

Pasienter med langvarige smerter ønsker mer omsorg fra helsepersonell

Knapphet på tid kan gjøre at helsepersonell prioriterer fysiske behov foran psykososiale behov hos pasienter med langvarige, ikke-kreftrelaterte smerter.

Kine Myhre-Nilsen

Spesialist i klinisk allmennsykepleie
Drammen kommune

Pia Cecilie Bing-Jonsson

Dekan og førsteamanuensis
Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Linn Hege Førsum

Førsteamanuensis og programansvarlig
Masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, Universitetet i Sørøst-Norge

Smerter

Kommunikasjon

Kommunehelsetjeneste

Sykepleien 2022;110(90660):e-90660

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.90660](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90660)

Hovedbudskap

Beskrivelser av eldre menneskers møter med helsepersonell viser hvor viktig det er personlig kontakt som er preget av støtte, omsorg og empati. Å bli møtt av helsepersonell som har et engasjement for mennesket «bak pasienten», som gir informasjon, veiledning, setter i gang og følger opp medisinsk hjelp, er sentralt. Det bidrar til at pasienter som lever med langvarige, ikke-maligne smerter, altså ikke-kreftrelaterte smerter, kan oppleve varme møter med helsepersonell.

Langvarige smertetilstander er en av de vanligste årsakene til lidelse, invaliditet og nedsatt livskvalitet (1). Det har stor innvirkning på menneskers helsetilstand og opplevelse av egen helse (2).

Mennesker som har flere sykdommer samtidig, beskrives gjerne som multisyke eller multimorbide. Siden eldre som mottar kommunale helsetjenester, er skrøpeligere og har større grad av multimorbiditet enn befolkningen ellers, er det rimelig å anta at forekomsten av langvarige smertetilstander er høyere hos denne gruppen pasienter.

Sentrale føringer vektlegger utvikling av helse- og omsorgstilbud som hindrer sykdomsutvikling og bidrar til mestring for eldre som mottar kommunale helsetjenester (2, 3). I tillegg til medisinsk behandling trenger pasienter med langvarige smerter støtte til mestring og tiltak som kan gi økt livskvalitet (4, 5).

Til tross for betydningen av slik oppfølging fra helsepersonell ser det ut til at helsepersonell mangler kunnskap om langvarig smerte og smertehåndtering. Det samme gjelder evnen til å koordinere gode tjenester rundt smerte og smertehåndtering (6–8). Med helsepersonell menes alt personell med autorisasjon og annet ufaglært personell som utfører helsehjelp etter helsepersonelloven.

«Det finnes lite forskning på hvordan eldre med langvarige, ikke-maligne smerter opplever sine møter med helsepersonell.»

Det finnes lite forskning på hvordan eldre med langvarige, ikke-maligne smerter opplever sine møter med helsepersonell. Hensikten med denne studien var derfor å utforske og beskrive pasientenes opplevelser. Vi designet en kvalitativ studie med semistrukturerte dybdeintervjuer og rekrutterte seks eldre deltakere.

Rekrutteringen fant sted i samarbeid med ressurspersoner fra kommunale helsetjenester i en mellomstor kommune i Sørøst-Norge etter godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Intervjuene ble gjennomført i deltakernes eget hjem, på korttidsavdeling og på dagavdeling, og de ble transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (10).

Eldre har både kalde og varme møter med helsepersonell

De varme og kalde møtene som vi beskriver her, gjengir hvordan de eldre opplevde å bli ivaretatt i møte med helsepersonell. De varme møtene ble karakterisert som en opplevelse av å få støtte, bli sett og få forståelse, i tillegg til å motta tilstrekkelig medisinsk behandling. De kalde møtene var preget av mangel på engasjement, forståelse og opplevelse av støtte.

Pasienter beskrev at å bli ivaretatt av helsepersonell de kjente fra før, var viktig for å oppleve varme møter. Det skapte trygghet og en opplevelse av å bli forstått, selv om smertene ikke kunne kureres. For noen eldre var helsepersonell menneskene de hadde mest sosial kontakt med i løpet av døgnet.

Når de opplevde å bli møtt av helsepersonell som smilte, ga blikkontakt og spurte hvordan de hadde det, ga det en følelse av å bli sett og vist interesse for. Noen uttrykte også at det å utvise normal høflighet, som å hilse og si hei i forbifarten, hadde en betydning.

Sosiale møter med helsepersonell, andre eldre og aktiviteter som ga mening og avkopling fra en hverdag med smerter, viste seg å være spesielt viktig for eldre med dagtilbud. Dagavdelingen pekte seg derfor ut som en god arena for varme møter.

«Flere av de eldre beskrev opplevelser hvor de ble snakket til med en sur tone.»

En snakket om at han slappet av på dagavdelingen: «Ja, det er bedre. For du tenker ikke på det. Du får så mye annet å tenke på. Når du sitter alene, så kjenner du det mye bedre, det er det ikke tvil om.»

Alle de eldre som ble intervjuet, understreket at å få hjelp til håndtering og dosering av medisiner mot smerter ble ansett som det viktigste bidraget fra helsepersonell. Noen var tydelige på at de var helt avhengig av smertestillende for å komme seg opp om morgenen:

«Jeg må ta smertestillende for i det hele tatt å kunne sitte. Jeg finner liksom ingen stilling, verken med hodet eller med kroppen, og jeg vrir meg i stolen.» De eldre opplevde at de ble tatt på alvor når fastlegen endret medisineren, fordi da ble det gjort noe.

Selv om flere av intervjuobjektene sa at helsepersonellet gjorde alt de kunne for å bedre smertene deres, kunne de ikke beskrive konkrete eksempler på hva det innebar, utover at helsepersonellet delte ut tabletter eller byttet smerteplasteret. Flere fortalte at disse møtene var uten videre engasjement for deres lidelse.

Flere av de eldre beskrev også opplevelser hvor de ble snakket til med en sur tone, uten smil, uten blikkontakt og uten interesse for hvordan de hadde det. De beskrev hvordan dette kunne oppleves som sårende, og at det gjorde dem usikre. En snakket om at måten han ble hjulpet med sine smerter på, var ved at fastlegen ordinerte medisiner, og at det kom noen andre som delte ut tablettene.

Smerter utløste frykt hos de eldre

Flere fortalte også om opplevelser hvor den medisinske behandlingen ikke ble fulgt opp, som i dette eksempelet: «Fastlegen kom hjem til meg. Jeg fikk en kortisonsprøyte i kneet, men den hjalp ingenting. Og siden har ikke jeg snakket med legen, og ingen har spurt.»

Flere av de eldre snakket om opplevelser av frykt og tunge tanker relatert til sine smerter: «Ja, det gjør noe med meg. For det er grusomt. For du blir redd. Jeg vet ikke hvordan det utvikler seg.»

Noen beskrev frykten for smerte som så voldsom at det utløste tanker om en forløsende død. Likevel så det ut til at mange av disse opplevelsene aldri nådde frem til helsepersonellet. Det var ingen arena hvor slike tanker og opplevelser ble etterspurt fra helsepersonell. Ingen beskrev situasjoner der de fikk psykisk støtte fra helsepersonell for å håndtere frykten og utryggheten som det å leve med smerter påførte dem.

«Flere opplevde å føle seg som en byrde.»

Flere av de eldre opplevde å føle seg som en byrde. Følelsen av å være til bry så ut til å hindre dem i å gi uttrykk for sine tanker og følelser til helsepersonellet. At helsepersonellet hadde lite tid, ble også satt i sammenheng med at de eldre ikke fikk veiledning, informasjon eller samtaler rundt hva som var vanskelig.

De eldre beskrev møter hvor tiden var knapp, og de mente det var en av grunnene til at helsepersonell ikke snakket med dem om smertene. «Nei, de sier ikke så mye. De har det så travelt. De har så mye å gjøre. Det er liksom det aller viktigste [...] og så ha det og ha en god dag. Men de har det for travelt til det. Jeg skjønner det. De har så mange som venter.»

Dette er viktige betingelser for varme møter

Beskrivelsene av de varme og kalde møtene viser hvor betydningsfullt det var for eldre å bli møtt som medmenneske med høflighet, blikkontakt og et smil i forbifarten av helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Studien viser at selv om de som ble intervjuet, opplevde å få den praktiske hjelpen de trengte, det viktigste, som de selv beskrev det, vektla de som opplevde varme møter, i tillegg betydningen av å bli sett og forstått som menneske.

Vi tenker at det er viktig å lære noe av dette. For selv om varme møter altså ble beskrevet, lå likevel hovedvekten av beskrivelsene på de kalde møtene. Vi skal derfor se litt nærmere på viktige betingelser for å kunne oppleve varme møter.

En støttende relasjon forutsetter et engasjement for den andre, og det ser vi var viktig for de eldre som deltok i denne studien. Å engasjere seg i den andre betyr at man er villig til å gjøre det lille ekstra, være oppmerksom, entusiastisk, dedikert, positiv og ønske å gjøre en forskjell (11).

«Helsepersonell bør også engasjere seg i personen og personens helhetlige behov.»

Å møte en annen med positivitet, empati og et ønske om å fremme den andres mestring, funksjon, vekst og utvikling er viktige faktorer for støttende relasjoner (12). Det er viktig å huske på at pasienter ikke kun bør møtes med prosedyrefokuserte møter, hvor tiltak og prosedyrer utføres mekanisk, men helsepersonell bør også engasjere seg i personen og personens helhetlige behov (13). Våre funn understøtter at å føle seg forstått ikke utelukkende henger sammen med den medisinske oppfølgingen.

Sosial omgang med andre i samme situasjon har betydning

Støtte fra andre er spesielt viktig for eldre med langvarige smerter, ifølge Crowe og medarbeidere (5). Vedvarende smertetilstander kan ha stor innvirkning på hverdagslivet og føre til at pasientene opplever å miste den normale hverdagen og bli mer isolert. Alderdom kan i seg selv også føre til isolasjon på bakgrunn av endret mobilitet, bortfall av ektefeller, familie og venner (14).

Nettopp isolasjon har vist seg å kunne prege tilværelsen når man lever med langvarige, ikke-maligne smerter (15, 16). Vår studie viser at støtte fra helsepersonell og andre kan være betydningsfullt.

På arenaer der man kan oppleve fellesskap, som ved et dagsenter, vil man i større grad kunne opprettholde et sosialt nettverk som kan redusere opplevelsen av isolasjon, gi sosial omgang med andre pasienter som lever med langvarig smerte. Dette fellesskapet kan derfor være et viktig tiltak.

I tillegg til støtte og forståelse viser beskrivelsene av de varme og kalde møtene hvordan opplevelsen av varme møter med helsepersonell også var knyttet til å motta medisinsk behandling i form av håndtering av medikamenter. Det står i motsetning til Crowe og medarbeidere (5), som hevder at en viktig mestringsstrategi var å klare seg selv uten medisiner.

Ikke-medikamentell behandling får mindre oppmerksomhet

I vår studie var imidlertid smertestillende medisiner viktig for de eldres opplevelse av å håndtere smerten og føle at de ble ivarettatt. Endring av smertestillende ga en opplevelse av at helsepersonellet gjorde noe, uavhengig av effekten på smerten. Den vesentlige vektleggingen av medikamenthåndteringen kan også tolkes som et uttrykk for mangel på å bli sett på andre måter.

Dersom de eldre kun opplevde støtte fra helsepersonell knyttet til administrering av smertestillende, kunne medikamentene få en viktig rolle som virkemiddel i møtene med helsepersonell. Forskning viser at mange pasienter har klare forventninger til et konkret resultat etter konsultasjon med lege (17).

Det kan imidlertid ikke utelukkes at dersom helsepersonell kan tilrettelegge for gode møter også utenom medisinbehandling, så vil pasientene likevel kunne oppleve at de har fått nødvendig støtte.

«Helsepersonell ble til en viss grad forbundet med legemidler.»

Den medikamentelle behandlingen var en del av det varme møtet, men også en del av det kalde. Våre funn viser at de kalde møtene innebar manglende oppfølging av medisiner. 30 prosent av deltakerne i en stor europeisk spørreundersøkelse om langvarige smerter opplevde at legen ikke visste hvordan smertene skulle behandles (18).

Samme undersøkelse fant også at 30 prosent av deltakerne opplevde å ikke bli trodd når de snakket med legen sin om hvor vondt de hadde det. I vår studie kan det se ut til at helsepersonellet til en viss grad ble forbundet med legemidler, og at varme og kalde møter var synonymt med god eller dårlig effekt av legemidler.

Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider ved langvarige, ikke-kreftrelaterte smerter (19) er tydelig på at langvarig smerte først og fremst skal håndteres ikke-medikamentelt, eventuelt i kombinasjon med ikke-opioidholdige legemidler. I denne studien så vi at det var lite søkelys på ikke-medikamentell behandling i relasjonen mellom helsepersonellet og de eldre.

Prioriteres psykososiale behov lavere?

Richards og Borglin (13) beskriver det de kaller *shitty nursing*. Det innebærer at pasienter blir oversett og ikke tatt på alvor. De hevder at sykepleien må tilbake til sine kjerneverdier for å kunne utføre grunnleggende sykepleie, og ikke være en forlenget arm for det medisinske faget. Nortvedt (20) spør i innlegget «Tilbake til Nightingale» om sykepleien har blitt for medisinsk.

Martinsen hevder at omsorg er et relasjonelt begrep vi kjenner fra dagliglivet, og at det først og fremst handler om hjelp og ivaretagelse som praktisk handling (21). Ut ifra våre funn kan det se ut til at de eldre vi intervjuet, føler seg møtt når det gjelder praktisk pleie og hjelp til medisinsk behandling, men ikke i like stor grad når det gjelder støtte. (16).

Forskning viser at helsepersonell har et sterkt ønske om å utføre sykepleie som ivaretar grunnleggende behov (22). Helsepersonell trekkes mellom hva de gjennom utdanning har lært er god praksis, og hva det legges til rette for på arbeidsstedet, der tid og ressurser setter begrensninger (23, 24).

Samtlige av dem vi intervjuet, trakk frem at knapphet på tid var en årsak til at helsepersonellet ikke viet mer oppmerksomhet til deres langvarige smerter. Et betimelig spørsmål å stille på bakgrunn av våre funn og tidligere forskning er derfor om psykososiale behov og kommunikasjon prioriteres lavere enn fysiske og praktiske behov i møter med personer med langvarige smerter.



PASIENTOPPLEVELSER: Eldre ønsker varme møter med helsepersonell. Varme møter blir karakterisert som en opplevelse av... **LES MER** ▼

1. Staehelin Jensen T, Dahl JB, Arendt-Nielsen L. Smerter: baggrund, evidens og behandling. 3. utg. København: FADL; 2013.
2. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
3. Meld. St. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
4. Willman A, Petzäll K, Östberg A-L, Hall-Lord ML. The psycho-social dimension of pain and health-related quality of life in the oldest old. Scand J Caring Sci. 2013;27(3):534–40. DOI: [10.1111/j.1471-6712.2012.01062.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01062.x)
5. Crowe M, Gillon D, Jordan J, McCall C. Older peoples strategies for coping with chronic non-malignant pain: A qualitative meta-synthesis. Int J Nurs Stud. 2017;68:40–50. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2016.12.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.009).
6. Granheim TH, Raaum K, Christophersen K-A, Dihle A. Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. Sykepleien Forskning. 2015;(4):326–34. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)
7. Helsedirektoratet. Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Oslo: Helsedirektoratet; 21.11.2017 [oppdatert 11.02.2019; hentet 24.11.2022]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20store%20og%20sammensatte%20behov>
8. Karttunen NM, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. Age Ageing. 2014;43(6):845–50. DOI: [10.1093/ageing/afu052](https://doi.org/10.1093/ageing/afu052)
9. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (nedlastet 24.11.2022).
10. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105–12. DOI: [10.1016/j.nedt.2003.10.001](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001)
11. Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker AB. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. Journal of Happiness Studies. 2002;3(1):71–92. DOI: [10.1023/A:1015630930326](https://doi.org/10.1023/A:1015630930326).

12. Rogers CR. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. London: Constable; 1967.
13. Richards DA, Borglin G. 'Shitty nursing' – The new normal? Int J Nurs Stud. 2019;91:148–52. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2018.12.018](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.018)
14. Shapiro S. Social isolation in the elderly. InnovAiT. 2017;10(2):121–2. DOI: [10.1177/1755738016675377](https://doi.org/10.1177/1755738016675377)
15. Morley S. Psychology of pain. Br J Anaesth. 2008;101(1):25–31. DOI: [10.1093/bja/aen123](https://doi.org/10.1093/bja/aen123)
16. Crowe M, Whitehead L, Seaton P, Jordan J, McCall C, Maskill V, et al. Qualitative meta-synthesis: The experience of chronic pain across conditions. J Adv Nurs. 2017;73(5):1004–16. DOI: [10.1111/jan.13174](https://doi.org/10.1111/jan.13174)
17. Steine S, Finset A, Lærum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2000;120(3):349–53. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2000/02/klinikk-og-forskning/hva-er-viktig-pasienten-i-motet-med-allmennpraktikeren> (nedlastet 22.11.2022).
18. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287–333. DOI: [10.1016/j.ejpain.2005.06.009](https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009)
19. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler. Oslo: Helsedirektoratet; 19.10.2021 [oppdatert 19.10.2021; hentet 24.11.2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>
20. Nortvedt P. Tilbake til Nightingale. Oslo: Sykepleien; 19.02.2019. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/12/tilbake-til-nightingale> (nedlastet 24.11.2022).
21. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
22. Grønkjær LL. Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. Klinisk Sykepleje. 2013;27(1):15–26. DOI: [10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-03](https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2013-01-03)
23. Nortvedt P, Pedersen R, Grøthe KH, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebø Å, et al. Clinical prioritisations of healthcare for the aged – professional roles. J Med Ethics. 2008;34(5):332–5. DOI: [10.1136/jme.2007.020693](https://doi.org/10.1136/jme.2007.020693)
24. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.5334](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.5334)