



Kreft og smertetilstander hos sykehjemspasienter i Tromsø

En undersøkelse utført av Kompetansesenteret for Lindrende Behandling ved Universitetssykehuset i Tromsø og kommuneoverlegen i Tromsø

Juli 2005

Av **Hilde Isaksen**, geriatrisk sykepleier,
Kompetansesenteret for Lindrende Behandling, Region Nord
Tone Nordøy, overlege ved Kreftavdelingen UNN og
Leder av Kompetansesenteret for Lindrende Behandling, Region Nord

INNHOOLD

1. BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN.....	s. 3
Metode.....	s. 3
Utvalg	s. 3
Rapportens struktur.....	s. 3
2. PRESENTASJON AV RESULTATER	s. 4
Generelt om sykehjemspasientene.....	s. 4
Forekomst av kreft og smerteproblematikk.....	s. 4
Gradering av smerteproblem.....	s. 5
Utredning.....	s. 6
Diagnoser.....	s. 6
Sammensatte problemstillinger.....	s. 7
Medikamentell smertebehandling.....	s. 7
Ikke-medikamentell smertebehandling.....	s. 8
Oppfølging fra sykehuset.....	s. 8
Kreftpasienter i sykehjem.....	s. 9
3. PROBLEMSTILLINGER.....	s. 11
Forekomst av smerte.....	s. 11
Smertediagnostikk og utredning.....	s. 11
Medikamentell smertebehandling	s. 12
Ikke-medikamentell smertebehandling.....	s. 13
Effekt av smertebehandling.....	s. 13
Kreftpasienter og symptomlindring.....	s. 14
4. OPPSUMMERING.....	s. 15
REFERANSELISTE.....	s. 16
VEDLEGG.....	s. 17

1. BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen ble initiert av Kompetansesenteret for Lindrende Behandling ved Universitetssykehuset Nord-Norge i samarbeid med kommuneoverlegen i Tromsø. Hensikten var å kartlegge omfanget av smerteproblematikk og forekomst av kreft i sykehjemmene i Tromsø, samt få et bilde av hvordan disse problemstillingene håndteres og hvordan samarbeidet med sykehuset fungerer.

Metode

Det ble sendt ut spørreskjemaer til samtlige sykehjemsavdelinger i Tromsø der avdelingssykepleier, evt. annen sykepleier i samarbeid med tilsynslegen ble bedt om å fylle ut skjemaene, ett for hver pasient. Det fulgte ett kommentar-ark til sykepleier og ett til lege der det ble gitt anledning til å komme med synspunkter ut over det som spørreskjemaet rommet. Enhetslederne ble orientert om undersøkelsen gjennom e-post og ble bedt om å videreformidle denne informasjon til avdelingssykepleierne. Tilsynslegene fikk forespørsel tilsendt direkte til sitt kontor, slik at de var forberedt når de kom ut på sykehjemmene. Skjemaene ble levert ut til sykehjemmene i begynnelsen av april 2005 med en måneds svarfrist. (Se vedlegg)

Utvalg

Det ble gitt svar for 99 av 293 sykehjemspasienter, d.v.s. en svarprosent på 34 %. 7 av 18 avdelinger har svart. 4 av 5 sykehjem er representert. Sykepleier har vært med på å svare på alle skjemaene. Lege har vært med å fylle ut for 38 av pasientene (3 avdelinger). To av sykepleierne hadde fylt ut kommentar-arket, ingen av legene. Purring ble sendt ut av kommuneoverlegen ultimo mai 2005 uten at dette ga noen flere svar.

Rapportens struktur

I det følgende vil resultatene presenteres, uten at de kommenteres underveis. Materialet er såpass begrenset at det ikke egner seg for dyptgående analyser eller til å trekke konklusjoner ut i fra. Noen diskusjoner kan likevel reises på grunnlag av denne undersøkelsen og leder videre til nye spørsmål som er relevant for fagutvikling på dette feltet.

Som sammenligningsgrunnlag har vi brukt en SINTEF-rapport fra 2003: "Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer, en studie i sykehjem og hjemmesykepleien". Denne studien ble utført av SINTEF etter oppdrag fra Norsk Sykepleier Forbund. I den grad det belyser temaene har vi også henvist til annen litteratur.

2. PRESENTASJON AV RESULTATER

Generelt om sykehjemspasientene

Gjennomsnittsalderen er 85 år for kvinner og 81,7 år for menn. Ikke overraskende er sykehjemsbefolkningen preget av funksjonshemming, kognitiv svikt og sansesvikt, med tilsvarende stort hjelpebehov. På grunn av ufullstendig utfylte skjemaer har vi ikke fått kartlagt funksjonsnivået til alle pasientene i utvalget. På 77 av 99 pasienter var det fylt ut for funksjonsnivå. 17 av disse plassene er skjermede plasser. Det ble ikke oppgitt noen nøkkel for de vurderingene som er gjort, men er en skjønnsmessig vurdering fra sykepleier som kjenner pasientene. Bildet er som følger:

Funksjonsnivå	Antall	Kommentar
Klar og orientert	10	
Kognitiv svikt	67	Lett kognitiv svikt: 28 / alvorlig: 39
Ingen språkproblemer	26	
Språkproblemer	43	Moderat språkprobl.: 20 / alvorlig: 23
Alvorlig hørselshemming	9	
Relativt selvhjulpen	4	
Hjelpetrengende v/ stell og måltider	69	Noe hjelpetrengende:26 / helt: 43
Oppegående	36	
Rullestolbrukere	28	
For det meste sengeliggende	8	

Forekomst av kreft og smerteproblematikk april 2005

Hos gamle mennesker er ofte problemstillingene sammensatte. For eksempel er det mistanke om ny malignitet hos to pasienter med tidligere kjent kreftdiagnose. I noen tilfeller er det usikkert om et smerteproblem er relatert til kreftsykdom eller til annen årsak. Noen har flere typer smerte samtidig. Fremstillingen blir derfor noe forenklet for å få frem hovedtendensene.

Av 99 pasienter:	Antall
Har en kjent kreftdiagnose	9
Har mulig malignitet	3
Har kreft/ mulig malignitet med smertelager	6
Har et smerteproblem av ikke-malign årsak	39
Totalt antall pasienter med smertelager - malign og ikke-maligne tilstander	45

På det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført var ingen pasienter døende. Tall fra 2004 viser at 100 av ca. 300 sykehjemsbeboere i Tromsø døde i løpet av ett år.

Gradering av smerteproblem

Det ideelle ville vært at pasienten selv beskrev sitt smerteproblem og evaluerte behandlingseffekten. For mange pasienter på sykehjem vil ikke det være mulig. Det viste seg også at 8 av pasientene som behandles for smerter tolkes ut fra kroppsspråk og adferd, og i tillegg er det 4 som ikke klarer å beskrive sin smerte. Vi valgte å be om behandlingsteamets evaluering på alle pasientene.

39 av 99 pasienter oppgis å ha et smerteproblem av ikke-malign årsak. På grunn av ufullstendige opplysninger er 5 pasienter med smerteproblem tatt ut av fremstillingen nedenfor.

For å gradere smerteproblem er det gitt tre alternativer: lett, moderat og alvorlig smerteproblem. I vurderingen av behandlingseffekt er det også gitt tre alternativer: optimal, middels og dårlig effekt av behandling. I det følgende refereres det til sykepleiernes svar.

Alvorlighetsgrad	Antall	Effekt av smertebehandling	Antall
Lett smerteproblem	11	Optimal effekt av beha.	6
		Middels effekt av beha.	5
		Dårlig effekt av beha.	0
Moderat smerteproblem	16	Optimal effekt av beha.	5
		Middels effekt av beha.	11
		Dårlig effekt av beha.	0
Alvorlig smerteproblem	7	Optimal effekt av beha.	1
		Middels effekt av beha.	5
		Dårlig effekt av beha.	1

I de tilfellene legene hadde deltatt i utfyllingen av skjemaene var det rimelig samsvar mellom vurderingene gitt av sykepleier og lege. I den grad svarene var avvikende var det en tendens til at legen vurderte pasientens smerteproblem som lettere enn det sykepleieren gjorde og til en viss grad vurderte legen behandlingseffekten til å være bedre enn det sykepleier oppga.

Avvik mellom lege og sykepleiers vurdering:

I et tilfelle der sykepleier angir alvorlig smerteproblem, angir legen lett smerteproblem

I et tilfelle der sykepleier angir alvorlig smerteproblem, angir legen moderat smerteproblem

I tre tilfeller der sykepleier angir moderat smerteproblem, angir legen lett smerteproblem

I et tilfelle der sykepleier angir middels effekt av behandling, angir legen optimal effekt

I et tilfelle der sykepleier angir dårlig effekt av behandling, angir legen middels effekt

I to tilfeller der sykepleier angir optimal effekt av behandling, angir legen middels effekt

Utredning

Av 39 pasienter med smerteproblem av ikke-malign årsak ble det gitt opplysninger om utredning for 34 av disse.

Status	Antall
Utredet	26
Under utredning	1
Ikke utredet	7

Hos 6 av de 26 som er utredet er det fortsatt usikker sammenheng mellom funn og smerteproblem. 4 av disse 6 pasientene har alvorlig kognitiv svikt, 1 har lettere kognitiv svikt og 1 er klar og orientert. 4 av disse 6 har språkproblemer. Det illustrerer hvorfor det ikke alltid er så lett å komme til bunns i problemene.

Av de 7 som ikke er utredet har lege gitt kommentar i 5 av tilfellene om hvorfor videre utredning er vanskelig/ ikke ønskelig. I 2 tilfeller oppgis at utredning utover blodprøver, EKG og klinisk undersøkelse ikke er mulig. I 3 tilfeller oppgis det at pasienten sjelden er plaget av smertene/ er i bedring og i ett tilfelle at pasienten ikke klarer å samarbeide om smertebehandlingen. For en pasient med mye smerter av ukjent årsak gis det ikke begrunnelse på hvorfor tilstanden ikke er utredet.

6 av 7 pasienter som ikke er utredet for sin smertetilstand har alvorlig kognitiv svikt og 1 har lettere kognitiv svikt. 4 av disse 7 har språkproblemer.

Av de som oppgis å ikke være utredet er det 3 med lett smerteproblem, 3 med moderat smerteproblem og 1 med alvorlig smerteproblem.

Diagnoser relatert til ikke-maligne smerteproblem

Diagnose	Antall
Arthrose	7
Osteoporose	6
Brudd	6
Muskler og skjelett u/ funn	3
Magesmerter u/ funn	2
Psykologisk? u/ funn	2
Reumatoid arthritt	1
Herpes zoster nevralgi	1

Annet: Angina, sårsmarter, polio, hemorroider, obstipasjon, ALS, angst og depresjon, myelopati.

Hvis man trekker ut de 7 som har et alvorlig smerteproblem, så er diagnosene osteoporose for 3 av disse, ellers mage- og rygg smerter, nakkefraktur, sår smerter og smerter av ukjent årsak.

Sammensatte problemstillinger

Ingen av pasientene med lett smerteproblem oppgis å ha flere typer smerte samtidig. 7 av 23 pasienter med moderat og alvorlig smerteproblem har sammensatt problemstilling:

- Leddsmerter og abdominalsmerter
- Obstipasjon, muskelsmerter og brudd i rygg
- Arthrose i skulder og brudd i rygg
- Lårhalsbrudd og arthrose
- Abdominalsmerter og rygg smerter
- Osteoporose og ALS
- Reumatoid artritt og sequele etter polio

Medikamentell smertebehandling ved lette smerteproblemer

For alle 11 pasientene med lett smerteproblem er det foreskrevet medikamentell behandling. 6 får fast medikasjon, 5 får ved behov. Det preparatet som først og fremst blir brukt er paracetamol i doser på opptil 2 g. I tillegg er det en som får paracetamol/kodein fast, ellers er dette brukt som behovsmedikasjon for to pasienter.

Medikamentell smertebehandling ved moderate/alvorlige smerteproblemer

For alle 23 pasientene med moderat eller alvorlig smerteproblem er det foreskrevet medikamentell behandling. Det er oppgitt fast medikasjon for 17 av disse. På 4 pasienter er det mangelfulle opplysninger, mens 2 av pasientene får smertestillende ved behov. For oversiktens skyld er ikke medikamentkombinasjoner tatt med i fremstillingen nedenfor. Her er det "hovedmedikamentet" som er angitt. 10 av pasientene står på mer enn ett preparat. Det er snakk om en eventuell medikasjon med analgetika i tillegg til det de står fast på, samt en del andre medikamenter med lindrende effekt slik som Orudis gel, Emla krem, nitroglycerinpreparater og bisfosfonater. To pasienter har faste medikamentkombinasjoner, en bestående av morfin og paracetamol og en annen bestående av morfin, paracetamol og NSAID.

Se neste side for en oversikt over bruk av analgetika ved moderate og alvorlige smerteproblem av ikke-malign årsak.

MEDIKAMENTER	ANTALL
Paracetamol – 9 pasienter	
Paracetamol fast	7
Paracetamol (Ikke oppgitt om det er fast)	2
NSAID's – 5 pasienter	
Ibux fast	3
Voltaren fast	1
Brexidol fast	1
Paracetamol/kodein – 2 pasienter	
Paracetamol/kodein fast	1
Paracetamol/kodein ved behov	1
Morfinpreparater – 5 pasienter	
Durogesic plaster	4
Ketorax	1
Preparat ikke angitt – 2 pasienter	

Kommentar:

- Dosene med paracetamol ligger stort sett på 1 – 2 gram pr døgn. 2 av pasientene får 3 gram.
- Det er ikke oppgitt om NSAID's er ment som "kur" eller det er langtidsbruk.
- Tramadol blir ikke oppgitt for noen av pasientene.
- Ingen bruker adjuvant analgetika av typen antidepressiva, antiepileptika, nevroleptika eller cortikosteroider.

Ikke-mediakmentell smertebehandling

Ingen av pasientene med lette smerteproblem får ikke-medikamentell smertebehandling. For noen få av pasientene med moderate og alvorlige smerteproblem er det oppgitt tiltak som fotbad, hvile, rullestol, variasjon i sengeleie og aktivisering. For en av pasientene er det oppgitt at fysioterapi minsker smertene.

Oppfølging fra sykehuset

På spørsmål om pasientene med smerteproblem får oppfølging fra sykehuset blir det svart at to av pasientene har vært til utredning, en får oppfølging fra Alderspsykiatrisk avdeling og en får oppfølging fra Smerteklinikken.

For en av pasientene sies det at utredning er ønskelig, men det kommer ikke fram om pasienten er forsøkt henvist. Uten at det konkretiseres nærmere blir det sagt at det savnes "Tilbud m.h.t mentale problemer, adferd og sammenheng med smerter".

Kreftpasienter i sykehjem

Med så få pasienter har det ingen hensikt utdype resultatene, men her gis en kort skisse:

- 6 av 9 pasienter med kreftdiagnose eller mistanke om malignitet har plagsomme symptomer som smerter, kvalme, dårlig matlyst og ødemer.
- 5 av 6 behandles med morfinpreparater. Paracetamol og kvalmestillende brukes også.
- Ingen bruker adjuvant analgetika. Strålebehandling, kirurgi eller cytostatikabehandling er heller ikke oppgitt for noen av disse pasientene.
- Ikke-medikamentell behandling oppgis ikke.
- Effekten av behandlingen oppgis å være optimal for 3, middels for 2 og dårlig for 1.
- I tilfellet der det er oppgitt dårlig effekt av behandling har pasienten smerter som ikke med sikkerhet kan relateres til malignitet, og pasienten får paracetamol ved behov.
- For to av pasientene er det oppgitt at det ikke er oppnådd enighet om behov for utredning. I et tilfelle synes det som om det er pleiepersonalet som ønsker mer utredning, men får tilbakemelding om at pasienten er for gammel. I et tilfelle er det pårørende som ønsker utredning.
- I forhold til tilbud fra sykehuset er det en som oppgir at det savnes en vurdering fra sykehuset. Det fremgår ikke om pasienten er forsøkt henvist.
- 5 av 6 med plagsomme symptomer har kognitiv svikt og 3 har språkproblemer.
- 5 av disse pasientene er helt hjelpeavhengig i stell og matsituasjon, mens 1 trenger tilrettelegging.

Utdrag fra kommentarer gitt fra sykepleiere:

"Det er en utfordring å arbeide med kreftpasienter, uansett hvor de bor. Det som kanskje er spesielt med dem som bor i sykehjem, er at de har et stort og ofte komplisert sykdomsbilde utenom en evt kreftdiagnose, som gjør at palliativ behandling er det eneste som ska gis."

"Smerte- og symptomlindring i sykehjem kan være vanskelig. En stor del av pasientene er demente i en eller annen grad, noe som vanskeliggjør samarbeid med dem, og optimal og god smertelindring er til tider vanskelig."

"Mange klarer ikke å uttrykke verbalt sterke smerter eller lokalisasjon. Da er det ofte utfordrende å finne tilstrekkelig smertelindring. Ofte blir det slik at det blir mange telefon-konsultasjoner, gjerne x flere daglig, med ulike leger som ikke har mulighet eller tid til å tilse/undersøke pasienten."

"Kreftpasienter er ofte svært tidkrevende og vi har for liten mulighet til 1:1 kontakt i en hektisk hverdag..."

"Ofte problemer knyttet til hvor man skal henvende seg for å få oppfølging. Tilsynslege kjenner ofte lite til pasient, og lege på sykehus oppleves noen ganger som motvillig til å bistå i oppfølging av lindring av symptomer."

"Vi har midler og kompetanse, men må ha en lege å henvende oss til for å ordinere behandling, også for at pasienten skal føle seg tryggere."

"Vi trenger oppfølging i forhold til pasienter med gjennombruddssmerter, og da "henger" vi ofte i telefonen for å finne en lege som har tid til å ta tak i problematikken. Vi savner å ha en lege som følger opp tett, istedenfor mange, eks legevakt, tilsynslege og noen ganger lege på sykehus."

"Samarbeid med 3. linjetjenesten: Erfaringa vår er at dette er "skrale" greier. Beboere med fast plass kan få en diagnose som ikke blir fulgt opp fra sykehus i forhold til lindring."

"Vi synes at oppfølging av kreftpasienter i sykehjem er svært dårlig. Vi mener at pasienter med komplekse problemstillinger skal og bør oppfølges av leger med kompetanse på aktuelle områder. Dette burde være en menneskerett for unge og gamle. Dette vil også gi oss sykepleiere trygghet i forhold til å følge disse opp, og for å unngå sykehusinnleggelse i en fase hvor livet nærmer seg slutten."

"Vi skulle ønske oss et ambulerende uteteam som kan ta imot henvendelser, og som kan tilse pasienten i faser hvor sykdommen blir ei stor belastning og videre oppfølging kanskje må revurderes av leger med riktig kompetanse. Vi føler at sykepleiere i sykehjem blir tillagt alt for mye ansvar i forhold til å ta vurderinger vi faktisk ikke bør gjøre!"

3. PROBLEMSTILLINGER ANGÅENDE HÅNTERING AV SMERTEPROBLEMATIKK OG KREFTPASIENTER I SYKEHJEM

Vår hensikt med denne delen er ikke å sette leger og pleiepersonell i kommunehelsetjenesten i et dårlig lys. Det er all grunn til å tro at de som arbeider innenfor eldreomsorgen gjør sitt beste. Vi hadde gjerne sett at flere av de spurte hadde kommentert situasjonen og dermed belyst rammevilkårene bedre. Det er en kjensgjerning at presset på tjenesten er stort og at omsorg for gamle pasienter fordrer ressurser og kompetanse.

Vi har valgt å se på resultatene med et kritisk blikk - i håp om å tydeliggjøre temaer som bør være gjenstand for videre diskusjon. Selv om utvalget av pasienter er fra sykehjem, vil de samme problemstillingene være relevant i alle deler av eldreomsorgen, inkludert spesialiteten geriatri på sykehuset.

Forekomst av smerter

Det er ikke lett å finne pålitelige tall til sammenligning når det gjelder forekomst av smerter hos eldre. De fleste undersøkelser som det blir referert til i litteraturen er utenlandske, og forekomsten varierer mellom 20 – 80 %. (1,2) Det foreligger en SINTEF-rapport fra 2003 (3) der det oppgis at 46,9 % av pasientene i norske sykehjem har smerter (N=290). Det betyr at antallet pasienter med smerteproblematikk i vårt materiale; 45 av 99 (både maligne og ikke-maligne tilstander) svarer godt overens med dette funnet.

Smertediagnostikk og utredning

Det påstås fra flere hold at smerter hos gamle underrapporteres, underdiagnostiseres og underbehandles, og at demente er særlig utsatt for dårlig kontroll av smerter.

(2,4,6) I den nevnte SINTEF-rapporten oppgis at 14 % av smertetilstandene ikke var utredet. I vår undersøkelse er andelen noe høyere; ca 20 % av de med ikke-maligne smerter var ikke utredet, og tar man med de som er bare delvis utredet blir den enda høyere. I tillegg er det noen som ikke har svart på dette. I noen tilfeller er det oppgitt begrunnelser for hvorfor man ikke har kunnet gjøre videre utredning. Kravet om utredning kan kanskje ikke være absolutt, men i dette ligger fordringer om velfunderte beslutninger og dokumentasjon.

For noen av pasientene savnes utredning ved sykehuset. Det går ikke fram om pasienten er henvist. Det er et ubesvart spørsmål hva som er tersklene for at pasientene skal få utredning i sykehus. Men det kunne vært interessant å få svar på om et mer fleksibelt samarbeid med sykehuset ville lette dette arbeidet eller om utstyr som f.eks mobil røntgenapparat ville gjort noen forskjell.

Det er en allmenn oppfatning at smerte er en subjektiv opplevelse og at egenrapportering er gullstandard. En del av sykehjemspasientene vil kunne benytte vanlige redskaper for smertediagnostikk. Vi har ikke spurt hva som brukes av redskaper, men ved en tidligere spørreundersøkelse som henvendte seg til

sykepleierne i sykehjemmene var det ingen som oppga at de brukte smerteregistrering i smertediagnostikken (5) Verktøy ville eliminere en del "synsing" og gi pasienten siste ordet. F.eks viste det seg at sykepleiers og leges oppfatning av alvorlighetsgrad av smerteproblemet varierte noe. Det er ikke utenkelig at dette får konsekvenser for pasienten. Derfor er det betimelig å spørre hva som er til hinder for å bruke f.eks smertekart og VAS-skala i kartleggingen, all den stund pasienten kan svare for seg. Mange med kognitiv svikt klarer å angi og gradere egen smerte (6)

For en viss andel av pasientene med kognitiv svikt og språkproblemer vil ikke vanlige skjemaer for smerteregistrering strekke til. På ett av svarskjemaene er det notert at man ønsker at sykehuset bistår når det gjelder smerter hos pasienter med kognitiv svikt og sykepleiere kommenterer at det kan være vanskelig å komme i mål med smertebehandling hos demente pasienter. Det fins to verktøy for kartlegging av smerter hos demente som er oversatt og utprøvd i Norge (CNPI og Doloplus 2) (6,7). Redskapene er ment å være til hjelp i å avdekke smerter og evaluere smertebehandling. Å testbehandle med analgetika er en del av strategien. Foreløpig foreligger det ikke materiale som evaluerer bruk i klinisk praksis, men de som har prøvd ut verktøyene i sin forskning hevder at det øker bevissthetsnivået, og reduserer "synsing". Hvorvidt slike redskaper vil være til hjelp gjenstår å se. Det vil uansett forbli viktig at de som jobber med demente pasienter innehar kunnskaper og bruker sitt kliniske skjønn. Det er det eksempler på i vårt materiale idet flere av pasientene med smerteproblem tolkes ut fra kroppsspråk, lyder og adferd og man forholder seg aktivt til dette.

Geriatr Harald Nygaard har gitt ut artikler om smerter hos eldre demente og peker på at det er en fare for at smerteproblemer ikke oppdages (8). Blant annet peker han på en tendens til at det dokumenteres færre smerterelaterte diagnoser på ikke-kommunikative pasienter, og at dette sannsynligvis er et uttrykk for underrapportering. Dette gjenspeiles til en viss grad i vårt materiale. Pasienter fra skjermede enheter har demens som hoveddiagnose og få andre tilstander er dokumentert. Faren er at smerte ikke kommer på dagsorden og at demente pasienter risikerer å bli behandlet med beroligende medikamenter når problemet egentlig er smerte.

Medikamentell smertebehandling

Hos gamle mennesker vil medikamentell behandling av smerter ofte handle om å lindre plager uten å påføre pasienten bivirkninger og nedsatt funksjonsnivå. Vi trenger en felles strategi i forhold til hva som er trygg og god medikamentell smertebehandling av gamle mennesker. I dag er oppfatningene litt sprikende og praksis likeså. I dette må det kunne sies å ligge en spesiell utfordring til spesialiteten geriatri i sykehuset.

Paracetamol er førstevalget til gamle med mindre de har nedsatt leverfunksjon (9,10). Likevel er det mange av de som har middels effekt av smertebehandlingen som står på beskjedne doser paracetamol. Det går ikke fram om dette handler om nedsatt leverfunksjon eller er man tilbakeholdne av andre grunner.

Fem av pasientene bruker NSAID's. Disse preparatene er assosiert med alvorlige bivirkninger, særlig ved langtidsbruk (11,12). Her kommer det ikke fram om pasienten

står på en "kur" eller det er langtidsbruk. Det er behov for en felles holdning til bruk av disse preparatene hos gamle.

Kombinasjonspreparatet paracetamol/kodein er omdiskutert, og Harald Breivik uttalte på et seminar i juni 2005 at "Norge har verdensrekord i bruk av Paralgin Forte" (13). Det gjenspeiles ikke i vårt utvalg ettersom bare en av pasientene fikk dette som fast medikasjon. Tramadol representerer ikke alternativ til paracetamol/kodein i denne undersøkelsen - ingen brukte tramadol. Det fremgår ikke om dette skyldes dårlige erfaringer eller det tilfeldig. Det brukes en del sterke opioider som evt. kombineres med paracetamol eller andre medikamenter. Det kan tyde på at morfin begynner å få en større plass i behandlingen av ikke-maligne smerter hos gamle. Tidligere har dette vært regnet som kontroversielt (10).

Bare en i utvalget oppgis å ha nevropatisk smerte. Ingen bruker antiepileptika eller antidepressiva som smertebehandling. Det er ikke alltid nevropatisk smerte blir avdekket og adekvat behandling gitt (14). Smertene kan utvikle seg opptil et halvt år etter f.eks slagsykdom og hvis pasienten i tillegg har språkproblemer og kognitiv svikt, vil de kunne bli værende med en smertetilstand som ikke oppdages. Spørsmålet er om man har beredskap for å finne ut av disse problemstillingene hos sykehjemspasientene.

Det ble ikke spurt om det er systemer for å evaluere smertebehandling eller om det er systemer for å fange opp bivirkninger eller medikamentinteraksjoner.

Ikke-medikamentell behandling

I permen utgitt av "Troms fylkes legemiddelgruppe for eldre utenfor sykehus" (15) heter det at det må legges stor vekt på ikke-medikamentell behandling ved kroniske smerter hos pasienter med antatt normal levetid. Ikke-medikamentell behandling er nærmest ikke oppgitt i dette materialet og bare i forhold til en av pasientene blir fysioterapi nevnt.

Det blir ganske tydelig at ikke-medikamentell behandling i liten grad utgjør et reelt supplement i smertebehandlingen. Det er overraskende at for eksempel varmepakninger, varme bad, massasje eller spasmedempende øvelser ikke er nevnt. Det kan være at avspenningsteknikker, TENS eller akupunktur ikke utgjør et tilbud til sykehjemspasientene i det hele tatt. Ikke minst er det grunn til å spørre om ikke fysioterapeuten skal ha en mer sentral rolle i forhold til gamle mennesker med kroniske smerter.

Effekt av smertebehandling

I SINTEF-rapporten som vi refererer til er det 13% av sykehjemspasientene som har smerter som vanskelig lar seg kontrollere. I vårt utvalg er det bare to pasienter som oppgis å ha dårlig effekt av smertebehandling; en i gruppen for ikke-maligne smerter og en i gruppen av kreftpasienter. Flertallet har middels effekt. Det forblir et spørsmål hva som er godt nok og hva som er realistisk å oppnå. En kan også spørre seg om man hadde kommet bedre ut dersom man i større grad hadde supplert med ikke-medikamentell behandling.

Kreftpasienter og lindrende behandling

I tillegg til forekomst av smerter hos pasienter i sykehjem, hadde vi håpet på å få et innblikk i hvordan det oppleves å ivareta døende pasienter generelt på sykehjem. I den perioden spørreundersøkelsen pågikk var ingen av pasientene døende, og ingen hadde kommentert dette på generelt grunnlag. Når kreftpasientene nevnes spesielt i denne sammenhengen er det antagelig fordi de ofte har de mest komplekse problemstillingene. Undersøkelsen la også opp til å få kartlagt spesielle forhold ved pasienter med kreftdiagnose/ mistanke om malignitet.

Når det gjelder forekomst av kreft og mistanke om malignitet er det 9 av 99 pasienter i vårt utvalg som kommer i denne kategorien. Dette tallet kan sammenlignes med dataene i SINTEF-rapporten der 10% av sykehjemspasientene (N=290) hadde en kreftdiagnose.

Akkurat som for pasienter med smerter av ikke-malign årsak blir det vanskelig å bedømme om effekten av behandlingen som gis er tilfredsstillende. Alle unntatt en pasient får morfinpreparater. En oppgis å ha dårlig effekt av behandling og er samtidig ufullstendig utredet. Som det påpekes i SINTEF-rapporten, representerer dette en stor utfordring for pleiere og behandlere.

Noen sykepleiere kommenterer at det er svært utfordrende å arbeide med kreftpasienter i sykehjem. Særlig blir det påpekt at det er liten tilgjengelighet av leger som kjenner pasienten eller har kompetanse på området. Hvorvidt dette er en opplevelse som deles av flere vet vi ikke, men det får oss til å spørre om den medisinske kompetansen rundt pasienten er god nok og om det er organisatoriske flaskehalsen som er til hinder for at pasienten får den hjelp han skal ha – til rett tid.

Det blir også pekt på at det mangler en plan for palliativ behandling når pasienter skrives ut fra sykehus. Det pågår nå et prosjekt i Tromsø for å forbedre samarbeidsrutinene rundt pasienter med dårlig prognose som utskrives fra sykehus til hjemmet. Kanskje kunne man se på om det kan dras nytte av disse samarbeidsrutinene også når det gjelder pasienter som overføres til sykehjem.

”Standard for palliasjon” utgitt av Norsk Forening for Palliativ Medisin (16) kommer med anbefalinger for å unngå disse problemene. For sykehjem uten palliativ enhet anbefales bl.a:

- ”Sykehjemslegen bør ha god kompetanse i palliasjon, tilsvarende nivå B”
- ”Legetjenesten bør organiseres slik at bruk av legevaktslege begrenses til et minimum.”

Og videre at den palliative kulturen skal kjennetegnes ved bl.a:

- ”aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer”
- ”forutseeende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå.”

I beste fall vil "Standard for palliasjon" være et godt redskap for å evaluere og kvalitetssikre praksis.

4. OPPSUMMERING

Gamle mennesker er en sårbar gruppe som ikke alltid kan fremme egne behov, og er prisgitt helsepersonells kunnskaper og handlekraft. Smerter og andre plager kan forringe livskvaliteten de siste leveårene, og være til hinder for en god død. Det er på sin plass å spørre seg om helsetjenesten for de gamle er à jour når det gjelder smertelindring og lindring av andre plagsomme symptomer siste levetid.

Den innsatsen som allerede gjøres skal på ingen måte underslåes; alle sykehjemmene oppgir at de driver fagutvikling i forhold til disse temaene (5). Det er likevel forhold som bør videreutvikles. Gjennom denne rapporten har vi trukket fram noen momenter som bør være gjenstand for videre diskusjon;

- Smertediagnostikk
 - Er man tjent med verktøy? Bør det være mulighet for egenrapportering?
 - Smertere registrering av pasienter med kognitiv svikt og språkproblemer: Trengs det mer kunnskap? Vil verktøy være til hjelp?
 - Bli all smerte oppdaget?
 - Når er det faglig forsvarlig å avstå fra utredning?
- Medikamentell smertebehandling av gamle
 - Er det behov for anbefalinger for medikamentell smertebehandling av gamle?
 - Har man systemer for evaluering av behandling, samt observasjon av bivirkninger og medikamentinteraksjoner?
- Ikke-medikamentell behandling
 - Trengs større satsing på miljøtiltak og ikke-medikamentell behandling?
 - Hvordan er tilgangen på fysioterapi for sykehjemspasientene?
 - Er det noen av metodene for ikke-medikamentell behandling som sykehjemspasientene er avskåret fra?
- Palliativ behandling i sykehjem
 - Har man gode systemer der en er i forkant og har planer for lindring - enten i samarbeid med sykehuset ved utskrivelser derfra eller med tilsynslege?
 - Er samarbeid og organisering lagt opp til at pasienten får rett behandling i tide?
 - Kan "Standard for palliasjon" være et hjelpemiddel til selvevaluering?

Det er mange andre spørsmål som kunne vært reist. Det er behov for en faglig debatt om smertebehandling og palliasjon i sykehjem. De temaene som er berørt i denne undersøkelsen bør være gjenstand for forskning og fagutvikling. Eliminering av organisatoriske flaskehalser og gode samarbeidsrutiner vil også bringe oss videre. Vi har ikke drøftet rammevilkårene, men erkjenner at kompetanse, ressurser og kvalitet henger sammen.

REFERANSELISTE

- 1) Sebastian von Hofacker, Omsorg nr 4, 2001
- 2) Gagliese L, Katz J, Melzack R: "Pain in the elderly" i Wall og Mezack: "Tekstbook of Pain" 2002, 991-2003
- 3) Unimed Helsetjenesteforskning 2003: "Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer, en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmetjenesten"
- 4) Davies E og Higginson I: "Better Palliative Care for Older People", WHO Europe 2004
- 5) Ikke publiserte data. Telefonintervju i regi av Kompetansesenteret for Lindrende Behandling med alle avdelingssykepleierne ved sykehjemmene i Tromsø ang. lindrende behandling og smerteproblematikk i sykehjem, høsten 2004.
- 6) Nygaard H og Jarland Marit: "Vurdering av smerteproblemer hos personer med demens", Demens vol. 8/nr4 2004
- 7) Songe Møller S, Hølen J m.fl : Artikkel om utprøving av Dolplus 2 blir publisert i Journal of Palliative Medicine sommeren 2005
- 8) Nygaard Harald og Jarland Marit: "Krosniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrappoter og sykepleiers vurdering", Tidsskr Nor Lægeforening nr 10, 2005; 125; 1349 – 51
- 9) Laake Knut: "Geriatrici i praksis", Gyldendal Norsk forlag AS, 2003, s. 300.
- 10) Bondevik og Nygaard: "Tverrfaglig geriatri – en innføring", Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1999
- 11) Leirdal Bjørn: "Giktmedisin med liten effekt og alvorlige bivirkninger", Geronius nr 1, 2005-07-04
- 12) Dale O og Kaasa S: "Biology and pharmacology of the elderly: start low – go slow", European Journal of palliative care, 2005; 12(2) Supplement
- 13) Konferanse 02 – 03.06. 2005 i regi av smerteforskningsgruppen, avdeling for sykepleierutdanningen, Høgskolen I Oslo: "Smerter hos eldre"
- 14) Widar M, Samuelsson L, Karlsson-Tivenius S, Ahlström G: "Long-term conditions after a stroke", J rehabil med 2002, no 34: 165 – 170
- 15) Troms fylkes legemiddelgruppe for eldre utenfor sykehus: "Retningslinjer for bruk av smertestillende midler hos eldre", Sykehusapoteket v/ Universitetssykehuset i Nord-Norge, juni 2001
- 16) Norsk Forening for Palliativ Medisin: "Standard for palliasjon", 2004

Vedlegg: Spørreskjema

DEL 1: Avdelingsdata og pasientdata

Denne siden fylles ut for samtlige pasienter

Skjemaet fylles ut av:
<input type="checkbox"/> Tilsynslege
<input type="checkbox"/> Avdelingssykepleier
<input type="checkbox"/> Annen sykepleier i avdelingssykepleiers sted

Pasientens kjønn: <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann	Diagnoser:	Type opphold <input type="checkbox"/> Fast plass <input type="checkbox"/> Korttidsplass <input type="checkbox"/> Annet:
Pasientens fødselsår:		Innleggelsestidspunkt:
		Type avdeling <input type="checkbox"/> Vanlig sykehjemsavdeling <input type="checkbox"/> Skjermet avdeling <input type="checkbox"/> Annet:
		Antall plasser i avdelinga:

Kognitiv funksjon og kommunikasjon <input type="checkbox"/> Er klar og orientert <input type="checkbox"/> Har lettere kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Har alvorlig kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Har ikke språkproblemer <input type="checkbox"/> Har moderate språkproblemer <input type="checkbox"/> Har store språkproblemer <input type="checkbox"/> Har hørselsproblemer i en slik grad at det vanskeligjør kommunikasjon	Funksjonsnivå <input type="checkbox"/> Relativt selvhjulpen i stell/ matsituasjon <input type="checkbox"/> En del tilrettelegging i stell/ matsituasjon <input type="checkbox"/> Helt hjelpeavhengig i stell/ matsituasjon <input type="checkbox"/> Oppegående <input type="checkbox"/> Avhengig av rullestol <input type="checkbox"/> For det meste sengeliggende <input type="checkbox"/> Døende
--	--

JA NEI

A Har pasienten en kreftdiagnose?		
B Hvis nei: Mistenkes malignitet?		
C Har pasienten et smerteproblem? - uavhengig av diagnose		

Dersom dere har svart JA på noen av spørsmålene ber vi dere svare på de øvrige spørsmålene på denne siden, samt fylle ut aktuelle bolk A, B og C

Del 1: s. 1 av 4

A For pasienter som har en kreftdiagnose

A1: Type kreft:	A3: Spredning?
A2: Diagnosetidspunkt: A4: Kurativ behandling av kreftsykdommen? <input type="checkbox"/> JA: Hvilken behandling? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> Bare aktuelt med palliativ behandling (Se spm. A6 og A7)	
A5: Antatt prognose: <input type="checkbox"/> Har tidligere gjennomgått behandling for kreft og er frisk <input type="checkbox"/> Kan leve måneder og år med kreftdiagnosen <input type="checkbox"/> Kan leve uker, opptil måneder med kreftdiagnosen <input type="checkbox"/> Andre sykdommer påvirker helsetilstanden/ prognosen mer enn kreftsykdommen <input type="checkbox"/> Døende p.g.a kreft <input type="checkbox"/> Døende av annen årsak enn kreftdiagnosen	
A6: Smertes eller andre plager relatert til kreftsykdom? <input type="checkbox"/> JA – Hvilke plager? <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> USIKKERT <input type="checkbox"/> Pasienten har smerteplager som ikke er relatert til kreftsykdom: Fyll også ut bolk C	
A7: Smerte- symptomlindring iverksatt? <input type="checkbox"/> Medikamentell behandling: (Preparat, dose, fast eller ved behov) <input type="checkbox"/> Ikke-medikamentell behandling:	
A8: Legens vurdering: Effekt av smerte- symptomlindring: <input type="checkbox"/> OPTIMAL <input type="checkbox"/> MIDDELS <input type="checkbox"/> DÅRLIG	Kommentar:
A9: Sykepleiers vurdering: Effekt av smerte- symptomlindring: <input type="checkbox"/> OPTIMAL <input type="checkbox"/> MIDDELS <input type="checkbox"/> DÅRLIG	Kommentar:
A10: Opplever dere enighet om behandlingsopplegget blant andre involverte; øvrige pleiepersonale, pårørende eller andre? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI: Kommenter	
A11: Er sykehuset koblet inn? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Kommentar:

A12: **Savnes det tilbud fra sykehuset?**

JA - I så fall hva?

NEI

Del 1: s. 2 av 4

B For pasienter med mistanke om malignitet

B1: **Hvorfor mistenkes malignitet?**

Hvilken sykdom sannsynlig?

B2: **Skal tilstanden utredes?**

JA

NEI

IKKE AVGJORT

B3: **Smertes eller andre plager relatert til mulig malignitet?**

JA – Hvilke plager?

NEI

USIKKERT

Pasienten har smerteplager som ikke er relatert til mulig malignitet: Fyll også ut bolk C

B4: **Smerte/ Symptomlindring iverksatt:**

Medikamentell behandling:
(Preparat, dose,
fast eller ved behov)

Ikke-medikamentell behandling:

B5: **Leges vurdering**

Effekt av smerte- symptomlindring:

OPTIMAL

MIDDELS

DÅRLIG

Kommentar:

B6: **Sykepleiers vurdering**

Effekt av smerte- symptomlindring:

OPTIMAL

MIDDELS

DÅRLIG

Kommentar:

B7: **Opplever dere enighet om behandlingsopplegget blant andre involverte; øvrige pleiepersonale, pårørende eller andre?**

JA

NEI: Kommentar

B8: **Er sykehuset koblet inn?**

JA

NEI

Kommentar:

B9: **Savnes det tilbud fra sykehuset?**

JA - I så fall hva?

NEI

Del 1: s. 3 av 4

C For pasienter med smerteplager som ikke relateres til malign sykdom?

C1: Utredet/ Diagnostisert? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> ER UNDER UTREDNING	
Hvis JA: Hvilken diagnose? Fra når?	Hvis NEI: Hvilken årsak mistenkes?
C2: Uttrykkes smerte verbalt? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	
Hvis JA: Hvordan beskriver pasienten smerten?	Hvis NEI: Hva gjør at man mistenker smerte?
C3: Er det iverksatt smertebehandling? <input type="checkbox"/> Medikamentell behandling: (preparat, dose, fast eller ved behov) <input type="checkbox"/> Ikke-medikamentell behandling:	
C4: Leges vurdering Effekt av smertelindring: <input type="checkbox"/> OPTIMAL <input type="checkbox"/> MIDDELS <input type="checkbox"/> DÅRLIG	C5: Legens vurdering av problemets alvorlighetsgrad: <input type="checkbox"/> LETT SMERTEPROBLEM <input type="checkbox"/> MODERAT SMERTEPROBLEM <input type="checkbox"/> ALVORLIG SMERTEPROBLEM
Kommentar (lege):	
C6: Sykepleiers vurdering Effekt av smertelindring: <input type="checkbox"/> OPTIMAL <input type="checkbox"/> MIDDELS <input type="checkbox"/> DÅRLIG	C7: Sykepleiers vurdering av problemets alvorlighetsgrad: <input type="checkbox"/> LETT SMERTEPROBLEM <input type="checkbox"/> MODERAT SMERTEPROBLEM <input type="checkbox"/> ALVORLIG SMERTEPROBLEM
Kommentar (sykepleier):	

