rekke endringer i biologiske mekanismer iblant annet nervesystemet, hormonsystemet og immunsystemet (Danielsen et. al., 2016, s. 415).

Multimodal smertelindring

Multimodal smertelindring innebærer å lindre smerte fra flere hold, ved å kombinere ulike tiltak og legemidler med ulike virkningsmekanismer. Hensikten med multimodal behandling er å finne en balanse mellom virkning, bivirkning og risiko. (Danielsen et. al., 2016, s.395).

1.4 Problemstilling med problemformulering

Som sykepleier møter man pasienter med ulike former for smerte, i alle deler av helsetjenesten. Hos eldre kan kroniske smerter være vanskelig å behandle. Årsaker til dårlig behandling kan være underrapportering om smerter fra pasientene, frykt for bivirkninger av legemidler, eller manglende kunnskaper og ferdigheter blant helsepersonell, som lege og sykepleier (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). Blant pasienter i sykehjem er det høy forekomst av

smerter. Studier viser en andel på 45-80% av pasientene er plaget med smerter i en form. (Torvik & Bjøro, 2008, s.108). Aldersforandringer gir økt risiko for sykdom og funksjonssvikt. Funksjonssvikt gjør det vanskeligere for en å klare seg i dagliglivet. (Ranhoff, 2015, s. 79). Dette gir økt risiko for sykdom og skade som kan føre til kroniske smerter (Torvik et. al., 2015, s. 392). Personer med fast plass på sykehjem er oftest eldre pasienter med noen av disse faktorene, og mange får behandling for kroniske smerter.

Problemstillingen er følgende: «Hvordan kan en sykepleier bidra til å optimalisere smertelindring til eldre pasienter med kroniske smerter?»

1.5 Avgrensning for problemsstilling

Oppgaven er ikke avgrenset til å omhandle en spesifikk diagnose eller tilstand som fører til kroniske smerter, men omhandler eldre pasienter som har kroniske smerter uavhengig av diagnose eller årsak. Det er derimot valgt å ekskludere pasienter med kroniske smerter som skyldes en kreftdiagnose. For å avgrense pasientgruppen videre inkluderes kun pasienter med fast plass på sykehjem, eldre menn og kvinner. På sykehjem får pasientene tett oppfølging, der sykepleieren vil ha en tett relasjon til pasientene. Problemstillingen belyser smertekartlegging, medikamentelle sykepleieintervensjoner og ikke-medikamentelle sykepleieintervensjoner.

1.6 Relevans for sykepleiefaget.

Sykepleiere møter pasienter med kroniske smerter mange steder i helsevesenet. Beboere på sykehjem er ofte plaget med kroniske smerter som følge av faktorer som høy alder, kroniske tilstander og kormorbiditet (Torvik & Bjøro, 2014, s. 390). Sykepleieroppgaver knyttet til smerter og smertebehandling innebærer kartlegging, vurdering og lindring av smerter, i tillegg til å hjelpe pasienten til å mestre smertene. (Danielsen et. al., 2016, s. 420).

Sykepleiere har en sentral rolle i smertekartlegging, og utførelse av smertebehandling. Siden sykepleieren jobber tett på pasientene, har de en viktig rolle med å observere pasienten og kartlegge smerten. Sykepleieren behandler disse pasientene gjennom administrering av smertestillende legemidler og ikke-medikamentelle tiltak. (Danielsen et. al., 2016, s. 421).

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet tar jeg for relevant teori knyttet til kroniske smerter og den eldre pasienten.

2.1 Smerte - et subjektivt fenomen

Smerte er den vanligste årsaken til kontakt med helsevesenet, og 50% av alle som oppsøker lege har smerter. Av disse pasientene har 40% hatt smerter som har vart lenger enn 3 måneder. (Danielsen et. al., 2016, s.381). Smerte er en sammensatt opplevelse som påvirkes av mange faktorer. Smertestimuli oppleves forskjellig fra person til person, og kan variere fra en situasjon til en annen. Erfaring av smerte og lidelse kan oppleves fysisk, psykisk, og åndelig. Bare den som opplever smerten vet hvordan smerten føles, og kjenner til smertens intensitet og varighet (Danielsen et. al. s. 382; Travelbee, 2002, s. 26). Faktorer som bakgrunn, kultur, familie, oppdragelse og nærmiljøet kan også innvirke på hvordan en person håndterer og uttrykker sin smerte. Eksempelvis får man i noen kulturer mer oppmerksomhet og medfølelse når en uttrykker smerter, mens andre opplever ros dersom man ikke uttrykker smerter (Danielsen et. al., 2016, s. 383-384).

Å vurdere en persons smerteopplevelse er en vanskelig oppgave, da det ikke finnes målbare tegn på smerte. Dette kan gjøre at helsepersonell ikke alltid tror på at pasienten har smerter. Sykepleiere bruker ofte egne erfaringer, kunnskap og eget skjønn i å tolke andres smerter. Noe som kan føre til at sykepleiere får ulik oppfatning av hva som er en normal reaksjon på smerte. Dette kan virke inn på vurderingen av smertene og smertelindring (Danielsen et. al. 2016 s. 382-384). Dermed er bruk av smertekartleggingsverktøy viktig når en skal vurdere smerte. Et vanlig smertekartleggingsverktøy er et selvrapporterings skjema kalt «Numeric rating scale» (NRS), der pasienten rangerer sin smerte fra 0 - ingen smerte til 10 - verst tenkelig smerte (Danielsen et. al, 2016, s. 383-388).

Å leve med smerter kan føre problemer med søvn og innsovning, og dersom pasienten føler seg trøtt og utslitt kan det forverre smerteopplevelsen. Smerteopplevelsen og disse problemene smerten kan føre til, gjør at livskvaliteten kan være redusert hos disse

pasientene. Hovedmålet for tilstrekkelig smertelindring er at pasienten skal ha det så godt som mulig, og kunne bevege seg og puste godt. Det innebærer også at effekten av tiltakene, skal overveie ulemper som bivirkninger og skade som følge av dem. (Danielsen et. al., 2016 s.388). Da er det viktig at sykepleieren gjør vurderinger av smerten og vurderer behovet for smertelindrende tiltak.

2.2 Hva er kronisk smerte?

Kroniske smerter defineres som smerte som har vart lenger enn tre måneder, og som er uten håp for å forsvinne av seg selv. Kroniske smerter kan også kjennetegnes ved at det skjer endringer i biologiske mekanismer som immunsystemet, nervesystemet og hormonsystemet (Danielsen et. al., 2016, s. 414). Det sees en sammenheng mellom immunsystemet og hormonelle stressmekanismer som påvirker kroniske smerter ved å frigjøre cytokiner og kortisol ved kroniske smertetilstander, som kan bevare disse smertene. (Danielsen et. al., 2016, s.414-415)

Kroniske smerter må ses på som en langvarig tilstand, og kan ofte være livsvarig. Kroniske smerter skyldes ofte langvarige sykdomstilstander, men kan også i noen tilfeller ikke ha noen klar årsak. Pasienter med smerter fra muskel- og skjelettsystemet er den største gruppen pasienter med kroniske smerter. Det er vanlig at pasienter har sterke smerter uten at man kjenner til eller finner en årsak til smerten, for eksempel noen former for hodepine. Det er sjelden man kan fjerne smertene helt, da mange av tilstandene ikke kan kureres. Målet med behandling i disse tilfellene blir å dempe smerteopplevelsen, og at pasienten oppnår best mulig livskvalitet og funksjon. (Danielsen et. al., 2016, s.415-417)

2.3 Den eldre pasienten

Eldre pasienter har et stort aldersspenn, og det kan være vanskelig å definere referanseområde. Eldre defineres av verdens helseorganisasjon (WHO) som personer over 65 år. (Torvik & Bjørø, 2008, s. 105.) Aldersforandringer er forandringer i kroppen som skyldes biologisk aldring. Det er individuelle forskjeller når det kommer til

aldningsforandringer. Aldersforandringene blir større ved økende alder. (Romøren, 2014, s.29-31). Store medisinske leksikon definerer aldring slik: «Aldring kan defineres som tiltagende tap av kroppens vev og organer med årene, som igjen fører til tap av funksjon av hver enkel celle og hvert enkelt organ.» (Fossum et.al, 2020). Aldersforandringer gir økt disposisjon for sykdom og funksjonssvikt. Det har vist seg å være en sammenheng mellom aldersforandringer, sykdom og funksjonssvikt. Aldersforandringer har økt risiko for å utvikle sykdom og funksjonssvikt. Sykdommer kan gi funksjonssvikt og fremskynde aldring. Funksjonssvikt kan føre til redusert aktivitet og fremskynde aldring, som igjen til kan føre til sykdom. Dette gjør at eldre er i større risiko for å utvikle kroniske tilstander, som kan føre til kronisk smerte. (Ranhoff, 2014, s. 79-80). Høy alder medfører stor risiko for komorbidet, altså to eller flere tilstander som fører til funksjonssvekkelse. (Romøren, 2015, s.35)

Smerte kan hos eldre føre til inaktivitet, og at den eldre ikke klarer å gjennomføre daglige gjøremål og dermed tap av selvstendighet. Smerte kan også påvirke den eldre pasients emosjonelle og kognitive tilstand. Studier har vist økt risiko for konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser. (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392). I tillegg vil smertene kunne føre til at pasienten trenger mer hjelp til aktiviteter i dagliglivet (ADL), som evne å forflytte seg, personlig hygiene og lignende. (Romøren, 2014, s. 34). Det kan se ut til at smerter blant eldre er underrapportert, udiagnostisert, og at behandlingen ikke er tilstrekkelig. (Danielsen et. al., 2016, s. 381; Torvik & Bjørø, 2008, s. 114)

Høy alder øker hyppigheten av sykdom og tilstander som medfører behandling med legemidler. I tillegg påvirker normale aldersforandringer absorpsjonen, fordelingen, effekten og utskillingen av medikamenter. Hvor mye aldersforandringer og sykdom påvirker legemiddeleffekten, varierer fra person til person. Det gjør at effekten av legemidler hos eldre blir vanskeligere å forutsi, da den er annerledes enn hos yngre personer. Når eldre bruker flere legemidler samtidig på grunn av behandling av flere sykdommer eller tilstander, kalles dette polyfarmasi. Polyfarmasi øker risikoen for bivirkninger og interaksjoner. Interaksjoner menes med at ved bruk av flere legemidler samtidig forsterker eller hemmer

legemidlenes effekt av hverandre (Ranhoff & Engh, 2014, s. 186). Bivirkninger er uønskede virkninger av legemidlet (Legemiddelverket, 2021).

2.4 Konsekvenser for kronisk smerte for pasienter og for samfunnet

Kroniske smerter kan gi stor belastning for pasientene og deres nærmeste. Mange har daglige smerter gjennom flere måneder og år, uten å kunne se en ende i smertene. Dette kan gå ut over fysisk, psykologisk, åndelig og sosialt velvære, og kan redusere livskvaliteten betraktelig. (Danielsen et. al., 2016, s. 416). Mange pasienter med kroniske smerter som skal tallfeste smertene sine på en numerisk skal fra 0 til 10, plasserer på 7 eller høyere. Det betyr at de opplever smertene som svært sterke. (Danielsen et. al. 2016 s. 416). I tillegg til at smertene oppleves er svært plagsomt og ubehagelig, kan pasienter oppleve problemer med søvn og innsovning, endringer i fysisk aktivitet og depresjon. Pasienten kan oppleve en større belastning utover plagene sine, dersom de blir ikke opplever å bli forstått eller tatt seriøst av helsetjenesten. (Danielsen et. al, 2016 s. 416).

Kronisk smerte kan også bli sett på som et samfunnsøkonomisk problem fordi det medbringer kostnader med behandling og rehabilitering. Det er også økt risiko for sykemelding, uføretrygd eller behov for tilrettelegging på arbeidsplassen for disse pasientene. (Danielsen et. al., 2016, s.). Kronisk smerte kan for noen føre til økt forbruk av helseressurser og forlenget liggetid ved sykehusinnleggelse. (Torvik et.al., 2014, s.392)

2.5 Ikke-medikamentelle tiltak ved smertelindring

Ikke medikamentelle tiltak ved smertelindring er tiltak som ikke innebærer bruk av medikamenter som har hensikt å lindre smerte. Disse kan være fysiske eller psykologiske tiltak. (Torvik & Bjørø, 2014, s. 401). I denne oppgaven er tiltakene som er plukket ut, fysiske behandlingstiltak. Smerte er en kompleks tilstand som er forskjellig fra person til person. Dette gjør at det er hensiktsmessig at smertebehandling utføres på ulike måter. Ikke-medikamentelle tiltak kan lindre milde smerter alene, eller være gode supplementer til legemiddelbehandling (Danielsen et. al., 2016, s.391-392). Det er mange ulike tiltak som kan benyttes. I denne oppgaven undersøkes følgende tiltak: massasje, akupunktur, transkutan

elektrisk nervestimulering (TENS), varme- og kuldeterapi, samt noen fysiske øvelser og tøyinger.

Massasje kan gis manuelt eller ved hjelp av apparater. Det finnes mange former for massasje, men mange av disse kan ofte ikke gis av sykepleiere, men av massasjeterapeuter med spesialkompetanse. Sykepleiere kan med opplæring gi en enkel massasje, som innebærer å stimulere hud og underliggende vev ved å trykke med hendene i forskjellig styrke. Massasje har en effekt på smertelindring og har i flere studier gitt reduksjon i smerteskår, spesielt ved smerter i korsryggen. (Torvik & Bjøro, 2014, s. 403).

Akupunktur er en metode som har hensikt å lindre og behandle sykdommer eller plager ved hjelp av å sette nåler inn på bestemte punkter på kroppen. Nålene har en diameter på 3-5mm, og kan strekke seg ned til muskulatur og beinhinnen. Ved denne metoden påvirkes det somatiske og autonome nervesystemet, og fører til aktivering og endring av smertelindrende mekanismer i kroppen. Dette tiltaket gjennomføres av terapeuter med utdanning i bruk av metoden. (Torvik & Bjøro, 2008, s. 118).

Ved bruk av varme økes den lokale blodgjennomstrømningen og kan dempe f.eks. revmatiske smerter og muskelsmerter. Eksempler på metoder innen varmeterapi kan være bruk av varmepute, varmepakker, bruk av ull og varmebad. Varmeterapi bør ikke benyttes dersom smertene skyldes inflammasjon, da bruk av varme vil kunne øke inflammasjonen. (Danielsen et. al., 2016, s. 393.)

Ved transkutan elektrisk nervestimulering (TENS) benyttes et batteridrevet apparat til å lede svake impulser til elektroder som er festet på huden. Impulsene stimulerer perifere nerver og dermed aktiverer kroppens egne smertelindrende mekanismer. Effekten på TENS kan ikke alltid dokumenteres, men mange opplever lindring. Behandlingen i seg selv har ikke bivirkninger, men elektrodene kan irritere huden. Derfor bør plassering av elektroder varieres (Danielsen et. al., 2016, s.392).

Aktiviteter som styrke- og bevegelsestrening gir en effekt av smertelindring, i form av redusert smerte og økt bevegelighet. Blant eldre på sykehjem har mange sykdommer eller tilstander som fører til funksjonssvikt, som setter begrensninger for deltakelse i fysisk aktivitet. Da er det viktig å finne øvelser de kan gjennomføre og bruk av passive øvelser ved funksjonssvikt kan forhindre kontrakturer som kan gi smerter. Fysisk aktivitet kan forebygge smerter, ved å opprettholde muskelmasse, bevegelighet og balanse. (Torvik & Bjørø, 2008, s. 118)

2.6 Medikamentelle tiltak ved smertelindring

Medikamentelle tiltak ved smertelindring innebærer bruk av medikamenter med hensikt å lindre smerte. Medikamenter forordnes av lege, men sykepleiere administrer disse og har derfor en sentral rolle i smertelindringen. Kroniske smerter kan oftest ikke helbredes, så målet blir å endre smerteopplevelsen. Hovedkategoriene for legemidler som brukes i smertebehandling er ikke opioide smertelindringsformer, opioider og adjuvante legemidler. (Danielsen et al., 2016, s. 418; Torvik & Bjørø, 2008, s. 116-117; Torvik og Bjørø, 2014, s. 400).

Innen ikke opioide smertelindringsformer finner man paracetamol og NSAID`s. Paracetamol er førstevalget ved behandling av milde til moderate smerter, og kan også brukes sammen med andre smertestillende. Ved bruk av paracetamol er det viktig å unngå for høy dose, og bør ikke brukes til pasienter med leverskade. NSAIDs er forkortelse for «Non-steroidal anti-inflammatory drugs», og kalles ikke-steroidale antiinflammatoriske midler på norsk. Disse legemidlene kan brukes ved milde til moderate smerter. Disse har mange bivirkninger, som ofte opptrer hos eldre, og langvarig bruk øker risikoen for bivirkninger. (Danielsen et al., 2016, s. 418; Torvik & Bjørø, 2008, s. 116-117; Torvik og Bjørø, 2014, s. 400).

Det finnes både svake og sterke opioider. Kodein, dekstroprofoksyfen og tramadol er svake opioider, og er oftest brukt i Norge. Morfin, oksykodon og fentanyl er eksempler på sterke opioider. Opioider er legemidler som brukes ved moderate til sterke smerter. De gir effekt på smertelindring, demper angst og demper hoste, men kan også virke sløvende. I tillegg

kan kroppen venne seg til legemidlene, og det er fare for nedsatt intoleranse, avhengighet og misbruk. Opioider har mange bivirkninger blant annet forvirring, delirium, kvalme og respirasjonshemning. (Danielsen et al., 2016, s. 418; Torvik & Bjørø, 2008, s. 117; Torvik og Bjørø, 2014, s. 400). Adjuvante legemidler er legemidler som primært brukes til andre tilstander enn smerter, men som også kan ha effekt i smertelindring. Noen eksempler på slike er antidepressiva og anti epileptiske legemidler. Både antidepressiva og anti epileptiske legemidler kan brukes ved nevrologiske smerter, der antidepressiva fungerer på smerter som kan kjennes brennende, og anti epileptiske legemidler har effekt på smerter som kjennes verkende eller lynende smerter. (Danielsen et. al., 2016, s.418).

2.7 Travelbee - Relasjon i sykepleie

Samarbeidet med sykepleier og pasient er viktig i god behandling av smerter. Joyce Travelbee sin teori om «menneske-til-menneske relasjon», støtter dette. En sykepleier har en rolle i å hjelpe mennesker å forebygge eller håndtere sykdom og lidelse, og dersom nødvendig, finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 2010, s. 25-26). Hun forklarer at lidelse er en erfaring som varierer i opplevelse og oppfattes forskjellig fra menneske til menneske. Lidelse kan erfares fysisk, psykisk og åndelig. (Travelbee, 2010. s.90)

Travelbee (2010, s. 232-234) skriver videre at oppgaven med å hjelpe pasienter som lider av sterke smerter over lengre tid, er en kompleks og vanskelig oppgave. Å uttrykke sin smerte til en annen er vanskelig for pasienten, da den andre ikke kan forstå eller forestille seg hvordan en har det. Det kan være at umulig å formidle hvordan man opplever smerten, slik at den andre forstår hvordan det føles. Videre skriver Travelbee om at sykepleieren bør ha som mål å støtte pasienten til å oppleve fatning, verdighet og mot. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å akseptere sin situasjon, og dyrke håp, og bidra til at pasienten kan finne mening i sin situasjon.

3.0 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap, for å belyse en problemstilling. (Thidemann, 2015, s.76) I dette kapitlet redegjør jeg hvordan jeg har gått frem for å finne forskning som anvendes i denne oppgaven.

3.1 Litteraturstudie som metode

For å gjennomføre denne studien har jeg valgt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie innebærer å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere kunnskap innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte arbeidet. (Thidemann, 2019, s.77).

3.2 Søkeprosess

I denne oppgaven er det PICO benyttet i å utarbeide en søkestrategi. PICO er et verktøy som bidrar til å gjøre en problemstilling presis og søkbar. PICO består av Pasient eller Population (P), Intervention (I), Comparison (C) og Outcome (O). (Helsebiblioteket, 2016a). (Se vedlegg 1 for PICO).

For å gjøre et systematisk søk for å finne relevant litteratur, valgte jeg databaser som søker etter litteratur innenfor sykepleiefaget. Jeg har valgt Medline, Cinahl og Epistemonikos som databaser til mitt søk. Medline er en database innen vitenskapelige områder som blant annet medisin og sykepleie (Helsebiblioteket, u.å.a). Epistemonikos er en internasjonal database som inneholder systematiske oversikter om kliniske spørsmål, blant annet behandling (helsebiblioteket, u.å.). Cinahl er en databaser som inneholder litteratur innen sykepleie og tilgrensede fag. Det er mest tidsskrifter som er inkludert i tillegg til blant annet bøker og bokkapitler, og avhandlinger. (Helsebiblioteket, u-å.).

Søkene i de nevnte databasene ble gjort ved å kombinere de ulike søkeordene med «AND» og «OR». Søkene som ble avgrenset ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier som blir definert, hjelper å avgrense søket, slik at litteraturen som blir funnet er relevante og. (Thidemann, 2019, s. 83-84). Se vedlegg 2 for inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Etter å ha funnet litteratur etter søk i databaser, ble litteraturen gjennomgått for å se om de var relevant. Artiklene skal kunne være med på å svare på problemstillingen i oppgaven, i tillegg til å sikre kvaliteten på artikkelen ved å vurdere den kritisk. Til dette formålet ble Helsebiblioteket (2016b) sine sjekklister brukt på to av artiklene, som samsvarer med studiedesignet. De to andre hadde studiedesign som ikke passet noen av sjekklisene, slik at artiklene ble kritisk vurdert uten bruk av sjekklister. Etter dette arbeidet ble fire artikler inkludert i denne oppgaven. Se vedlegg 7.

3.4 Analyse og syntese

Thidemann (2019, s. 92) skriver «å analysere en tekst betyr å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forstå den». Ordet analysere betyr å dele opp, identifisere, sammenligne, se likheter, forskjeller og sammenhenger. I en litteraturstudie lager en syntese etter å ha vurdert, analysert og tolket tekster fra de inkluderte forskningsartiklene til en sammenfattende tekst som skal bidra til å besvare problemstillingen. (Thidemann, 2019, s.54). I denne oppgaven er det benyttet en resultatmatrise (vedlegg 7) til å analysere forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven.

3.5 Kritikk av metode

Å benytte litteraturstudie som metode, innebærer å bruke forskning samlet fra andre. Til dette kan det benyttes primærlitteratur som enkeltstudier, eller sekundærstudier som oversiktsartikler og systematiske oversiktsartikler som analyserer og sammenfatter enkeltstudier. Dette gjør at det kan forekomme feiltolkninger som man bruker litteraturstudie som metode. Dette kan oppstå dersom forskningen er på et annet språk enn forfatterens morsmål. (Thidemann, 2019, S.75).

Å jobbe kunnskapsbasert betyr at man tar beslutninger og valg tatt i betraktning forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning. Dette krever at man må tilegne seg forskningsbasert kunnskap, og anvender dette. (Helsebiblioteket, u.å.b). Det kommer stadig nyere forskning, og utdaterte prosedyrer kan være og man har som sykepleier, ansvar til holde seg faglig oppdatert. I litteraturstudie kan man anvende ny forskning å tilegne seg kunnskap om et område.

3.6 Etske vurderinger

I en litteraturstudie bygger man sin studie på litteratur og forskning skrevet andre forfattere. Det er viktig å henviser korrekt for å kreditere forfatterne. Ved henvisninger til kilder brukes referansestilen Apa 7th i henhold til utdanningsinstitusjonens retningslinjer (Høgskulen på vestlandet, 2020). Litteratur og forskning som benyttes, skal bygge på studier som er etisk gjennomtenkt og forsvarlig utført. Det innebærer at frivillighet, anonymitet og informert samtykke skal ivaretas. (Thidemann, 2019, s.12). Se vedlegg 7, for etiske overveielser for de inkluderte artiklene.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene i forskningen. (Thidemann, 2019). Utfallsmålene som er brukt for å måle effekt er grad av smertereduksjon, ADL-avhengighet og livskvalitet.

4.1 Kartlegging av smerte

En av studie som er inkludert i denne oppgaven, ser på effekten av smertekartlegging i forhold til smertelindring.

I studien til Mamhidir, Sjölund, Fläckman, Wimo, Sköldunger, & Engström (2017) ser forskerne på effekten av systematisk kartlegging av smerte har på smerteopplevelse og velvære, samt ADL-avhengighet. Verktøy som ble brukt til å kartlegge smerte var selvrapporтерingsverktøyet «Numeric rating scale» (NRS), og «Doloplus-2 scale». Doloplus-2 scale er et verktøy brukes til å gjøre en vurdering ved å observere objektive tegn på smerte som blant annet oppførsel og kroppsspråk. Intervensjonen viste liten forskjell i smerteopplevelse og velvære mellom kontrollgruppen og intervensjonsgruppen, men viste en betydningsverdig forskjell i ADL-avhengighet mellom gruppene. Studien forsket også på om pleiepersonellet erfaringer rundt intervensjonen. Der kom det frem at forskerne frem til en konklusjon. Implementeringen av systematisk arbeid rettet mot smerteproblematikk forbedret bevissthet, samarbeid og felles forståelse blant helsepersonell. Dette kan bedre smertelindring, og begrense funksjonssvikt eller ivareta fysiske og funksjonelle evner blant pasienter på sykehjem.

4.2 Ikke-medikamentelle tiltak

Tre av fire de inkluderte artiklene ser på ulike ikke-medikamentelle tiltak til smertelindring. Intervensjonene i de ulike studiene er forskjellige.

Studien til Knopp-Sihota, et. al. (2016) er en systematisk oversikt, og ser på effekten av mange ulike smertelindringsintervensjon, blant annet ikke-medikamentelle tiltak. Artikkelen

konkluderer med at mange ikke-medikamentelle tiltak har mange fordeler, spesielt innen livskvalitet, men fant ingen indikasjoner på dokumentert effekt på smertelindring. Noen av tiltakene innen øvelser eller bevegelsesøvelser ga ingen effekt eller forverring av smertene.

I studien til Ellis & Ong (2017) ser en at effekten av tiltakene i en periode på åtte uker. Tiltakene i studien massasje, transkutan elektrisk nervestimulering (TENS), fysiske øvelser eller tøyning eller kombinasjon av disse. Disse tiltakene hadde forskjeller i effekt, og intervensjonen som hadde best effekt var en kombinasjon av massasje og TENS, eller andre kombinasjoner. Intervensjonene samlet viste en økning av pasienter som ikke brukte smertelindrende legemidler ved behov, fra 62% til 66%. Det ble også vist at antall administrasjoner av smertelindrende legemidler ved behov var redusert der tredje kvartil var redusert fra tre den første uken, til en den åttende uken. I forhold til effekt av intervensjonene ble det vist en klinisk betydningsverdig reduksjon av smerteskår fra før økt til etter økt. Det ble også vist at smerteskåren blant hver pasient var høyere i starten av hver uke, og ble lavere lenger ut i uken. I denne studien ble ikke livskvalitet kartlagt.

Artikkelen til Sheikh (2021, s.1201) er en oversiktsartikkel, og ser på ulike ikke-medikamentelle tiltak for kronisk smerte. Studien forteller at akupunktur har vist seg å være effektiv på ryggmerter, nakkesmerter, hodepine og smerter ved slitasjegikt i knær. Varmeterapi viste seg å lindre smerte blant tilstander som muskelspasmer og leddstivhet, men har risiko for å utvikle blødninger, ødem, og forverring av akutt inflammasjon. Eksempler på varmeterapi i denne studien var bruk av varmepute eller varmepakker. Effekten på tiltak som kiropraktisk behandling, fysioterapeutisk behandling, massasje, og tøye-øvelser, var ikke mulig å konkludere da dette ikke ble funnet nok forskning på til denne studien. Artikkelen konkluderer med at mange av tiltakene er effektiv, men at effekten ofte er kortvarig, og at tiltakene er ressurskrevende.

4.3 Medikamentelle tiltak

To av artiklene undersøker medikamentelle tiltak. Legemidler som undersøkes er lokalbehandling, paracetamol og NSAIDs, opioider og adjuvante legemidler.

Den systematiske oversikten til Knopp-Sihota, et. al (2016, s. 27) forteller at den medikamentelle intervensjon med størst effekt, var smertestillende opioider. Den eldre befolkningen er svært utsatt for bivirkninger av disse medikamentene, slik at disse medikamentene ofte unngås i denne befolkningen. Studien nevner at de ikke fikk nok resultater innen de andre medikamentelle tiltakene, til å komme med en konklusjon om deres effekt.

Oversiktsartikkelen til Sheikh (2021, s. 201-203), undersøker og sammenligner blant annet effekt på smertelindrende medikamentelle tiltak, og kommer med anbefalinger om tiltak. Her blir medikamentelle tiltak delt inn i lokal behandling, paracetamol og NSAIDs, og opioide analgetika. Lokalbehandling slik som lidocain viser effekt på nevropatisk smerte, og lokale NSAIDs er effektive på muskel- og skjelettsmerter og nevropatiske smerter, og kan brukes som eneste behandling eller som en del av multimodal smertelindring. Paracetamol anbefales som førstevalg innen orale analgetika, men har ugunstige risiko for leverskade. Derfor er anbefalt døgndose for skrøpelige eldre 3 gram, og 2 gram for personer med leversvikt. NSAIDs, «nonsteroidal anti-inflammatory drugs» er best egnet for smerter forårsaket av inflammasjoner, som for eksempel revmatoid artritt, men kan også brukes til andre smerte som smerter i korsryggen. Disse medikamentene har ofte uønskede effekter slik som nyreskade, gastritt og hjertesvikt.

Opioide analgetika er effektiv mot smerter, men er ofte unngått i behandling av kroniske smerter. Dette grunnet risiko for misbruk og avhengighet, og risiko for bivirkninger. Ved bruk av opioider anbefaler studien å trappe opp behandlingen gradvis, og ha nedtrapping før seponering, for å unngå uønskede effekter som bivirkninger, overdosering og abstinenser. Adjuvante legemidler viste effekt på en rekke smertetyper, blant annet nevropatiske smerter, muskel- og skjelettsmerter. Blant disse legemidlene som ble undersøkt trisykliske antidepressive legemidler, anti-kolinerge legemidler og cannabis.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Et subjektivt fenomen – trenger tilpasset behandling?

Smerte er et vanlig fenomen, og mange av pasientene som er i kontakt med helsevesenet opplever en eller annen form for smerter. Likevel er smerteopplevelsen forskjellig fra person til person, da det er en sammensatt opplevelse. Smerten kan oppleves på mange måter, fysisk, psykisk og åndelig, og påvirkes av mange faktorer (Travelbee, 2010, s.22). Hvordan man uttrykker og håndterer smerte kan påvirkes av faktorer som erfaringer, kultur, samfunnet man bor i, og familie og oppvekst. (Danielsen, et. al., 2016 s. 384). Det er også variasjoner i smerteterskel, altså hvor intens en smertestimuli kjennes. Disse individuelle forskjellene bidrar til at man ikke kan forstå hvordan andre personer opplever sin smerte. Selv om belastningen eller skaden som er årsak til smerten, er lik, vil disse andre faktorene påvirke smerteopplevelsen forskjellig. Dermed blir smerteuttrykkene og smerteopplevelsen forskjellig, og det er vanskelig å vurdere smertene objektivt og definere et referanseområde.

Dette stiller andre krav til smertevurdering og smertelindring. Ved å ha en helhetlig og multimodal tilnærming i smertebehandlingen, vil pasienten kunne få bedre effekt, med mindre risiko. Individuell smertebehandling krever systematisk smertekartlegging. Det er viktig at smertebehandlingen tilpasses den enkelte, og at behandlingen skal evalueres og endres dersom det er behov for det. (Danielsen et. al, 2016, s.395). Det kan tenkes at smerter blant eldre er underrapportert, som følge av at mange eldre ikke uttrykker sin smerte og at helsepersonell ikke kartlegger smertene systematisk (Torvik & Bjørø, 2008, s. 108). I studien til Mamhidir, et.al. (2017) ble personalet sine erfaringer ved bruk av systematisk kartlegg på smerter, undersøkt, i tillegg til effekt hos pasientene. Studien fant ut at selv om intervensjonen ikke hadde så god effekt på smerteopplevelse og velvære, hadde den god effekt på ADL-avhengighet. Blant personalet viste resultatet at intervensjonen bidro til at pleierne ble mer bevisst egne holdninger til pasientens smerte, samt at samarbeidet med andre profesjoner ble bedre, deriblant lege. (Mamhidir, 2017).

En sykepleier bør være bevisst sine egne holdninger til smerte, og vurdere hvordan pasienten opplever sin smerte. Hvordan sykepleieren selv opplever smerte, kan påvirke hvordan en møter pasienter med smerte, hvilke vurderinger en gjør. Studier har vist at sykepleiere ofte stoler på egne observasjoner, og ikke tar hensyn til pasientens smerteopplevelse (Torvik et. al., 2008, s. 53). Ved bruk av systematisk kartlegging, kan en bli mer bevisst over egne holdninger, samt få bedre forståelse over hvordan pasienten opplever smerten. I følge Travelbee er det viktig å hjelpe pasienten til å finne mening i smerten, og hjelpe personen til å oppleve fatning, verdighet og mot. (Travelbee, 2010, s. 232). Å kartlegge og vurdere hvordan pasienten opplever sin smerte, samt sikre at pasienten får tilpasset smertebehandling til sine behov kan bidra til at pasienten oppnår dette.

Som følge av at smerte og smerteopplevelsen er så sammensatt, og unik fra person til person, blir smertelindring også vanskelig. Ved kroniske smerter, er det lite håp for at smertene skal forsvinne. Det setter krav til at smerte må behandles over lang tid. Som ved all behandling må fordelene veies opp mot ulempene ved behandling. Et tiltak som fungerer godt hos en pasient, opplever andre at tiltaket ikke har god nok effekt.

5.1.2 Kroniske smerter hos eldre

Eldre har ofte flere risikofaktorer som kan føre til kroniske smerter, som høy alder og aldersforandringer, kroniske tilstander og polyfarmasi. Det gjør at kroniske smerte har høy forekomst blant de eldste. Mer enn halvparten av pasienter på sykehjem erfarer en kompleks samling av kronisk smerte. Smerte blant eldre kan føre til inaktivitet og tap av ADL-ferdigheter og selvstendighet. Smerte kan også påvirke den eldres emosjonelle og kognitive tilstand, og kan for eksempel gi økt risiko for konsentrasjonsvansker, delirium, depresjon og søvnforstyrrelser (Torvik & Bjørø, 2014, s. 392).

Flere av artiklene påpeker at forekomsten på andel pasienter med kroniske smerter er fra 30% og opptil 80% i langtidsinstitusjoner (Knopp-Sihota Et. Al., 2016; Mamhidir, et. al., 2017; Ellis & Ong, 2017). Knopp-Sihota et. al. (2017) skriver at kroniske smerter er et anerkjent problem i helsevesenet, men at det er lite forskning rundt temaet. Basert på dette kan det

bety at det kan være effektive smertelindringstiltak og smertelindringsstrategier som ikke er utprøvd eller godt nok dokumentert enda.

Kroniske smerter blant eldre er vanskelig å behandle, da det krever å finne en riktig balanse. Underbehandling av smerter kan føre til reduksjon i funksjonsnivå, mens overbehandling kan føre til bivirkninger og funksjonssvikt. Komorbiditet og polyfarmasi blant eldre bidrar også til at behandlingen blir vanskelig. (Torvik & Bjørø, 2014 s.405; Sheikh et. al., 2021, s. 1199-1200). Aldersforandringene kan medføre endringer i legemidlenes absorpsjon, fordeling, effekt og utskilling, som gjør at legemidlenes virkning uforutsigbart. (Ranhoff & Engh, 2014, s.186). Det gir også økt risiko for bivirkninger og interaksjoner. Det gjør at en jevnlig må vurdere pasientens medikamenter, for å redusere faren for uheldige interaksjoner mellom medikamenter. Det er altså mange momenter å ta i betraktning når man skal sette i gang, og gjennomføre behandling av smerter hos eldre. Det gjør at medikamentbehandling kan ha mange ulemper. Målet med behandlingen er ikke å fjerne smerte helt, da dette ofte ikke er gjennomførbart, men at pasienten skal få bedret funksjon og livskvalitet med færrest mulig uheldige konsekvenser.

Mamhidir, et. al. (2017, s.2) nevner i sin studie at det er fryktet at pasienter i sykehjem med kroniske smerter er uoppdaget og underbehandlet. Eldre kan ha en andre måter å uttrykke og håndtere smerter på, på som følge av kulturelle faktorer, som skiller seg fra yngre personer. Kartlegging er viktig for å undersøke smerte eller risiko hos alle pasienter i sykehjem, og kan bidra til å forhindre at kroniske smerter ikke forblir uoppdaget og underbehandlet. Den beste formen for å kartlegge smerter, er å bruke verktøy som bygger på selvrapporing, da det er pasientens smerteopplevelse er står i sentrum av smertebehandlingen. Hos pasienter der selvrapporing er vanskelig, finnes det flerdimensjonale kartleggingsverktøy, som også undersøker objektive tegn til smerte. Dette gjør det også mulig å kartlegge smerte hos personer med kognitiv svikt eller andre årsaker ikke kan rapportere eller uttrykke smertene sine, slik at disse ikke blir ekskludert i smertekartlegging. (Ranhoff & Eng, 2015, s.)

5.1.3 Ikke medikamentelle tiltak

Fordelen ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak er at disse tiltakene ikke har bivirkninger og ulemper slik som ved bruk av legemidler. Tiltakene kan brukes alene ved milde til moderate smerter, eller sammen med medikamentell behandling som en del av en helhetlig og multimodal tilnærming ved sterke smerter. Hovedmålet med ikke-medikamentelle tiltak er at pasienten skal mestre smerten og få kontroll over egen smerte og styrke selvtilliten i kampen mot smerten. (Torvik & Bjøro, 2014, s. 401)

Tiltakene som er inkludert i studien til Ellis et. al. (2017) er Massasje, TENS, og Fysiske øvelser eller tøying. Deltagerne i studiene ble vurdert av fysioterapeut, som plukket ut aktuelle tiltak til kandidatene ut ifra en kartlegging. Kandidatene fikk tildelt et tiltak alene, eller en kombinasjon av to tiltak i en økt. Tiltakene tok ti minutter å gjennomføre, og ble utført av fysioterapeut minst ganger i uken. Det ble vist at en kombinasjon av to tiltak hadde best effekt. Det ble vist en umiddelbar effekt etter økten, da det ble rapportert lavere smerteintensitet etter økten, men ga ingen varig effekt. Dette kan bety at slike tiltak må gjennomføres regelmessig for å ha effekt på lengre sikt, gjerne flere ganger i uken. Dette kan medføre økte kostnader for pasienten og samfunnet. I studien nevnes det at det kan ha oppstått skjevheter i form av at berøring og oppmerksomhet, kan ha bidratt til de lave smerterapporteringene etter økten (Ellis & Ong, 2017, s. 293). Travelbee (2010, s. 27) skriver at sykepleieren skal hjelpe pasienten å håndtere i sin sykdom og lidelse og gjerne hjelpe å finne mening i det. Det å gi pasienten oppmerksom og støtte, samt berøring kan lindre smerter psykisk og åndelig. På denne måten kan man hjelpe pasienten å ta bort oppmerksomheten på smertene, og vil virke som en avledning eller distraksjon fra smertene. Selv om det ikke nødvendigvis har en dokumentert effekt på selve årsaken til smertene (Travelbee, 2010, s. 27; Nortvedt & Rustøen, 141, s. 148). Dette kan også støttes av studien til Knopp-Sihota (2016) undersøkte mange ulike intervensjoner. Det ble ikke funnet dokumentert effekt på smertelindring på ikke-medikamentelle tiltak, men flere av tiltakene hadde fordeler som økt livskvalitet. Noen av tiltakene viste ingen effekt eller forverring av smerter. (Knopp-Sihota, 2016, s.1163.e27). Derfor er det viktig å kartlegge og dokumentere effekten av slike tiltak, slik at man finner tiltak pasienten kan få nytte av. Ulike tiltak har ofte

en effekt på ulike typer smerter, slik at kartlegging av smerter er viktig når man skal prøve ulike tiltak.

Studien til Sheikh (2021, s. 1201) anbefaler ikke-medikamentelle tiltak som første steg i ved smertelindring av milde til moderate kroniske smerter. Dette begrunnes med at medikamentelle tiltak ikke alltid gir ønsket effekt og kan medføre interaksjoner ved bruk av flere legemidler. Forfatterne nevner akupunktur og varmeterapi som tiltak har seg å være effektiv på en rekke smerter. Akupunktur er derimot ofte vanskelig å gjennomføre da dette krever kompetanse og ressurser til å gjennomføre, spesielt på sykehjem. (Sheikh, et. al., 2021, 1201). Akupunktur anbefales til bruk av kroniske smerter i Norge, og har vist en gunstig effekt på disse smertene. (Danielsen et. al., 2016, s. 420). Bruk av varmepute eller varmekapper er former for varmeterapi og kan brukes for flere typer smerter. Varmeterapi er ikke anbefalt ved mistanke at årsaken til smerten er inflammasjon, da dette kan øke inflammasjonen. (Danielsen et. al, 2016, s. 392-393).

5.1.4 Medikamentelle tiltak

I denne oppgaven kommer det frem i resultatene at det er smertestillende opioider som har best dokumentert effekt til å lindre smerter, men også at det er mange ulemper ved disse legemidlene. Ulemper på disse legemidlene kan være overdosering, bivirkninger, interaksjoner, nedsatt toleranse over tid og risiko for avhengighet og misbruk. (Sheikh, 2021; Knopp-Sihota, 2016). Eldre er spesielt utsatt for flere av disse ulempene på grunn av blant annet normale aldersforandringer og komorbiditet. Ved kroniske smerter kreves det også langvarig behandling som vil også øke risikoen ytterligere. Derfor er flere behandlere forsiktig med bruk av opioider i behandling av kroniske smerter. Sheikh (2021) skriver at behandling med opioider bør ha gradvis opptrapping ved oppstart, og nedtrapping ved seponering. På grunn av sine ulemper er det viktig å prøve andre legemidler og tiltak før en prøver opioider.

Smerter kan også behandles lokalt med legemidler som lidocain og lokale NSAIDs. Lidocain har effekt på nevropatisk smerte, ved å bedøve det aktuelle området. Lokale NSAIDs er

effektive på muskel- og skjelettsmerter og nevrologiske smerter, og kan brukes som eneste behandling eller som en del av multimodal smertelindring. Paracetamol anbefales som førstevalg innen orale analgetika. Det brukes mot milde til moderate smerter. Det kan brukes alene eller sammen med andre medikamenter. Paracetamol har risiko for leverskade, spesielt for eldre. For eldre personer som bruker legemiddelet langvarig, anbefales en maksimal døgndose på tre gram. Dersom personen har leversvikt er denne anbefalingen enda lavere. (Sheikh, 2021, s. 1201; Torvik & Bjørø, 2008, s.116). NSAIDs, «nonsteroidal anti-inflammatory drugs» er best egnet for smerter forårsaket av inflammasjoner, som for eksempel revmatoid artritt, men kan også brukes til andre smerte som smerter i korsryggen. Disse medikamentene har risiko for bivirkninger som nyreskade, gastritt og hjertesvikt.

Opioider har vist effekt på muskel- og skjelett smerter, og nevrologiske smerter. Opioider brukes ofte som kortvarig behandling, for eksempel ved forverring, men ved langvarig behandling er dette omdiskutert. Dette grunnet høy risiko for ulemper. Ved behandling med opioider over lang tid må fordelene veie opp mot risiko. Ved ineffektiv behandling med opioider eller det oppstår ugunstige bivirkninger, rådes det å prøve et annet opioid eller et annet smertestillende. (Sheikh et. al., 2021, s.1202). Adjuvante legemidler er legemidler som primært brukes til andre tilstander enn smerter, men som også kan ha effekt i smertelindring. Noen typer antidepressiva brukes til ulike smertetilstander som for eksempel diabetisk nevrologi. Effekten av smertelindring er ikke knyttet til den antidepressive effekten. Legemidlet kan gi bivirkninger som blant annet delirium, hukommessvikt og obstipasjon. Risikoen for bivirkninger er mindre ved lavere doser. (Sheikh et. al., 2021, s. 1203; Torvik & Bjørø, 2014, s. 401)

5.1.5 Samfunnsøkonomiske perspektiver i smertelindring

I tillegg til at kroniske smerte ofte gir stor belastning til pasienter og deres nærmeste, er det en stor belastning for samfunnet. I sykehjem er andelen beboere med kroniske smerter høy, og studier viser at andelen ligger mellom 45-80%. (Knopp-Sihota, 2016; Mamhidir, 2017). Kroniske smerter kan føre til redusert livskvalitet, depresjon, angst, søvnproblemer sosial tilbaketrekning passivitet, og redusert funksjon og fysisk aktivitet. I tillegg kan det være

ekstra belastende dersom pasienten ikke opplever å bli forstått eller tatt seriøst av helsetjenesten. For samfunnet kan kroniske smerter blant befolkningen føre til økt forbruk av helseressurser i form av smertelindring og rehabilitering, og sykemelding og uførhet. For eldre pasienter i sykehjem, kan smertene føre til ytterligere hjelpebehov enn hvis de ikke hadde hatt smertene. (Torvik & Bjørø, 2008, s. 108). Med konsekvenser slik som dette, er det viktig å behandle og lindre smertene.

Ikke-medikamentelle tiltak har flere fordeler, og kan ha effekter innen livskvalitet og smertelindring. Dessverre er ofte effekten kortvarig, og krever da regelmessig gjennomføring. I tillegg kan tiltakene være ressurskrevende, og noen kan kreve spesialkompetanse eller opplæring til å utføre. Eksempler på tiltak som kan kreve spesialkompetanse eller opplæring er akupunktur, massasje og TENS.

Mange av tiltakene har ikke blitt utforsket og man finner ikke god nok dokumentert effekt. Dette krever videre forskning, slik at gode tiltak kan brukes i smertelindring. En av studiene belyser bedre effekt ved bruk av en kombinasjon av flere ikke-medikamentelle tiltak. (Ellis & Ong, 2017). Slik behandling vil kreve samarbeid mellom profesjoner, som sykepleier, lege og dem som utfører tiltakene. Bruk av medikamenter kan i flere tilfeller være mindre ressurskrevende, men kan også gi uheldige konsekvenser som også kan kreve behandling. Derfor anbefales det å bruke en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling.

5.2 Metodediskusjon

Å utføre en litteraturstudie innebærer at man bruker andre sitt arbeid til å belyse en problemsstilling. For å gjøre dette må man tolke innholdet, og da kan det lett oppstå feiltolkninger. Dette stiller krav til å gjøre en god kritisk vurdering av artiklene. Språk kan føre til feiltolkning. Alle artiklene var skrevet på engelsk, noe som krevde at innholdet i artiklene måtte oversettes til norsk. Jeg behersker engelsk godt, men vil likevel nevne dette som en mulig svakhet, da det er en fare for feil oversetting og feiltolkning.

Det er benyttet sjekklister til å kritisk vurdere artikler gjennom søkeprosessen. To av de inkluderte artiklene hadde ikke studiedesign som passet helsebiblioteket (2016) sine

sjekklister. Det gjorde at jeg ikke kunne bruke disse som hjelpemiddel under kritisk vurdering av disse to studiene. Jeg vurderte dem som relevant og troverdig på tross av dette.

I denne oppgaven ble det inkludert fire artikler, det kan bety at lite utvalg av forskningslitteratur kan være en mulig svakhet i søkeprosessen. Inklusjonskriterier kan også påvirke søkeprosessen. Inklusjonskriterier kan påvirke styrken i denne oppgaven. Strenge inklusjonskriterier fører til at resultatene har større relevans til forskning, men samtidig kan utelukke andre relevante artikler. Mindre strenge inklusjonskriterier kan gi større andel treff, men relevant forskning kan forsvinne inn i mengden. Det er benyttet tre databaser som kan sikre godt omfang av tilgjengelig og relevant litteratur under søk, men kan også gjøre at relevante artikler forsvinner inn i mengden.

6.0 Konklusjon

Kroniske smerte krever som oftest langvarig behandling. Siden smerte oppleves og uttrykkes forskjellig fra person til person, vil det nytte seg å fokusere på individuelt tilpasset smertebehandling og systematisk kartlegging. Behandlingen må tilpasses den enkeltes ønsker og behov. Systematisk kartlegging kan gi bedre vurderingsevne til å bestemme smertebehandling, samt gjøre at sykepleieren blir bevisst over egne holdninger og objektive vurderinger. Det er viktig å ha fokus på pasientens smerteopplevelse.

Kroniske smerter er et problem både for pasientene, men også for samfunnet. Behandlingen kan være resurskrevende, samt at det kan være vanskelig å få ønsket effekt. En helhetlig og multimodal smertelindring innebærer bruk av både medikamentelle tiltak og ikke-medikamentelle tiltak. Alle tiltakene har fordeler og ulemper. Derfor er det viktig at man prøver ut forskjellige tiltak basert på pasientens behov og ønsker, og tilgjengelige ressurser. Bruk av legemidler kan ha mange ulemper som blant annet bivirkninger og interaksjoner, og sterkere legemidler kan forsøkes dersom andre tiltak ikke gir tilstrekkelig smertelindring. En kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak har en bedre smertelindrende effekt, enn bruk av medikamentelle tiltak alene.

Det trengs mer forskning på både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, for å sikre tilstrekkelig behandling som kan være tilgjengelig for disse pasientene.

7.0 Litteraturliste

Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). «Sykepleie ved smerter». I Stubberud, D.G. & Grønseth, R (red), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg, s.381-427). Gyldendal akademisk.

Ellis, J. M., Wells, Y. & Ong, J. S. M. (2017). Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study. *Clinical Gerontologist*, 19 (3), 286-296. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1399189>

Fossum, Sigbjørn & Engedal, Knut. (2020, 24. april) *Aldring – medisin*. i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 4. november 2021 fra <https://sml.snl.no/aldring - medisin>

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni) *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b, 3.juni) *Sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket (u.å.a) *Alle databaser*.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsebiblioteket (u.å.b) *Kunnskapsbasert praksis*

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Høgskulen på vestlandet (2020, 23. August). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. Hentet 27. Oktober 2021 fra:

<https://hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

International Association for the Study of Pain. (2020, 16.juli). IASP announces revised definition of pain. Hentet fra: <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

Knopp-Sihota, J. A., Patel, P. & Estabrooks, C. A. (2016). Interventions for the Treatment of Pain in Nursing Home Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMDA*, 17 (12), 1163.19-1163.e28. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.016>

Legemiddelverket (2021, 2. September). *Hvordan pasienter kan melde bivirkninger*. <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/meld-bivirkninger/bivirkningsmelding-for-pasienter#alle-legemidler-kan-ha-bivirkninger>

Mamhidir, A.-G., Sjölund, B.-M., Fläckman, B., Wimo, A., Sköldunger, A. & Engström, M. (2017). Systematic pain assessment in nursing homes: a cluster-randomized trial using mixed-methods approach. *BMC Geriatrics*, 17 (61). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0454-z>

Nortvedt, F. & Rustøen (2008) «Kronisk smerte» I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg, s. 140-151). Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014). «Den gamle pasienten». I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 79-91). Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2014). «Eldre og legemidler». I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 184-209). Gyldendal akademisk.

Romøren, T. I. (2014) «Eldre, helse og hjelpebehov». I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 29-38). Gyldendal akademisk.

Sheikh, F., Brandt, N., Vinh, D. & Elon, R. D., (2021). Management of chronic pain in Nursing homes: Navigating challenges to improve person-centered care. *JAMDA*, 22 (6), 1199-1205. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.029>

Stubhaug, A. & Ljoså, T. M. (2008) «Hva er smerte?» I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg, s. 22-49). Gyldendal akademisk.

Thidemann, I.-J. (2019) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.

Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). «Smertekartlegging» I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg, s. 22-50). Gyldendal akademisk.

Torvik, K. & Bjørro, K. (2008). «Smerte hos eldre» I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (red.), *Ulike tekster om smerte: Fra nocisepsjon til livskvalitet*. (1. utg, s. 51-69). Gyldendal akademisk.

Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). «Smerte». I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 391-407). Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2010) *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje* (2.utg.) Munksgaard Danmark.

Vedlegg 1 – PICO skjema

<p>Skriv inn spørsmålet ditt her. Husk å være så presis i formuleringen som du kan klare.</p>	<p>«Hvordan kan en sykepleier redusere bruken av opioider som en del av smertelindring til pasienter med kroniske smerter?»</p>	
<p>P: Pasient/ problem</p>	<p>Hvilken type pasient eller populasjon dreier det seg om?</p>	<p>Pasienter med kroniske smerter. Eksklusiv kroniske smerter som skyldes kreftdiagnose.</p> <p>Menn og kvinner med fast plass på sykehjem mellom 75 år og 85 år.</p> <p>Helst med skandinavisk eller vestlig bakgrunn</p>
<p>I: Intervensjon</p>	<p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p>	<p>Undersøke om andre medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak, som kan bidra til å redusere opioider som en del av smertelindring.</p> <p>Smertekartlegging som et tiltak for å kunne velge riktige tiltak for smertelindring.</p>
<p>C: Comparison</p>	<p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (For eksempel dagens praksis)?</p>	<p>Bruk av opioider for å lindre smertene</p>

O: Outcome	Hvilke endepunkter er du interessert i?	Tilstrekkelig smertelindring, slik at pasientene får bedre livskvalitet og økt funksjon.
-------------------	--	--

Vedlegg 2 – Inklusjons kriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår	<ul style="list-style-type: none"> • 2010 til 2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre enn 2010
Språk	<ul style="list-style-type: none"> • Norsk • Engelsk • Dansk • Svensk 	
Populasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med kroniske smerter • Pasienter med fast plass på sykehjem • 75 år til 85 år • Pasienter med vestlig bakgrunn 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med kognitiv svikt • Pasienter med kroniske smerter som skyldes kreft. • Pasienter med revmatoid artritt?
Intervensjon	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamentelle sykepleietiltak • Ikke-medikamentelle sykepleietiltak • Kartlegging av smerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak som ikke utføres av sykepleier. • Tiltak som utføres av annet helsepersonell enn sykepleiere.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vedlegg 3 – Søkehistorikk Medline

Medline	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Let i full tekst	Inkluderte artikler
1	«chronic pain» or pain, chronic.mp.	53643			
2	nursing homes or homes, nursing.mp.	43847			
3	Nursing home patients.mp.				
4	2 OR 3				
5	pain management.mp. or Pain Management/	606775			
6	1 AND 4 AND 5	67			
7	Limit 5 to english language and years 2010 - Current	34	10	4	3

Vedlegg 4 – Søkehistorikk Cinahl

Søk 1

Cinahl	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Lest i fulltekst	Inkluderte artikler
1	(MH) «Chronic Pain») OR «Chronic Pain (Saba CCC)»)	24 310			
2	(MH «Pain Management»)	9 910			
3	(MH «Nursing home Patients») OR (MH «Nursing Homes»)	34 682			
4	S1 AND S2 AND S3	10	5	1	0

Søk 2

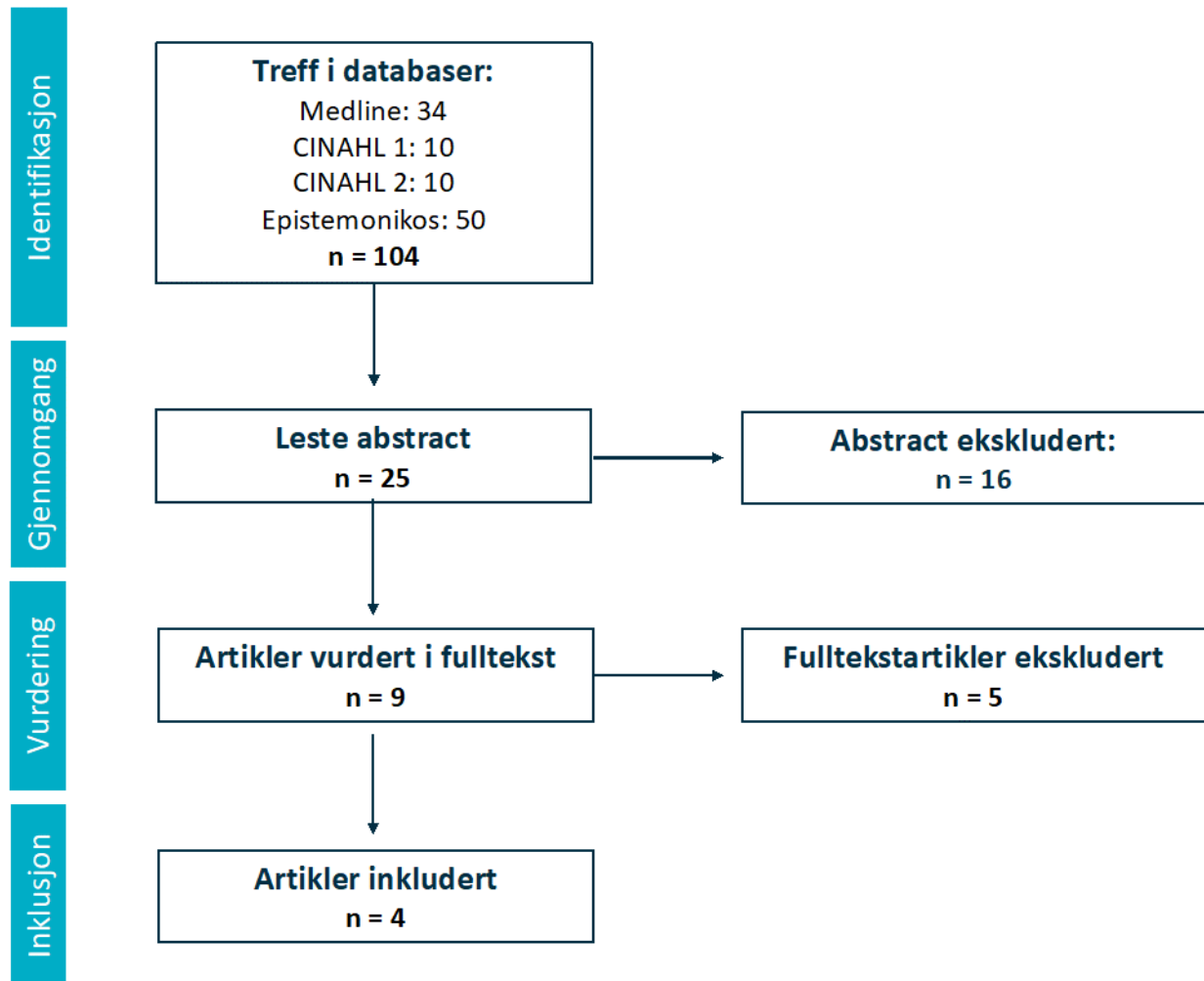
Cinahl	Søkeord	Antall treff	Leste Abstract	Lest i fulltekst	Inkluderte artikler
1	(MH) «Chronic Pain») OR «Chronic Pain (Saba CCC)»)	25 177			
2	(MH «Nursing home Patients») OR (MH «Nursing Homes») OR (MH «home nursing)	38 932			

3	(MH «Pain measurement» OR (MH «Pain Management») OR (MH «Clinical assessment tools»))	235447			
4	S1 AND S2 AND S3	95			
5	Limit to «linked full text» AND «publication date 2010-current»	10	4	2	0

Vedlegg 5 – Søkehistorikk Epistemonikos

Epistemonikos	Søkeord	Antall treff	Leste Abstract	Lest i fulltekst	Artikler inkludert
1	«Nursing home» OR «Nursing homes» OR «Homes, nursing»	Ikke tilgjengelig			
2	«Pain management»	Ikke tilgjengelig			
3	«Chronic pain» OR «Chronic, pain»	Ikke tilgjengelig			
4	1 AND 2 AND 3	71			
5	LIMIT 4 to publication date 2010 - 2022	50	6	2	1

Vedlegg 6 – Prisma flow diagram



Vedlegg 7 – Resultatmatrise

Metode			Resultat		Kvalitetsvurdering	
Tittel Publiseringsår Forfattere Land Tidsskrift Studiedesign	Utvalg/populasjon	Hensikt og intervensjon	Hovedfunn og konklusjon	Relevans / overføringsverdi	Styrker og svakheter	Etiske overveielser
Interventions for the treatment of pain in nursing homes residents: a systematic review and meta-analysis 2016 Knopp-Sihota, J.	Personer over 65 år eller blir omtalt eldre, og lider av kronisk smerte, og har langtids plass på sykehjem. Det totale antallet deltagere er 3498 pasienter fra 24 enkeltstudier. De ulike studiene er gjennomført i ulike	Hensikten med oversikten er å evaluere smertelindrende effekt av intervensjoner og hvordan det reduserer smerte hos sykehjemsbeboere med kronisk smerte. Artikkelen nevner også at noe av hensikten er å presentere omfanget	Mer enn halvparten av pasienter på sykehjem erfarer en kompleks samling av kronisk smerte. Artikkelen påpeker at til tross for høy forekomst, er det lite forskning rundt temaet.	Studien er relevant da den ser på virkning av mange ulike tiltak i smertelindring. Sykepleieren har en viktig rolle innen smertelindring, og deltar aktivt i administreringen av den medikamentelle delen av smertelindring.	<u>Styrker:</u> Studien har gjort ett omfattende søk, og begrunnet utvalget sitt med sine presenterte ekskluderingskriterier. Artikkelen	Det er ikke nevnt i artikkelen at det er tatt etiske overveielser i forhold til deltakere i enkeltstudiene oversiktsartikkelen undersøker. Artikkelen er funnet i en

<p>A. NP, Patel, P. & Estabrooks, C. A.</p> <p>Canada</p> <p>JAMDA - Journal of the American Medical Directors Association</p> <p>Systematisk oversikt med meta-analyse</p>	<p>land; Canada, Spania, Finland, Nederland, Italia, Tyskland, Norge og Kina.</p>	<p>av forskning som allerede eksisterer.</p> <p>Intervensjonene i studiene innebærer medikamentelle tiltak, ikke-medikamentelle tiltak, systemendringer, og opplæringsprogrammer.</p> <p>For å måle utfallet ble smerte målt med standardiserte kartleggingsverktøy, blant annet visual analog scale (VAS).</p>	<p>Resultatet viser at førstevalget i smertebehandling for eldre, er smertestillende medikamenter. Det legges vekt på at hvert smerteregime skal tilpasses hver pasient, og at en kombinasjon av tiltak er viktig for god effekt. Dette innebærer bruk av både medikamentelle, og ikke-medikamentelle tiltak.</p>	<p>Sykepleier har også en rolle i utføringen av ikke-medikamentelle tiltak.</p> <p>De inkluderte studiene ser på ulike former for kroniske smerter, som ikke er definert av en diagnose eller tilstand.</p> <p>Studien har ingen sikre konklusjoner på tiltak som kan utføres og overføres i praksis her i Norge. Artikkelen gir</p>	<p>følger prosedyrer for systematiske oversikter, og bruker verktøyene «Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) statement», og «Cochrane Handbook for Systematic Reviews and Interventions».</p> <p>To forfattere har gjort vurdering av aktuelle studier, uavhengig av hverandre, som</p>	<p>legitim database, og er utgitt i tidsskriftet JAMDA.</p>
---	---	---	---	--	--	---

				<p>likevel en oversikt over tiltak som finnes og at det er behov for mer forskning rundt temaet.</p>	<p>reducerer risiko for bias (skjevhet).</p> <p>Artikkelen presenterer resultat med bruk av ulike begreper som gjennomsnittsforskjeller (mean difference,), og standardisert gjennomsnittslig forskjell (SMD), og konfidensintervall.</p> <p>Studien har et godt omfang av studier og deltakere, som er fra ulike</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>land. Dette gir en trygghet om at kunnskapen kan overføres.</p> <p><u>Svakheter:</u> De 24 inkluderte studiene hadde forskjellige smertekartleggingsverktøy, som gjorde sammenligning en mellom studiene vanskelig.</p> <p>Forfattere påpeker at det er lite forskning innen effektiviteten av</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>smertelindrings strategier eller - tiltak innenfor denne populasjonen, som førte til at de mener det er for få inkluderte studier til denne oversikten.</p> <p>Dette påpeker forfatterne gir en svakhet i forhold til ekstern validitet.</p>	
Systematic pain assesment in nursing homes: A cluster-randomized trial using mixed methods approach	<p><u>Til Cluster-randomisert forsøk:</u></p> <p>Pasienter over 65 år med fast plass</p>	Hensikten er å undersøke effektene av smertelindrings intervensjoner hos pasienter på sykehjem, og å beskrive pleiepersonellet erfaringer av	Implementeringen av systematisk arbeid rettet mot smerteproblematikk forbedret bevissthet, samarbeid rundt og felles forståelse	Artikkelen undersøker effekten av systematisk bruk av kartleggingskjema til smerter hos pasienter med kroniske smerter.	<p><u>Styrker:</u></p> <p>For å sammenligne utfallene mellom gruppene det ble brukt gode kartleggingsskje</p>	Artikkelen skriver i et vedlegg at alle deltakerne i studien fikk både muntlig og skrift informasjon. Det

2017	på sykehjem. Pasientene måtte ha bodd på sykehjemmet i mer enn en måned, og bor der på permanent basis.	intervensjonen.	blant helsepersonell kan bedre smertelindring, og begrense funksjonssvikt eller ivareta fysiske og funksjonelle evner blant pasienter på sykehjem.	Studien er utført av svenske forskere, slik at populasjonen er tilnærmet norsk populasjon i kultur og etnisitet. I tillegg har helsevesenet i begge land mange likheter.	ma, som fokuserer faktorer som velvære og ADL avhengighet.	nevnes også at alle deltakere har gitt samtykke til sin deltagelse. Det viser at forskerne har basert studiet på frivillighet.
Mamhidir, A.-G., Sjölund, B.-M., Fläckman, B., Wimo, A., Sköldunger, A. & Engström, M	Deltakere må være plaget med kronisk smerte.	Intervensjonen som utføres er bruk av Doloplus-2 og NRS skala (Numerus Rating Scale).			Studiens design er trukket frem som en styrke da en kan reflektere og forstå over kvantitative data samlet over tid, i lys sammen med kvalitative data.	Artikkelen er funnet i en legitim database, og er utgitt i tidsskriftet BMC Geriatrics.
Sverige	Pasienter fra 10 sykehjem deltok gjennom hele studien, og ble delt opp i en intervensjonsgruppe (n=98) og en sammenligningsgruppe (n=68).	I sammenligningsgruppen ble det ikke utført systematisk kartlegging.	Selve intervensjons effekt på smerte- eller velværenivå viste ikke noen betydningsverdige forskjeller over tid.	Antall pasienter inkludert i studien er relativt lavt, slik at overføringsverdien kan påvirkes av dette.	Artikkelen fremstår ryddig og oversiktlig.	
MBC Geriatrics		For å sammenligne utfallet mellom intervensjons gruppen og sammenligningsgruppen, ble gruppene undersøkt med ulike kartleggingsverktøy.				
Cluster randomized trial og mixed methods approach	Underveis i studien ble det					

	<p>dokumentert frafall og at pasienter ikke samtykket, slik at de ble fjernet fra studien.</p> <p>Effekt av tiltak ble målt ved baseline, kdfdkf (T1) og mdsffd (T2)</p> <p><u>Til kvalitative intervju med pleiepersonell:</u></p> <p>To intervju med pleiepersonell; T1 og T2</p> <p>T1: Et</p>	<p>De Primære kartleggingsverktøyene som er brukt er QUALID, WHO`s velværeindeks og proxy-NRS, for å kartlegge pasientens velvære over forsøksperioden. Sekundære kartleggingsverktøy brukt i studien er Katz-ADL og ADCS-ADL, for å kartlegge pasientens ADL funksjon under forsøksperioden.</p>			<p><u>Svakheter</u> På grunn av studiens spesielle studiedesign, ble det ikke benyttet sjekklister i kritisk vurdering av artikkelen.</p> <p>Randomisering ble utført på sykehjemsnivå og ikke på individuelt nivå, som kan føre til forskjeller i intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. .</p>	
--	---	---	--	--	---	--

	<p>gruppeintervju med 45 sykepleiere og fagarbeidere som deltakere.</p> <p>T2: Gruppeintervju med fem sykepleiere og ni fagarbeidere, som deltok i utførelsen av intervensjonen av forsøket.</p>					
<p>Non-Pharmacological Approaches to Pain Management in Residential Aged Care: a Pre-Post-Test Study</p>	<p>Sykehjem som inkluderes, er fem sykehjem som deltok i Smertelindringsprogrammet, kalt i artikkel for PMP.</p> <p>Inklusjonskriterier:</p>	<p>Studiens hensikt er å evaluere effekten av smertelindringsprogram med bruk av ikke-medikamentelle tilnærminger.</p> <p>Studien evaluerer effekten på et</p>	<p>Studien viste en reduksjon av bruk av behovsmedikamenter for smertelindring, en klinisk betydningsverdig reduksjon av smerteskår fra før</p>	<p>Artikkelen viser at ikke-medikamentelle har smertelindrende effekt på kroniske smerter. Smertelindring er ofte en viktig sykepleieoppgave,</p>	<p><u>Styrker:</u> Artikkelen er skrevet av forfattere med troverdig bakgrunn. Den er publisert i et pålitelig publiseringssted, tidsskriftet</p>	<p>Artikkelen benevner at hver deltager i studien fikk informasjon om studien og dens hensikt, og har sørget for å få samtykke fra hver pasient,</p>

<p>2017</p> <p>Ellis, J. M., Wells, Y. & Ong, J. S. M.</p> <p>Australia</p> <p>Clinical Gerontologist</p> <p>Retroperspektiv analyse</p>	<p>Vurdert som plaget med kroniske smerter gjennom medisinsk diagnose og med vurdering av helsepersonell.</p> <p>Bodd på sykehjemmet i minst 8 uker på datasamlingspunktet.</p> <p>Snakker engelsk eller har pårørende som snakker engelsk.</p> <p>Sengeliggende pasienter er</p>	<p>smertelindrings program (PMP) for pasienter med kroniske smerter i Victoria, Australia. Programmet, kan omtales intervensjonen, ble startet i 2011. Datasamlingstidspunkt var i 2012 og 2013.</p> <p>Målet med programmet er å redusere kronisk smerte hos pasienter på sykehjem.</p> <p>Intervensjonen eller programmet involverte fysioterapeuter som skulle gjennomføre</p>	<p>økt til etter økt. Det ble også vist at smerteskåren blant ver pasient</p> <p>Intervensjonen som viste seg å være mest effektiv, var pasientene som mottok to tiltak per økt (massasje og TENS, eller massasje og øvelser/tøying).</p>	<p>og er derfor relevant for sykepleiere. Selv om ikke alle tiltak utføres av sykepleier, er det viktig å vite om tiltakene slik at pasientene kan få et godt tilbud innenfor smertebehandling.</p> <p>Studien er utført i Australia, som er et vestlig land med kulturelle likheter med Norge. Denne kunnskapen kan prøves ut i Norge, med opplæring blant sykepleiere og andre helsepersonell slik som</p>	<p>JAMDA.</p> <p>Artikkelen følger en IMRoD modell, som gjør artikkelen ryddig og oversiktlig.</p> <p>Studien presenter data sammen med statistikk, som p-verdi og standardavvik. Det gjør at forfatterne begrunner sine funn med troverdige data</p>	<p>eller fra nærmeste pårørende dersom pasienten av ulike årsaker ikke hadde samtykkekompetanse. Det viser at forskerne har basert studiet på frivillighet.</p> <p>Artikkelen er funnet i en legitim database, og er utgitt i tidsskriftet Clinical Gerontologist.</p>
--	---	---	---	--	---	--

	<p>ekskudert fra studien.</p> <p>Endelig antall pasienter er 95 pasienter.</p> <p>Hver pasient fikk en intervensjonsperiode på åtte uker, der de fikk fire økter av intervensjonen per uke.</p>	<p>øker med ikke-medikamentelle tiltak.</p> <p>Tiltakene som ble gjennomført av fysioterapeut:</p> <p>Massasje,</p> <p>Transkutan elektrisk nerverestimulering (TENS)</p> <p>fysiske øvelser eller tøyning</p> <p>eller</p> <p>kombinasjon av disse tre.</p> <p>For å vurdere effekten av programmet, ble følgende faktorer analysert:</p>		<p>fysioterapeuter.</p>	<p><u>Svakheter:</u> Fysioterapeutene som utførte intervensjonen, var også dem som samlet inn data som smerteskår. Da kan eventuelle feilkilder være at deltagerne feilrapporterte for å fortsette å delta i studien.</p> <p>Det ble ikke brukt en kontroll gruppe i denne studien, slik at man ikke fikk sammenligne effekten, eller utelukke</p>	
--	---	--	--	-------------------------	--	--

		<p>- Sammenligne bruk av medikamenter under intervensjonen sammenligne med åtte uker før intervensjon.</p> <p>- Sammenligne smerteskår før og etter hver økt, gjennom alle de 32 øktene.</p>			<p>placebo. En mulig feilkilde kan være at oppmerksomheten og distraksjon fra smerte førte til lavere smerteskår.</p> <p>På grunn av studiens spesielle studiedesign, ble det ikke benyttet sjekklister i kritisk vurdering av artikkelen.</p>	
Management of chronic pain in nursing homes:	Artikkelen undersøker ulike smertelindringstiltak	Artikkelen gir en oppdatert oversikt over prevalens,	Studien på 83% av pasienter med fast plass på	Denne artikkelen gir en god oversikt over tiltak for	<u>Styrker:</u> Artikkelen er skrevet av	Det er ikke nevnt i artikkelen at det

<p>Navigating challenges to improve person-centered care</p> <p>2021</p> <p>Sheikh, F., Brandt, N., Vinh, D. & Elon, R. D.</p> <p>USA</p> <p>JAMDA - Journal of the American Medical Directors Association</p> <p>Oversiktsartikkel</p>	<p>k til pasienter med fast plass på sykehjem, som lider av kroniske smerter.</p>	<p>smertevurdering og behandling til pasienter med kronisk smerte.</p> <p>Hensikten er å bidra til å en bedre gjenkjenning av smerte og bedre smertevurdering, og bidra til implementering av en strategi for smertelindringsintervensjoner.</p>	<p>sykehjem plages med smerter i noe form.</p> <p>Ikke-medikamentelle tiltak er underbrukt (finn bedre ord) i sykehjem, bare 25% av pasienter som bruker opioider mottar ikke-medikamentelle tiltak i behandlingen.</p> <p>Artikkelen forteller at ikke-medikamentelle tiltak er det</p>	<p>smertelindring, og gjør rede for bruksområder og effekt av hvert tiltak. Dette er relevant for sykepleiere, da sykepleieren jobber nært pasienten, og har en viktig rolle innen smertelindring. Ved å få mer kunnskap om de ulike smertetilstandene, kan sykepleieren gjøre gode vurderinger og beslutninger, samt få bedre samarbeid med andre profesjoner.</p>	<p>forfattere med troverdig bakgrunn. Den er publisert i et pålitelig publiseringssted, tidsskriftet JAMDA.</p> <p>Oversikten er ryddig, og delt inn i kategorier som gjør artikkelen oversiktlig og lett å finne fram i.</p> <p><u>Svakheter:</u> Artikkelen følger ikke en IMRoD modell. Dette gjør at metoden ikke</p>	<p>er tatt etiske overveielser i forhold til deltakere i enkeltstudiene den systematiske oversiktsartikkelen undersøker.</p> <p>Artikkelen er funnet i en legitim database, og er utgitt i tidsskriftet JAMDA.</p>
---	---	--	--	---	---	--

			<p>foretrekkende første steget i behandling av milde smerter. Smertestillende medikamenter som ikke er opioider, bør legges til som supplerende tiltak ved moderate til sterke smerter.</p> <p>Det nevnes at opioider bør brukes som et siste alternativ, dersom andre tiltak ikke gir ønsket effekt.</p>		<p>er blir beskrevet. På grunn av dette, får leseren ingen informasjon om hvor kunnskapen er hentet, foruten kildehenvisning er. Dette vanskeliggjør prosessen å kritisk vurdere artikkelen.</p>	
--	--	--	---	--	--	--