

# Hvordan få en nivåheving 24/7

**Tone Rustøen**  
**OUS, akuttklinikken og**  
**UiO, sykepleievitenskap**

# Innhold foredrag

- Smerte er et stort problem for mange pasientgrupper
- Smerte opptrer sammen med andre symptomer, symptom grupper eller symptom klustre
  
- Hvordan få en nivåheving? Læringsutbytter NOSF
- Kunnskapsmangel?
- Mestring- en ikke medikamentell tilnærming
- Sykepleierens rolle og funksjon ved smertelindring

# Smerte er et stort problem for mange pasientgrupper

# Postoperativ smerte

- 38 % rapporterte et smertenivå  $\geq 4$  (på en NRS fra 0-10) og 11 % hadde et smertenivå på  $\geq 6$  (Fredheim mfl 2011).
- 60% rapporterte moderate til sterke smerter gjennom hele sykehusoppholdet etter knekirurgi (Lindberg mfl 2013).
- 22% hadde fremdeles vondt ett år etter knekirurgi (Lindberg et al 2016)

# Smerte hos intensivpasienter

- Smerte er beskrevet hos opptil 50% av intensivpasientene i ro (medisinske og kirurgiske pasienter) og hos opptil 80% ved enkelte prosedyrer (tracheal suging, fjerning av dren og snuing) (Barr mfl 2013).

# Smerte ved kreft

- Hyppigst hos de med avansert sykdom.
- En litteraturgjennomgang viste at over 50% har smerter innen alle krefttyper, høyest hos de med øre, nese og hals kreft (70%) (van den Beuken-van Everdingen mfl 2007).
- Mer enn 1/3 oppga at smerten var moderat eller alvorlig.

# Smerte og hjertesvikt

- 85% rapporterte å ha smerte mens de var inneliggende på sykehus (SF 36).
- 43% hadde smerte som var alvorlig eller veldig alvorlig (Rustøen mfl 2008).

# Smerte ved KOLS

- 45% av pasientene rapporterte smerter sammenliknet med 34% av normalbefolkningen (Bentsen mfl 2011)
- 61% av pasientene oppgav å ha smerter (Lycke Christensen mfl, 2016)



# Smerte i normalbefolkningen

- Flere studier fra Norge
- 29%, Hunt data (Landmark mfl 2012)
- 30%, stor europeisk survey 2006 (Breivik mfl 2006)
- 24% i 2004 i den norske normalbefolkningen (Rustøen mfl 2004).

# Smerte opptrer sammen med andre symptomer

# Multiple symptomer

- Kartlagt ved hjelp av Memorial Assessment Symptom scale (MSAS)
- Pasienter med kolorektal kreft ved oppstart cellegift behandling-  
gjennomsnitt på 9 symptomer (Røhrl 2016)
- Pasienter med KOLS –gjennomsnitt på 12 symptomer (Lycke  
Christensen 2016)
- Pårørende til intensivpasienter- gjennomsnitt på 9 symptomer  
(Alfheim 2018)
- Symptomer påvirker hverandre negativt, eksempelvis kan smerte  
oppleves mye verre dersom man også har fatigue, er deprimert  
eller er kvalm

# Symptom klustre

- Et kluster er definert som 2 eller flere symptomer som er relatert til hverandre og som oppstår samtidig (Kim mfl 2005).
- Hvert kluster har en distinkt gruppe av symptomer, og relasjonen mellom symptomene i et kluster er sterkere enn med symptomer i et annet kluster.
- Vanlige klustre er smerte, depresjon, søvnløshet og fatigue.
- Klustre av symptomer er assosiert med dårlig fysisk fungering og lav livskvalitet (Miaskowski mfl 2006, Sarna mfl 1997, Gift mfl 2004)

# Hvem har høyest symptombelastning?

Ulikheter i bakgrunnsvariabler varierer, men:

- Yngre
- Kvinner
- Komorbiditet

Det alle studier finner:

De med høyest symptom belastning har dårligst livskvalitet

Må man da lindre andre symptomer også for å lindre smerte?

# Hvordan få en nivå hevning 24/7?

# Læringsutbytte NOSF- Kunnskap

- Kunnskap om vurdering av smerte og egnede tiltak
- Studenten har kunnskap om teorier om motivasjon og mestring
  
- Hva bør de lære?
- Hvorfor er dette av betydning?

# Kunnskap om vurdering av smerte og egnede tiltak

- Vurdering av smerte- kjenne til ulike kartleggingshjelpemidler
- Har i dag gode skalaer for å kartlegge smerte- helst selvrappport

## Observasjonsskjema:

- barn (FLACC/Comfort scale),
- eldre med redusert kognitiv funksjon (MOBID-2/Doloplus)
- intuberte intensivpasienter (Behavioral Pain Scale (BPS) og Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT))



# Kunnskaper- barn etter kirurgi i Norge

- Kunnskaper og holdninger til smerte/smertebehandling ble kartlagt ved hjelp av Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS-N) - 40 ulike påstander.
- Gjennomsnittlig skåre (PNKAS-N) var 28.8 (72% riktige svar) med en variasjonsbredde fra 14 - 40 (fra 35% til 100% riktige svar).

De 10 utsagn som oftest ble besvart feil var relatert til farmakologisk smertelindring:

- Aller dårligst skåre fikk utsagnet om risiko for respirasjonsdepresjon- holder igjen medikamenter pga redsel for dette ved opioid behandling postoperativt
- Kunnskap om hvilke medikamenter som er smertelindrende  
(Smeland, under trykking).

# Studenten har kunnskap om teorier om motivasjon og mestring

- Det er skrevet mye om mestring og om betydningen av mestring ved smerter
- Ikke medikamentell smertelindringsmetode- alltid viktig ved smerter – særlig ved langvarige smertetilstander
- Mange teoretikere har definert mestring
- For å hjelpe pasienten til å mestre må vi vite hva vi best kan gjøre- derfor trenger vi teori og forskning

# Sentrale teoretikere og mestring

- Albert Bandura (1997)- Self efficacy (mestringstro)- Om du tror du har evner og ferdigheter til å klare å oppnå gode resultater. Uten tro, få forsøk på å endre.
- Aaron Antonovsky (1987) – Sense of Coherence (følelse av sammenheng)
- Richard Lazarus og Susan Folkman (1984)- stress og mestringsteori, relasjonen mellom stress og mestring

# Mestringsstrategier- Coping strategy questionnaire (Rosenstiel & Keefe 1983)

1. Selvoppmuntring (fortelle seg selv at en kan mestre smerten- uansett hvor ille det blir)
2. Øke aktiviteter (som bidrar til avledning)
3. Avledning (eks. musikk)
4. Be/håpe
5. Ignorere følelsen (nekte på at smerten gjør vondt eller påvirker en negativt)
6. Katastrofetenkning (lurer på hvordan dette vil ende??)
7. Omformulere smertefølelsen (tenker på det som noe annet, eks nummenhet)

# Mestring

- Mestringsstrategier kan være både positive og negative-  
kartlegge hva pasientene anvender
- Hvordan kan vi best hjelpe pasienter til å mestre smerte?
- Anbefalte mestringsstrategier?

# Sykepleierens rolle og funksjon

- Ofte rundt pasienten 24/7
- Kartlegge smerte, iverksette behandling og evaluere effekt av igangsatt behandling
- Akuttsmerte, kreftsmarter og palliasjon, langvarig smerte og smerteklinikker
- Er rollen og funksjonen klar?
- Ha et læringsmål her?

Rustøen T, Gaardsrud T, Leegaard M, Wahl AK. Nursing pain management--a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment. Pain Manag Nurs. 2009 Mar;10(1):48-55.

# Hensikt- blant annet:

- Beskrive pasientenes erfaringer med den sykepleie de mottok ved smerter
- Beskrive pasientenes forventninger til sykepleieren ved smertebehandling



# Utvalg og metode

- 18 pasienter med smerter pga skjellettmetastaser, 7 menn og 11 kvinner
- Alle hadde smerter ved inkludering i studien - fylte ut smerteintensitet ved hjelp av en numerisk rangeringsskala (NRS)
- Alle ble intervjuet (intervjuguide)
- Analyse av intervjuene ved hjelp av Malteruds systematiske tekst kondensering

# Resultat

- De mente at sykepleieren var en omsorgsperson, og ord som hjelpsom, forståelsesfull, fantastisk, «tok smerten på alvor» og «ga medisiner med en gang» ble ofte brukt
- De hadde forventninger om at sykepleieren var tilstede. De mente det var viktig at sykepleieren hadde tid til å høre på deres smerte «Det hjelper ofte å snakke med sykepleieren om smerten, da glemmer jeg den for en tid»
- Pasientene mente at sykepleieren var veldig viktig for deres smertebehandling, men de hadde problemer med å si hva sykepleieren gjorde utover å gi smertestillende medisiner

# Hva betyr dette?

- Sykepleiernes nærvær var viktig og de ble stort sett framstilt som omsorgsfulle
- Skyldes dette at sykepleieren «alltid er der», eller hadde de lite kompetanse utover å gi omsorg? En mer diffus rolle?
- Må sykepleieren artikulere mer hva de gjør, ha en klarere funksjon?

# Hvordan få en nivåhevning?

- Undervisning og veiledning på alle nivå (bachelor, videreutdanning, master)
- Kunnskaper om kartlegging av smerte- også hos de som ikke kan kommunisere smerte
- Kartlegge andre symptomer og komorbiditet
- Kunnskaper om medikamentelle og ikke medikamentelle smertelindringsmetoder (mestring)
- Sentral plass i det tverrfaglige teamet rundt pasienten
- Bli ansvarliggjort ifht smerte og smertebehandling