

# DAGLIGE SMERTER HOS ELDRE I HJEMMETJENESTEN – EN NORDISK MULTISENTERSTUDIE



Liv  
Wergeland  
Sørbye

Sykepleier, PhD, førsteamanuensis,  
Diakonhjemmet høgskole

## Innledning

Forekomst av smerter hos eldre er godt dokumentert (1-2). De eldre selv regner med at smerter i muskel og skjelett hører med til alderdommen. Norge ligger på topp i Europa når det gjelder tjenester til eldre, likevel er det få som bekymrer seg mer enn nordmenn for å bli gamle og hjelpetrengende. Huseby & Paulsen (3) mener at bekymringen for å bli gammel har et bredere og mer eksistensielt grunnlag. Nordmenn liker ikke å bli avhengige av hjelp fra andre, og daglige smerter er assosiert med en økt risiko for behov for hjelp (4).

Litteratursøk i aktuelle søkerbaser og fagtidsskrift (pubMed, CINAHL, Helsebiblioteket, Tidsskrift for Den norske lægeforening og Sykepleien) ga få treff på systematisk kartlegging av smerter hos eldre som mottar hjemmetjenester i Norge (5). Det er foretatt populasjonsstudier (6-7), undersøkelser i sykehjem (8-10), og registrert omfang av smerter innen palliative omsorg (11-12). Helsetilsynet (13) hadde en omfattende kartlegging av mottakere av kommunehelsetjenester sine behov for pleie, men der er smerte ikke nevnt. Så langt vi kan se er det heller ikke foretatt noen sammenlignende studie på dette temaet innen de nordiske landene (14). Hensikten med denne

## Sammendrag

Studien undersøker hva som karakteriserer eldre med daglige smerte for å synliggjøre sykepleiefaglige utfordringer. Materialet inkluderer 1695 eldre i de fem nordiske hovedstedene, 65 år eller mer, som mottok hjemmetjenester i 2001/2003. De ble vurdert med det internasjonale verktøyet "Rai Assessment Instrument for Home Care" (RAI-HC). Gjennomsnittsalderen for menn var 82 år (standard avvik (SD) 7,1) og for kvinner 84 år (SD 6,7); 76% var kvinner og 75% bodde alene. Totalt hadde 718 (42%) daglig smerte. En logistisk regresjonsmodell forklarte 25% av daglige smerter. Sentrale variabler var: artritt, osteoporose, hofte – og andre frakturer, selvrapportert dårlig helse, oppbluss av en kronisk lidelse, polyfarmasi og kvinnelig kjønn.

**Nøkkelord:** hjemmetjenesten, smerter, multisenter, eldre (65+), RAI-HC

artikkelen er å beskrive daglige smerte hos eldre i hjemmetjenesten. Sammenligning på tvers av landegrenser kan gi viktig informasjon om hvordan helsetjenesten møter eldre menneskers behov for tjenester.

## Metode og materiale

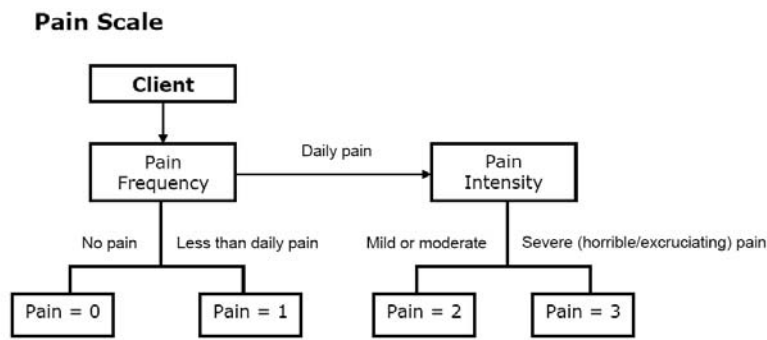
Denne artikkelen inkluderer data fra de fem nordiske hovedstedene som deltok i *The Aged in Home Care* (AdHOC). Dette var en omfattende studie av eldre 65 år eller mer, som ble utført i 11 europeiske storbyer i 2001/2003. Ved oppstart av prosjektet hadde om lag en tredjedel av de gamle hjemmehjelp og omlag to tredjedeler hadde bare hjemmesykepleie eller hjemmehjelp. I det nordiske materialet deltok 1695 pasienter, som utgjør 77 % av de forespurte. De ble vurdert med Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC) (15). RAI-HC er et anerkjent, standardisert og tverrkulturelt instrument som er testet i forhold til validitet og reliabilitet (16). Instrumentet inkluderer variabler som omfatter sosiodemografiske, fysiske og kognitive karakteristika hos pasientene så vel som medisinske diagnoser og medisiner. Disse data ble knyttet til informasjon om omgivelser, servicestrukturer og

servicebruk, inklusiv bruk av hospitalisering og langtidspleie. Etiske og juridiske anliggende ble ivaretatt ut fra det enkelte lands regler og lover. Informantene ble vurdert ved oppstart av studien, så etter seks og tolv måneder. Vurderingen ble foretatt i samarbeid med personell som kjente pasienten over tid.

Variabler som ut fra litteratur og klinisk erfaring har vist seg å være assosiert med smerter ble trukket ut fra RAI-HC instrumentet for videre analyse. Daglig smerte ble vurdert i samtale med pasienten som en hvilken som helst type smerte eller ubehag som pasienten hadde opplevd hver dag siste uke før den første vurderingen ble gjort. Smerteintensitet ble inndelt i: Ingen, mild, moderat, alvorlig og uutholdelig. Smerteskalaen (figur 1) er en kombinasjon av smertens hyppighet og intensitet. Videre registreres om smerten førte til avbrudd av normal aktivitet, lokalisering, og adekvat medikamentell kontroll (17). Smertevariablene i RAI-HC fremgår av faktaboks.

Å være lenket til hjemmet ble definert som: Ikke vært ute av boligen siste uke, eller behov for omfattende hjelp for å komme ut. Depresjon ble vurdert ut fra

Figur 1 Smerteskala med utgangspunkt i smertens hyppighet og intensitet



Source: Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in US Nursing Homes: Validating a Pain Scale for the Minimum Data Set. *Gerontologist* 41(2): 173-179, 2001.

ulike spørsmål angående pasientens stemningsleie. En skåre på  $\geq 3$  på en skala på (0-14) ble diagnostisert som tegn på depresjon (18). For å vurdere den eldre kognitive fungering ble det benyttet en *Cognitive Performance Scale* (CPS) som er sammensatt av følgende variabler i RAI-HC: Hukommelse, kognitive evner til å ta daglige beslutninger, gjøre seg selv forstått og evne til å spise selv. Skalaen går fra 0-6, hvor 0 er normalt fungerende. Korrelasjon mellom CPS og *Mini Mental State Examination* (MMSE) er på 0.81 (19). For nærmere beskrivelse av metode, materiale og variabler, se tidligere publikasjoner (20-21).

Dataanalysen er foretatt i SPSS-16.0. Dikotomerte variabler blir presentert i frekvens og krystabeller. Variablene i tabell 2 dannet grunnlaget for en regresjonsmodell. Alle resultatene er oppgitt med en sannsynlighetsverdi ( $p < 0,05$ ), konfidensintervall 95%.

## Resultater

I tabell 1 presenteres utvalgte bakgrunnsdata. Det var relativt liten variasjon mellom de fem nordiske utvalgene. Gjennomsnittsalderen for menn var 82 år (SD 7,1) og for kvinner 84 år (SD 6,7); 76% var kvinner. Totalt hadde 29% smerte som avbrøt vanlig aktivitet og det var 42% som hadde daglig smerte.

Figur 2 viser andel på de ulike nivå i smerteskalaen fordelt på de ulike hovedstedene. Reykjavik hadde lavest hyppighet av alvorlige/utholdelige smerter (8%), deretter Oslo (11%). I de andre tre hovedstedene hadde ca 14-15% av pasientene så sterke smerter.

Figur 3 viser andel som: 1) ikke hadde daglige smerter eller hvor medisineren ga adekvat lindring, 2) ikke fikk adekvat smertelindring med medisineren 3) hadde smerter - men lot være å ta medisiner. I København og Stockholm var det størst andel som ikke hadde adekvat smertelindring, mens de øvrige hovedstedene var tilnærmet like.

I tabell 2 presenteres frekvensfordeling av bakgrunnsdata og sentrale kliniske karakteristika og sammenhengen med daglige smerter. Tabell 3 viser resultatene fra den logistiske regresjonsmodellen. Den logistiske regresjonsmodell forklarte 25% av sammenhengen mellom daglige smerter og følgende variabler: Artritt, osteoporose, hofte – og andre frakturer, selvrapportert dårlig helse, oppbluss av en kronisk lidelse, polyfarmasi (her  $\geq 6$ ) og kvinnelig kjønn, tegn på depresjon, utilsiktet vekttap, ”lenket til hjemmet”, svimmelhet og redusert sosial aktivitet. Kognitiv svikt var negativt assosiert med smerter (Nagelkerke 0,25). Hosmer og Lemeshow goodness of fit test var ikke-signifikant og det betyr at regresjonsmodellen var godt tilpasset dataene.

## Diskusjon

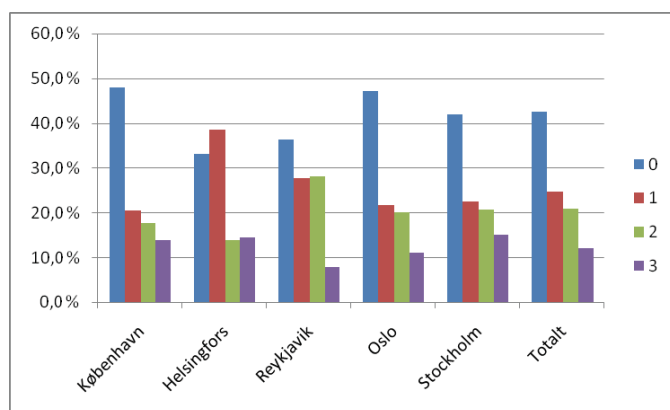
Smertene hos eldre er et sammensatt problem og virker inn på livskvalitet og funksjonsdyktighet (4). I denne artikkelen har vi ved hjelp av data fra et omfattende geriatrisk vurderingsskjema (RAI-HC) beskrevet hva som karakteriserer eldre med daglige smerter i de nordiske hovedstedene. Så langt vi vet, er det ikke gjennomført en tilsvarende studie tidligere.

Daglige smerter forekom hos 39% av de eldre i Oslo-materialet. En tilsvarende vurdering med RAI-HC gjennomført i bydelen St. Hanshaugen/Ullevål i 1998, viste at 37% av de eldre hadde daglige smerter (5). Totalt hadde en lavere andel menn enn kvinner daglig smerter. En årsak kan være at kvinner lider oftere av kroniske sykdommer enn menn (22).

Tabell 1 Sentrale bakgrunnsvariabler fra det nordiske utvalget totalt og for hver av hovedstedene

	København N=469	Helsingfors N=187	Reykjavik N=405	Oslo N=388	Stockholm N=246	Total N=1695
Alder, år (Mean±SD)	84± 6,8	81± 7,6	82± 6,6	84± 6,3	84± 6,8	83± 6,9*
Kvinner	79%	81%	74%	72%	73%	76% (1281)
Bodde alene	76%	83%	68%	74%	80%	75% (1271)
“Lenket til hjemmet”	28%	38%	22%	28%	24%	27% (461)
Sykehus siste 90 dager	13%	16%	13%	13%	14%	14% (230)
Smerter avbryter vanlig aktivitet	31%	37%	25%	26%	30%	29% (486)
Daglige smerter	41%	42%	47%	39%	43%	42% (718)

**Figur 2** Andel av brukere av hjemmetjenester i de norske hovedstedene med ingen smerte (=0), sjeldnere enn daglig smerte/mild smerte (=1), moderat smerte (=2) og alvorlig/uutholdelige smerte (=3). N=1695.



Pasienter med artritt og ulike frakturer var spesielt utsatt. Daglig smerte i vår studie var 2,1 ganger så hyppig hos de pasientene som hadde en oppblussing av en kronisk sykdom, sammenlignet med andre pasienter. Dette kan være en årsak til at pasienter med kreft ikke rapporterte mer smerter enn eldre med andre diagnoser. I likhet med tidligere studier (23) forekom smerter sjeldnere i gruppen de eldste gamle; 40,1% av de som var 85 år og eldre sammenlignet med 45,3% av de yngre eldre. Dette kan ha mange årsaker, f.eks. frykt for innleggelse i sykehus, frykt for avvising, oppfatning av at smerte er uunngåelig og at det er uakseptabelt å klage over at man har vondt (24). Kommunikasjonsbegrensninger som svekket hørsel, syn eller taleevne kan

komplisere rapporteringen av subjektive symptomer. Når en stor andel av de eldre hjemmeboende pasientene må avbryte vanlig aktivitet på grunn av smerter, er dette et signal om at de trenger ekstra oppfølging. Pasienter med kognitiv svikt var sjeldnere vurdert til å ha smerter enn andre pasienter, noe som stemmer med andre funn (25). Dette kan tyde på at sykepleierne mangler kompetanse i å tolke tegn på smerter hos pasienter med ulike demenslidelser. Pasienter med daglige smerte hadde oftere tegn på depresjon enn andre pasienter. Noe som også ble bekreftet i materialet fra Sentral- og Sør-Europa (26). Carpenter m. fl. (20) påpekte at pasientene i det nordiske materialet var mindre pleietrengende enn de eldre deltakerne i Tyskland,

Frankrike eller Italia. Når det gjelder daglige smerter er likevel ikke forskjellen så stor (4). En av årsakene kan være at pasientene i det nordiske materialet har statistisk signifikant ( $p < 0,001$ ) langt oftere artritt enn brukerne av hjemmetjenesten i utvalgene i Tyskland, Frankrike og Italia (data ikke vist). Pasienter i de nordiske landene har også en høy andel med hoftebrudd (27).

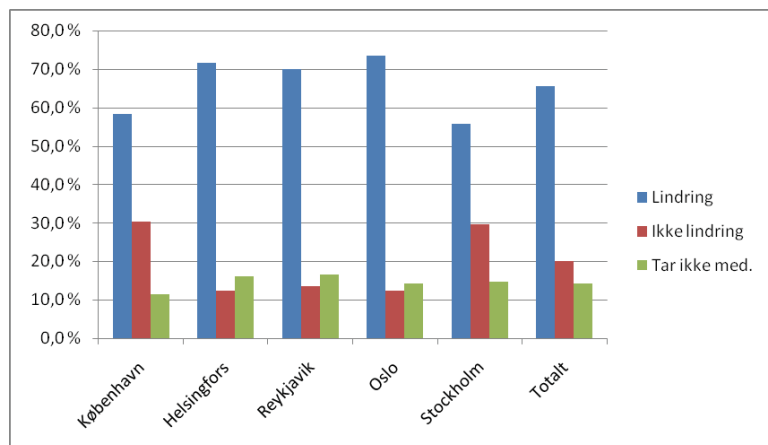
En svensk undersøkelse viste at hjemmeboende som bodde sammen med andre rapporterte signifikant mer smerte enn eldre som bodde alene. Hos de som bodde sammen med andre interfererte smertene oftere med daglige gjøremål og de brukte mer smertelindring enn eldre som bodde alene (28). I vårt materiale var det ingen statistisk signifikant forskjell på aleneboende og de som bodde sammen med andre i forhold til: andel med daglige smerte, avbrudd i dagliglivets aktiviteter på grunn av smerter eller opplevelse av smertelindring (data ikke vist).

Den logistiske regresjonsanalysen omfattet selvrapportert dårlig helse og utilsiktet vekttap. Når den gamle selv opplever at helsen er dårlig er dette et viktig tegn (29). Betydningen av god ernæringsstatus hos eldre har blitt mer fokusert i de siste årene, jamfør Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av risiko for underernæring (30). McConnell m.fl. (31) viser at med intensiv opplæring kan sykepleiere tilegne seg evidensbasert kunnskap og trekke nytte av den kompetansen i møte med den eldre pasient. Spesielt eldre med en demenslidelse trenger kyndige sykepleiere til å tolke deres behov for smertelindring. En oversiktsartikkel over ulike publikasjoner fra AdHOC prosjektet illustrerer kompleksiteten i den eldre hjemmeboende pasient sine behov og betydningen av å bruke et omfattende geriatrikisk vurderingsverktøy (32).

### Styrke og svakheter

Styrken i denne studien er at det er benyttet samme utvelgelseskriteriene i alle de fem hovedstedene og at et felles validert og reliabilitetstestet instru-

**Figur 3** Andel av brukere av hjemmetjenester i de nordiske hovedstedene hvor det ikke er smerter eller at medisinerer gir lindring (blå), medisinerer gir ikke adekvat lindring (rød), ikke smertelindring og de eldre tar ikke medikamenter (grønn). N=1695.



**Tabell 2** Daglig smerter og sammenheng med bakgrunnsvariabler og ulike kliniske symptom. N=1695

Ja/Nei	Totalt		Ingen daglig smerte		Daglig smerte		p-verdi
	N	%	N	%	N	%	
Kvinne	1255	(75,5)	663	(52,8)	592	(47,2)	<0,001
Alder ≥85	716	(43,1)	428	(59,8)	288	(40,2)	0,035
Bodde alene	1243	(74,7)	696	(56,0)	547	(44,0)	0,239
Kreft (enhver diagnose)	119	(7,0)	66	(55,5)	53	(44,5)	0,620
Artritt	407	(24,5)	149	(36,6)	258	(63,4)	<0,001
Osteoporose	268	(16,1)	103	(38,4)	165	(61,6)	<0,001
Hofte og andre brudd	282	(16,6)	128	(45,4)	154	(54,6)	<0,001
Fall ≥ 1 siste 3 mnd	393	(23,6)	194	(49,4)	199	(50,6)	0,001
Ekstrem fedme	56	(3,4)	23	(41,1)	33	(58,9)	0,01
Utilstekt vekttap	169	(10,0)	72	(41,9)	97	(58,1)	<0,001
Depresjon skala ≥ 3 (0-14)	127	(7,6)	48	(37,8)	79	(62,2)	<0,001
Svimmelhet	446	(26,3)	211	(47,3)	235	(52,7)	<0,001
Oppbluss av kronisk sykdom	159	(9,4)	55	(34,6)	104	(65,4)	<0,001
CPS verdi ≥ 1 (0-6)	565	(34,0)	353	(62,5)	212	(37,5)	0,001
ADL skala ≥1 (0-8)	744	(43,9)	140	(18,8)	604	(81,2)	0,001
IADL skala ≥ 1 (0-7)	852	(50,3)	147	(17,3)	705	(82,7)	0,001
“Lenket til hjemmet”	461	(27,2)	230	(49,9)	231	(50,1)	<0,001
Selvrappoertert dårlig helse	518	(30,6)	201	(38,8)	317	(61,2)	<0,001
Redusert sosial aktivitet	586	(34,6)	291	(49,7)	295	(50,3)	<0,001
Øyeblikkelig hjelp hjemme	134	(7,9)	62	(46,3)	72	(53,7)	0,05
Sykehusinnleggelse	230	(13,6)	106	(45,1)	124	(53,9)	<0,001
Polyfarmasi ≥6	874	(51,6)	419	(47,9)	455	(52,1)	<0,001

ment er benyttet. Det at undersøkelsen ikke primært var rettet mot smerter og smertelindring er både en styrke og en svakhet. Fordelen er at den enkelte pasients smerter blir analysert i forhold til annen klinisk informasjon. Svakheten er at dersom en hadde konsentrert seg om å måle smerter kunne en gått mer i dybden med mer detaljerte spørsmål. Denne undersøkelsen gir ikke noe kunnskap om eldre som ikke mottar hjemmetjenester. Kharicha m. fl. (33) viser at spesielt eldre hjemmeboende som bor alene er i høy risiko for en rekke lidelser og trenger oppfølging.

## Konklusjon

Daglige smerter forekommer hos ca 40% av eldre som får hjemmetjeneste i de nordiske hovedstedene. Daglige smerter er relatert til artritt, osteoporose og ulike brudd; dette fører igjen til avbrudd i dagliglivets aktiviteter, selvrappoertert dårlig helse og polyfarmasi. Det er viktig at smerter hos eldre og årsaker til disse blir kartlagt og dokumentert. Sykepleiere må i samarbeid med brukeren og annet helsepersonell finne frem til hvordan en best kan redusere smertene hos den enkelte. Informasjonen i denne undersøkelsen gir viktig kunnskap om at de eldre har et stort og udekket behov for smertelindring. Bedre smertekartlegging og behandling kan bidra til å bedre deres funksjonsnivå og livskvalitet og

kanskje redusere behov for institusjonalisering. Det er et stort behov for intervensjonsstudier for å undersøke om bedre smertebehandling kan øke livskvalitet og funksjonsnivå hos hjemmeboende eldre.

## Takksgelser

En stor takk til interRAI fellesskapet og samarbeidspartnere i AdHOC, fra de nordiske landene: Harriet Finne-Soveri, Finland; Palmi H. Jönsson, Island; Gunnar Ljunggren, Sverige; Marianne Schroll, Danmark. En takk til Den norske lægeförening for økonomisk støtte.

## Referanser

1. Bjoro K, Torvik K. Smerter. I: Brodtkorb K, Kirkevold M, Ranhoff AH, redaktører. *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008. s. 333-48.
2. Dewar A. Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *Aust J Adv Nurs* 2006 Sep-Nov;24(1):33-8.
3. Huseby BP, Paulsen B. Eldreomsorgen i Norge - Helt utilstrekkelig eller best i verden? Oslo: SINTEF- Helsetjenesteforskning; 2009.
4. Soldato M, Liperoti R, Landi F, Finne-Soveri H, Carpenter I, Fialova D, et al. Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain* 2007 Jun;129(3):304-10.
5. Grue EV, Sørbye LW. *Helse- og omsorgsbehov hos hjemmeboende vurdert med RAI-HC pleie- og omsorgstjenesten i St. Hanshaugen-Ullevål bydel*. Oslo: Diakonhjemmets høgskole-senter; 1998.
6. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004 Dec;8(6):555-65.
7. 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 May;10(4):287-333.
8. Nygaard HA, Jarland M. Kroniske smerter hos sykehjemspasienter – selvrappoerting og sykepleiers vurdering. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005 May 19;125(10):149-51.
9. Husebø BS, Strand LI, Moe-Nilssen R, Husebø SB, Aarsland D, Ljunggren AE. Who suffers most? Dementia and pain in nursing home patients: a cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc* 2008 Jul;9(6):427-33.
10. Torvik K, Kaasa S, Kirkevold Ø, Rustoen T. Smerte hos sykehjemspasienter i Norge. *Geriatrisk Sykepleie* 2009;1(2): 13-18.
11. Jordhoy MS, Fayers P, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kaasa S. A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 2000 Sep 9;356(9233):888-93.
12. Jordhoy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics.

13. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo: Helsetilsynet; 2003.

14. Szebehely M. Åldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsøversikt. København: Nordisk råd; 2005.

15. Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI. et al. Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc* 1997 Aug;45(8):1017-24.

16. Morris JF, B; Bernabei, R. RAI -Home Care (RAI-HC). Assessment Manual for Version 2.0. Marblehead: Opus; 2000.

17. Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. *Gerontologist* 2001 Apr;41:173-9.

18. Burrows AB, Morris JN, Simon SE, Hirdes JP, Phillips C. Development of a minimum data set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age Ageing* 2000 Mar; 29(2):165-72.

19. Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Sgadari A, Rinaldi C. et al. Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Med Care* 2000 Dec;38(12):1184-90.

20. Carpenter I, Gambassi G, Topinkova E, Schroll M, Finne-Soveri H, Henrard JC. et al. Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res* 2004 Aug;16(4):259-69.

21. Sørbye LW. *Frail homebound elderly basic nursing challenges of home care: a comparative study across 11 sites in Europe [avhandling]*. Tromsø: University of Tromsø; 2009.

22. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain--findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag Nurs* 2004 Sep;5(3):105-17.

23. Carmaciu C, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G. et al. Health risk appraisal in older people 3: prevalence, impact, and context of pain and their implications for GPs. *Br J Gen Pract* 2007 Aug;57(541):630-5.

24. Songe-Moller S, Saltvedt I, Holen JC, Loge JH, Kaasa S. Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005 Jun 30;125(13):1838-40.

25. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA. Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity, and congruence between patient and caregiver report. *J Pain Symptom Manage* 2004 Dec;28(6):585-92.

26. Onder G, Landi F, Gambassi G, Liperoti R, Soldato M, Catananti C. et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: results from the Aged in Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2005 Aug;66(8):982-8.

27. Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nordsletten L. et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone* 2001 Nov;29(5):413-8.

28. Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living:

**Tabell 3** Faktorer assosiert med daglig smerte hos eldre brukere av hjemmetjenesten i hovedstedene i de nordiske land (N=1695)

Faktor	OR <sup>1</sup>	Daglig Smerte	
		(95% CI) <sup>2</sup>	p-verdi
Kvinne	1,71	(1,31-2,22)	<0,001
Artritt	2,67	(2,67-2,07)	<0,001
Osteoporose	1,75	(1,29-2,35)	<0,001
Hofte- og andre brudd	1,52	(1,14-2,04)	0,004
Depresjonsskala ≥3 (0-14)	1,68	(1,10-2,59)	0,016
"Lenket til hjemmet"	1,40	(1,10-1,79)	0,007
Svimmelhet	1,35	(1,06-1,73)	0,017
Oppbluss av kronisk sykdom	2,12	(1,44-3,11)	<0,001
Selvrapportert dårlig helse	2,16	(1,70-2,76)	<0,001
Redusert sosial aktivitet	1,32	(1,05-1,67)	0,018
Polyfarmasi (≥6)	1,74	(1,40-2,17)	<0,001
Utsiktet vekttap	1,64	(1,13-2,37)	0,009

Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,25

<sup>1</sup> OR = Odds ratio

<sup>2</sup> 95 % CI = 95 % konfidens interval

a comparison of those living at home with those in special accommodations. *Eur J Pain* 2004 Aug;8:335-44.

29. Borglin G, Jakobsson U, Edberg AK, Hallberg IR. Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *Int J Nurs Stud* 2005 Feb; 2(2):147-58.

30. Guttormsen A, Hensrud A, Irtun Ø, Mowe M, Sørbye LW, Thoresen L. et al. Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av risiko for underernæring. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.

31. McConnell ES, Lekan D, Bunn M, Egerton E, Corazzini KN, Hendrix CD. et al. Teaching

evidence-based nursing practice in geriatric care settings: the geriatric nursing innovations through education institute. *J Gerontol Nurs* 2009 Apr;35(4):26-33.

32. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard JC, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E. et al. Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009 Mar 20;62(3):235-42.

33. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? *Br J Gen Pract* 2007 Apr;57(537):271-6.

## FAKTABOKS

### Smertevariabler i RAI-HC versjon 2.0

#### a. Hyppig klager over eller tegn på smerter

- ..... 0. Ingen smerter ..... 2. daglig, en episode  
 ..... 1. Smerter sjeldnere enn daglig ..... 3. Daglig, flere episoder

#### b. Smertens intensitet

- ..... 0. Ingen smerter ..... 3. Alvorlig  
 ..... 1. Mild ..... 4. Uutholdelig  
 ..... 2. Moderat

#### c. Smerten avbryter vanlige aktiviteter (brukerens vurdering)

- ..... 0. Nei ..... 1. Ja

#### d. Smertens karakter

- ..... 0. Ingen smerte ..... 2. Flere steder  
 ..... 1. Lokalisert på ett sted

#### e. Brukeren mener at medisineren gir adekvat smertelindring

- ..... 0. Ja, eller ingen smerter ..... 2. Smerter tilstede, medisiner er ikke tatt  
 ..... 1. Medisineren gir ikke adekvat smertelindring