

Masteroppgave

Masterstudium i fysioterapi, fordypning eldre.
Mai 2020

Eldre på sykehjem og omsorgsbolig sin opplevelse av å
leve med langvarige smerter
Indikasjoner for smertebehandling

Kandidatnavn: Danielle Storø
Emnekode: MAFYS5900-1 19H

Antall ord: 15693

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	5
1.0 Forord	6
<i>1.1 Egen forforståelse</i>	7
2.0 Innledning	8
3.0 Formål med studien	10
<i>3.1 Problemstilling</i>	10
4.0 Søknadsprosess	10
5.0 Teori	11
<i>5.1 Vitenskapsteoretisk ståsted</i>	11
<i>5.2 Demografi og livssituasjon</i>	12
5.2.1 <i>Eldre</i>	12
5.2.2 <i>Aldringsprosessen</i>	12
5.2.3 <i>Livskvalitet, selvstendighet og «aging in place»</i>	13
5.2.4 <i>Sykehjem</i>	14
<i>5.3 Smertes</i>	15
5.3.1 <i>Smertes før og nå</i>	15
5.3.3 <i>Eldre og smertes</i>	17
5.3.4 <i>Opplevelse og forståelse av smertes</i>	18
5.3.5 <i>Psykososiale aspekter ved smertes</i>	19
<i>5.4 Skrøpelighe</i> t	20
<i>5.5 Behandlingsiltak</i>	20
5.5.1 <i>Ikke-medikamentelle tiltak</i>	21
5.5.1.1 <i>Fysisk aktivitet og trening</i>	22
5.5.1.2 <i>Holdninger til fysisk aktiv</i>	22
5.5.1.3 <i>«Explain pain» og kognitiv adferdsterapi</i>	23
5.5.1.4 <i>Tiltak basert på adferdsmedisinsk teori – behavioral medicine intervention in physiotherapy (BMPI)</i>	24
5.5.6 <i>Samfunnsøkonomiske konsekvenser</i>	25
6.0 Metode	26
<i>6.1 Utvalg og rekruttering</i>	26
<i>6.2 Semistrukturert dybdeintervju</i>	26
<i>6.3 Transkribering</i>	27
<i>6.4 Planlagt analyse</i>	27
<i>6.5 Prosedyre</i>	29
6.5.1 <i>Rekruttering av informanter</i>	29

6.5.2 <i>Intervju</i>	29
6.5.3 <i>Transkribering</i>	30
6.5.4 <i>Analyse</i>	30
6.6 <i>Metodekritikk</i>	33
6.6.1 <i>Reliabilitet</i>	33
6.6.2 <i>Validitet</i>	33
6.6.3 <i>Overførbarhet</i>	34
6.7 <i>Etiske vurderinger</i>	35
7.0 <i>Resultat</i>	36
7.1 <i>Informanter</i>	36
7.2 <i>Presentasjon av materiale</i>	37
7.2.1 « <i>Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt</i> »	37
7.2.1.1 « <i>Noen å prate med</i> »	37
7.2.1.3 « <i>Det er ikke så mye igjen av livet nå, så det skal bare være sånn som det er</i> »	40
7.2.2 « <i>Jeg har smerter bestandig</i> »	40
7.2.2.1 « <i>Jeg trodde jeg skulle dø på stuegulvet, så vondt var det</i> »	40
7.2.2.2 « <i>Jeg får høre med legen hva den sier</i> »	41
8.0 <i>Drøfting</i>	42
8.1 <i>Resultatene sett i lys av kroppsfenomenologi</i>	42
8.2 « <i>Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt</i> »	43
8.3 « <i>Jeg har smerter bestandig</i> »	45
9.0 <i>Oppsummering og kliniske implikasjoner</i>	47
10.0 <i>Referanseliste</i>	48
Vedlegg 1	55
Vedlegg 2	59

Sammendrag

Formål: Studien tar sikte på å få dypere innblikk i eldre med langvarige smerter, som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig, sin opplevelse og forståelse av smertene i hverdagen. Et økt fokus på dette området vil kunne bidra til økt forståelse og kunnskapsnivå, som igjen vil gi indikasjoner for hvilke behandlingstilnærminger som bør vektlegges i møte med eldre med langvarige smerter. **Problemstilling:** Hvordan opplever eldre, som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig, å leve med langvarige smerter, og hvilke indikasjoner har det for smertebehandling? **Metode:** En fenomenologisk kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte dybdeintervju ble brukt for å undersøke problemstillingen. Studien inkluderer fire beboere ved sykehjem og omsorgsbolig, tre kvinner og en mann, med et aldersspenn på 86-97 år. Analysen ble gjennomført med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering og resulterte i to hovedkategorier; «Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt» og «Jeg har smerter bestandig». **Funn:** Funnene viser at det er flere faktorer som kan spille inn på informantenes opplevelse og forståelse av smertene sine. Både når det gjelder deres opplevelse av kroppen, hverdagen og hvordan hverdagen påvirker dem emosjonelt. Spesielt sosialt samvær, fysisk aktivitet og selvstendighet trekkes frem som viktige faktorer for at informantene skal ha det godt i hverdagen, men i dette tilfellet er det faktorer informantene opplever at de mangler og ønsker mer av. Når det gjelder smerteopplevelse og -forståelse, tolkes det som at informantene har et biomedisinsk forståelsesgrunnlag og de beskriver opplevelser av bevegelsesfrykt og katastrofetanker. Denne forståelsen kan forsterkes av at informantene opplever at personalet begrenser fysisk aktivitet gjennom at de har gitt beskjed om at de ikke skal gå alene, må bruke sengegrind og får medisiner som behandling. **Konklusjon:** Det er flere faktorer som kan spille inn på hvordan informantene opplever og forstår smertene sine. På bakgrunn av funnene kan det være grunn til å tro at økt vektlegging av sosialt samvær, fysisk aktivitet og selvstendighet kan være et godt tiltak innen smertebehandling. I tillegg sees det et behov for økt kunnskaps- og ferdighetsnivå blant helsepersonell, slik at eldre med langvarige smerter kan få en god og effektiv smertebehandling. Funnene fra denne studien underbygger behovet for evidensbasert kunnskap om behandlingstilnærminger for eldre med langvarige smerter, som bygger på multimodale behandlingstilnærminger som bidrar til at de kan leve et aktivt og selvstendig liv med god livskvalitet.

Abstract

Purpose: This study aims to get a deeper understanding of how older adults with long-term pain's, living in a nursing homes, experience and understand their pain. Endorsed focus in this area could contribute to increased understanding and knowledge, which in turn hopefully will give indications of what kind of treatment approaches that should be emphasized when treating elderly with long-term pain. **Aim:** How do older adults with long-term pain, living in nursing homes, experience their pain and which indications does it have for pain management? **Method:** A phenomenological qualitative research method with semistructured in-depth interviews was used to investigate the problem. The study included four residents at nursing homes, three women and one man, with an age range of 86-97 years. The analysis was carried out on the basis of systematic text condensation and resulted in two main categories. «It's daily, almost as a routine» and «I'm in constant pain». **Results:** The findings show that several factors influence the informants' experience and understanding of their pain. Both in terms of their experience of the body, everyday life and how it affects them emotionally, as well as the conceptualization of long-term pain it seems that's among the health care providers, which is transmitted to the informants through restrictions and choice of treatment methods. Especially socializing, physical activity and independence are highlighted as important factors for the informants to be comfortable in their everyday lives. When it comes to the perception and understanding of pain, it seems like it's interpreted that the informants have a biomedical understanding and experience fear-avoidance. Health care providers' understanding of pain may seem to reinforce this.

Conclusion: Several factors influence how the informants experience and understand their pain. Based on the findings, there is reason to believe that increased emphasis on socializing, physical activity and independence may be a good measure in pain management. In addition, there's a need for an increased level of knowledge and skills among health care providers, so that elderly people with long-term pain can receive appropriate pain management. This supports the need for evidence-based knowledge of treatment approaches for elderly with long-term pain, in which multimodal treatment approaches that help promote the possibility for elderly to live longer and with a good quality of life.

1.0 Forord

«Hei, jeg heter Svein.

Jeg er 77 år og bor på sykehjem. Jeg er veldig glad i å gå tur og her ved Akerselva, er det mange fine turmuligheter. Personalet på sykehjemmet sier at jeg glemmer innimellom, og derfor får jeg ikke lov til å gå ut alene. Jeg tror de kaller det Alzheimers.

Jeg var gift med kona mi i nærmere 50 år, men hun døde dessverre tidligere i høst. Kreften tok henne. Nå føler jeg meg til tider alene, men det hjelper veldig å gå på tur. Da blir jeg så glad. Men jeg får ikke gå så mye som jeg ønsker. Personalet har ikke tid til å gå tur med meg, så da blir jeg sittende inne. Og da blir ofte dagene lange og monotone.

Jeg har hørt fra nevøen min, (navn), at innsatte ved norske fengsler har rett til å luftes hver dag. Det har visst dyr også. Da synes jeg det er urettferdig at jeg og andre eldre, ikke får lov til å gå ut og få luft når vi vil. For beina mine er det ikke noe galt med, og jeg kan gå i timesvis. Derfor har jeg en liten bønn:

Ikke glem våre eldres menneskeretter. Min generasjon var med på å bygge landet, i den tro at vi ville få en verdig alderdom. Da kan jeg ikke føle at jeg blir stuet vekk i tiende etasje på sykehjemmet.

Hvis noen vil komme på besøk til meg, ja kanskje ta meg med på en liten tur, ville jeg blitt veldig glad. Det er ikke moro å være ensom og den familien jeg har igjen, bor i Bergen.

Del gjerne mitt lille opprop, slik at vi kan få litt fokus på menneskerettighetene til oss eldre også. For i motsetning til veldig mange andre, har ikke vi noe sted å henvende oss om vi prøver å nå ut med våre beskjedne krav. Takk for oppmerksomheten».

Svein 77år (Facebook, 2015)

Følgende besvarelse inngår som masteroppgave våren 2020, ved OsloMet, Storbyuniversitet. Postdoktor Sara Cederbom og professor Birgitta Langhammer har fungert som veiledere i studien. Jeg ønsker å takke dere for gode råd og tilbakemeldinger gjennom hele prosjektet, det har vært til stor hjelp og inspirasjon. Jeg ønsker også å takke kontaktperson som har vist engasjement og skaffet informanter slik at jeg fikk gjennomført prosjektet. Informantene som stilte opp, viste interesse og delte sine tanker, følelser, opplevelser og erfaringer – dere har vært til stor hjelp og gitt meg en bedre innsikt og forståelse for temaet.

1.1 Egen forforståelse

Bakgrunnen for at jeg ønsker å forske på dette temaet er en stor interesse for pasienter med langvarig smerteproblematikk. Jeg skrev bacheloroppgave med fokus på pasienter med langvarige uspesifikke korsrygg smerter og deres forståelse av smerter før og etter konsultasjon med fysioterapeut ved Raskere tilbake, samt hva som eventuelt bidro til endring av smerteforståelse. Det ga meg en dypere forståelse for pasientgruppen, samt ytterligere motivasjon for å undersøke temaet nærmere. Gjennom praksis- og turnusperioder, samt arbeidserfaring har jeg møtt flere pasienter med langvarig smerteproblematikk. Min erfaring er at pasienters opplevelse og forståelse av smertene er svært varierende. Flere pasienter har en oppfatning av at noe er alvorlig galt med området som er smertefullt, der hverdagen er preget av bekymringer, tanker om alvorlig sykdom, samt at de unngår aktiviteter de tror kan forverre smertene. Andre uttrykker at de har hatt smerter i årevis, og at det er noe de har lært seg å leve med. Mitt inntrykk når det gjelder behandlingstilnærming, er at helsepersonell ofte har et biomedisinsk forståelsesgrunnlag og tar i bruk medikamentelle behandlingstiltak før ikke-medikamentelle tiltak blir vurdert. Gjennom en mastergrad med fordypning innen eldre, har interessen vært mer rettet mot eldre med langvarige smerter. Det har vist seg at forskningen er mangelfull når det gjelder evidensbasert kunnskap om behandlingstilnærminger for eldre med langvarige smerter, noe som har trigget meg til å ville undersøke området nærmere.

2.0 Innledning

Gjennom tidene har forståelsen av smerter endret seg, der flere ulike teorier og modeller har blitt fremstilt. Lege og professor Per Brodal publiserte i 2017 en artikkel der han forsøker å fremstille en oppsummering av hvor vi står i smerteforskningen i dag. Brodal viser til at flere av forklaringsmodellene som finnes er på et mekanisk nivå, der han poengterer at kompleksiteten av klinisk smerte ikke kan fullstendig forklares ut fra nevrovitenskapelig data alene (Brodal, 2017). Han stiller spørsmål ved hvorfor enkelte pasienter opplever mer smerte enn andre pasienter med samme patologi, hva som driver smertenettverket i en person, og hva som hindrer at nociceptive signaler fremkaller smerte hos en annen person med lignende vevsskade. Forskning viser at nettverkene i sentralnervesystemet som relateres til langvarig smerte viser individuelle variasjoner mellom ulike pasienter. Langvarige smerter er komplekse, og det har lenge vært et velkjent fenomen at opplevelsen av smerte er subjektiv og at en må se på flere faktorer for å få en bedre forståelse for hva det innebærer. For å forstå smerte må man derfor se forbi det biologiske og mekaniske nivå, og søke etter meningen pasientene tilskriver smertene (Brodal, 2017).

Det er forsket mye på langvarige smerter og hvilke behandlingstiltak som kan ha effekt, men det er spesielt en pasientgruppe der kunnskapsnivået blant helsepersonell er mangelfull og forskningen likeså, nemlig eldre (Cederbom, Nortvedt & Lillekroken, 2019; De Luca, Parkinson, Pollard, Byles & Blyth, 2015; Fancourt & Steptoe, 2018; Molton & Terrill, 2014; Reid, Eccleston & Pillemer, 2015). Eksisterende forskning er ikke konsekvent når det gjelder om forekomsten av smerter øker eller reduseres ved økende alder (Abdulla et al., 2013), men det er vist at det er flere eldre kvinner enn menn som rapporterer smerter (Reid et al., 2015). I følge Folkehelseinstituttet viser befolkningsundersøkelser at forekomsten av langvarige smerter blant eldre i Norge har en svak nedgang eller avflates sammenlignet med middelaldrende (Folkehelseinstituttet, 2018a). Det understrekes midlertidig at disse funnene er noe usikre da store deler av den eksisterende forskningen er gjennomført på friskere og hjemmeboende eldre. Eldre med mer omfattende helseproblemer, som bor i omsorgsbolig eller sykehjem, deltar gjerne ikke på slike undersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2018a). Andre faktorer som kan påvirke forskningsresultater på eldre med langvarige smerter er at et signifikant antall eldre underrapporterer smerter i konteksten av flere medisinske problemstillinger (Collis & Waterfield, 2015), de kan sammenligne plagene sine med andre eldre som har det verre enn dem, flere ser på smerter som noe som forventes med aldring (Molton & Terrill, 2014), medisinbruk på sykehus og sykehjem registreres ikke på

individnivå (Folkehelseinstituttet, 2018a), samt at det brukes ulike metodikker og definisjoner i smerteforskningen (Abdulla et al., 2013).

Måten smerter har blitt forstått på gjennom tidene har formet måten helsepersonell møter og behandler ulike pasientgrupper, også eldre pasienter med langvarige smerter. Når det gjelder medikamentelle behandlingsmetoder, er det kjent at eldre som tar flere medikamenter, deriblant smertestillende, kan oppleve mer ustøhet, svimmelhet og slapphet. Dette kan hos mange føre til uheldige konsekvenser som bevegelsesfrykt, økt inaktivitet og økt falltendens (Makris, Abrahams, Gurland & Reid, 2014). I verstefall kan fall resultere i brudd, institusjonalisering og økt inntak av smertestillende. Smertestillende medikamenter er i mange tilfeller et viktig tiltak, men det er behov for økt fokus på multimodale behandlingstilnærminger (Fancourt & Steptoe, 2018; Makris et al., 2014; Reid et al., 2015). Deriblant har ikke-medikamentelle tiltak som kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet vist lovende resultater (Cederbom et al., 2019; Makris et al., 2014; Reid et al., 2015).

Et annet viktig område som bør fokuseres mer på, er hva eldre pasienter selv mener at de trenger. Den generelle eldre befolkningen kan ha manglende kunnskaper om smerter; hvilke faktorer som påvirker smerteopplevelsen, hva som gjør at smerter går over til å bli langvarige, samt hvilke områder som kan vektlegges for å redusere smertene, annet enn smertestillende medikamenter (Reid et al., 2015). Noen eldre velger kanskje å leve med smertene, fordi de helst vil unngå de uønskede bivirkningene av smertestillende medisiner de kan ha opplevd tidligere (Molton & Terrill, 2014). Her vil helsepersonell spille en viktig rolle, da de kan bidra til å berike pasientenes kunnskapsnivå når det gjelder hva langvarige smerter er og hvilke behandlingstilnæringer som finnes (Abdulla et al., 2013; Molton & Terrill, 2014; Reid et al., 2015). Et viktig tiltak kan være å få innblikk i hva eldre med langvarige smerter tenker rundt smertene sine, hva de trenger for å ha det bra i hverdagen, samt hvilke tiltak de vet om og synes at fungerer for dem. Det kan gi helsepersonell viktig informasjon i forhold til hvordan man kan møte denne pasientgruppen, hva man kan bidra med for at eldre kan leve bedre med sine smerter (Collis & Waterfield, 2015).

3.0 Formål med studien

Eksisterende forskning på eldre med langvarige smerter er mangelfull (Cederbom et al., 2019; De Luca et al., 2015; Fancourt & Steptoe, 2018; Molton & Terrill, 2014; Reid et al., 2015).

For å få et dypere innblikk i eldre sin smerteopplevelse vil det være viktig å se nærmere på hvordan eldre med langvarige smerter opplever og forstår smertene sine, samt i hvilken grad det påvirker deres hverdag. Det vil være hensiktsmessig å fremme forskning på eldre som bor i omsorgsbolig og sykehjem. Et økt fokus på dette området vil kunne bidra til økt forståelse og kunnskapsnivå, som igjen vil gi indikasjoner for hvilke behandlingstilnæringer som bør vektlegges i møte med eldre med langvarige smerter.

3.1 Problemstilling

Hvordan opplever eldre, som bor på sykehjem eller i omsorgsbolig, å leve med langvarige smerter, og hvilke indikasjoner har det for smertebehandling?

4.0 Søknadsprosess

I forkant av prosjektets oppstart, ble det lagt frem for Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 30.04.19, saksnummer 2019/925-1. 25.06.19 ble det vedtatt at prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Etter avklaring av prosedyrer for lagring av materiale ble søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) sendt 19.09.19, med referansekode 536088, og deretter godkjent 30.09.19. Videre ble det fylt ut og sendt en Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) i samarbeid med veileder Sara Cederbom, som inneholder risikovurdering og etablering av rutiner for hvordan personopplysninger skal behandles etter vurdering av NSD og REK. Sikker lagring av lydopptak gjennom Nettskjema hos Tjenester for Sensitive Data (TSD) ble søkt om 04.10.19 og godkjent.

5.0 Teori

I dette kapittelet vil teori og forskning som kan bidra til å utdype og systematisere funnene i studien presenteres. Først redegjøres det for hvilket vitenskapelig ståsted det er tatt utgangspunkt i, da det har påvirket valgene som er gjort gjennom hele studien. Videre gjennomgås begreper som er sentrale i problemstillingen, samt viktige tema som ble tatt opp gjennom innsamlingen av materiale.

5.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

På bakgrunn av at studien søker å se på hvordan et fenomen oppleves og forstås av informantene, vil fenomenologi og kroppsfenomenologi trekkes inn i drøfting av problemstillingen. Fenomenologi slik det er beskrevet av grunnleggeren Edmund G. A. Husserl vil belyses (Thomassen, 2006). I fenomenologien er oppmerksomheten rettet mot verden slik den erfares og oppleves av subjektet (Aadland, 2011; Thomassen, 2006; Thornquist, 2018). Man søker å forstå menneskelige handlinger ut fra aktørens egne subjektive perspektiv, ettersom personens meningsunivers er bestemmende for hva den faktisk gjør, hvordan den forholder seg til omgivelsene og andre mennesker (Thornquist, 2018).

Filosofen Maurice Merleau-Ponty er kjent for å knytte den menneskelige subjektiviteten til kroppen, der han først og fremst så på hvordan fenomener konstrueres av menneskets bevissthet. Å være subjekt, er i kroppsfenomenologien å være i verden som kropp, da kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2018). Den velfungerende kroppen er fraværende fenomenologisk, og er gjerne ikke i det aktive bevisste oppmerksomhetsfelt før den svikter. Det er først når man får smerter og plager at oppmerksomheten rettes mot kroppen. Når en del av kroppen gjør vondt og setter stopper for hverdagslige aktiviteter som å komme seg inn og ut av sengen, blir man opptatt av den kroppsdelene. Den krever oppmerksomhet, og gjøres til objekt. Når mennesket hindres i å gjøre det en ønsker, oppstår en splittelse mellom kroppen og det intensjonale subjekt som under normale omstendigheter er en ureflektert og integrert enhet (Thornquist, 2018). Det kan utvikles en avstand til egen kropp, fordi den nå erfares som en hindring. Det oppstår en objektivisering av kroppen som er ute av kontroll. En form for reorganisering av personens erfaringsverden (Thornquist, 2018).

5.2 Demografi og livssituasjon

5.2.1 Eldre

I november 2019 var antallet eldre over 65 år 918.841, noe som på det tidspunktet tilsvarte om lag 17% av Norges befolkning (SSB, 2019). Andelen eldre er forventet å øke fremover og det samme gjelder forventet levealder (Folkehelseinstituttet, 2018b). Antallet eldre over 80 år vil dobles i løpet av to tiår, og innen utgangen av år 2100 vil andelen som er 80 år og eldre tredobles fra 4 % i dag til 12 % (Folkehelseinstituttet, 2018b). Risikoen for å utvikle kroniske sykdommer øker med alderen, men dagens eldre lever lengre med en eller flere kroniske sykdommer enn tidligere (Abdulla et al., 2013). I hvilken grad dagliglivet til de eldre blir påvirket av disse sykdommene varierer. Flere av sykdommene lar seg kontrollere med medisiner og gjør at den eldre kan leve selvstendig, med god livskvalitet og uten mye hjelp fra omsorgstjenester. Dette gjelder ikke alle. Flere eldre pasienter og deres familie må jobbe mot et helsevesen som tar sikte på å kurere og forlenge liv. Noe som ofte innebærer at eldre som er innlagt på sykehus blir behandlet for den akutte sykdommen, før de sendes til et hjem som ikke er tilpasset deres behov. En slik behandlingstilnærming kan i mange tilfeller føre til flere leveår, men med dårlig helse og funksjonstap som gjør at de blir mer avhengige av hjelp fra andre (Benefield & Holtzclaw, 2014).

5.2.2 Aldringsprosessen

Begrepet aldring brukes om at noe eller noen forandres med tiden, i forhold til seg selv eller omgivelsene. Det er en prosess som foregår uavbrutt i et tempo som kan være raskt, gradvis eller ubetydelig. Kriteriene for at noe skal betegnes som en aldersforandring, innen gerontologien, er at den kommer innenfra, at den er universell og irreversibel, som gjør at kroppsfunksjoner reduseres og til slutt fører til døden (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018). Alle mennesker gjennomgår en aldringsprosess der kroppsfunksjoner og -strukturer gradvis reduseres. Det innebærer blant annet en reduksjon i muskelmasse og -styrke, økt lagring av fett og bindevev i skjelettmuskulaturen, tap av benmasse og redusert balanseevne (Hunter, McCarthy & Bamman, 2004; Lexell, Frändin & Helbostad, 2009; Lohne-Seiler & Langhammer, 2018; Mckendry, Breen, Shad & Greig, 2018). Forskning viser at muskelstyrken etter fylte 50 år kan reduseres med 12-15% per 10 år, og at man kan miste hele 30-40% fra alderen 50-80 år (Hunter et al., 2004). Aldersrelatert muskeltap, sarkopeni, er en av grunnene til dette, og skjer blant annet som følge av tap av forhornsceller i ryggmargen og redusert nerveforsyning (Hunter et al., 2004; Lexell et al. 2009). Det kan videre resultere i tap

av muskelfibre og redusert størrelse på gjenværende fibre. Det gjelder i hovedsak type 2-fibre og er muligens årsaken til den reduserte evnen til å utvikle eksplosiv kraft ved økende alder (Helbostad, Granbo & Østerås, 2011; Hunter et al. 2004; Lexell et al. 2009). Reduksjonen i muskelmasse og -styrke fører igjen til forandringer i aktivitetsevne, for eksempel gangevne, og reduksjonen av benmasse øker risikoen for osteoporose og brudd ved fallulykker (Lexell et al., 2009). Andre faktorer som har negativ innvirkning på aldringsprosessen er sykdom og inaktivitet (Hunter et al. 2004). Det er kjent at det kan være store forskjeller i fysisk funksjon hos aktive og inaktive eldre, og at fysisk aktivitet og trening gjennom livsløpet kan forebygge flere aldersrelaterte forandringer, samt fremme fysisk uavhengighet og livskvalitet (Mckendry et al., 2018; Solberg et al., 2013).

Aldring omhandler ikke bare de biologiske endringene, men også sosial aldring, som beskriver posisjoner og funksjoner individer har i sosiale systemer, samt roller og forventninger som knyttes til. Hvilken rolle man har, har mye og si for individets syn på seg selv og sin identitet. Sosiale roller forandres og øker gjerne i antall gjennom livet, før de igjen reduseres når man blir gammel. En av de tingene som er viktig for en positiv aldring, er fortsatt aktivitet innenfor de feltene som interesserer en person (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018).

5.2.3 Livskvalitet, selvstendighet og «aging in place»

Livskvalitet, slik det omtales av Folkehelseinstituttet, omhandler hvordan livet oppleves for den enkelte, og innebærer både positive følelser som glede og positiv fungering som mestring og mening. Den subjektive opplevelsen av livskvalitet kan være god til tross for sykdom, helseplager og andre belastninger. Opplevelsen av livskvalitet hos personer med samme type helseproblem kan variere, noe som blant annet skyldes mestringsevne (Folkehelseinstituttet, 2018b). Opprettholdelse av selvstendighet er en av faktorene som har mye og si for livskvalitet (Choi, Ransom & Wyllie, 2008), det gjelder også for eldre med langvarige smerter (Cederbom, Wågert, Söderlund & Söderbäck, 2014; Lexell et al., 2009). Andre faktorer som kan ha innvirkning på hvor livskvalitetsbelastende helseplager kan være er; personlighet, tilgang på ressurser som økonomi, praktisk hjelp, sosial og emosjonell støtte. Forskingen som omhandler livskvalitet hos eldre i Norge er begrenset, spesielt blant eldre over 75 år og de som bor på sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2018b).

«Aging in place» er et begrep som av «The Centers for Disease Control and Prevention» omtales som eldre som kan ha en livssituasjon der de trygt kan leve i sitt eget hjem, eller annet foretrukket sted, så lenge som mulig (Benefield & Holtzclaw, 2014). Der de

får muligheten til å være uavhengig uansett alder, økonomi og funksjonsnivå. Tilrettelegging for «aging in place» innebærer blant annet at helsevesenet må ha et behandlingsfokus som tar sikte på å fremme og vedlikeholde helse, samt forsikrer sosial støtte og trygge omgivelser. I tillegg kreves det støtte fra familie, økonomiske ressurser og tilgang til sosiale ressurser i samfunnet. The World Health Organization (WHO) retter fokus mot mer enn bare fysiske krav for frisk og aktiv aldring. De ønsker å endre den sosiale holdningen, for å bygge et samfunn der eldre er respektert og verdsatt. Målet er ikke kun at eldre skal leve lengre, men leve med bedre funksjon og mindre sykdom (Benefield & Holtzclaw, 2014).

5.2.4 Sykehjem

Betegnelsen sykehjem ble innført i 1950, der hensikten med navnet var å signalisere en endring i funksjon. I tillegg til rene pleieoppgaver skulle man tilby aktivitetstiltak, og forholdene skulle legges til rette for å opprettholde og eventuelt bedre beboernes funksjon (Helbostad et al., 2011). I følge Pensjonistforbundet (u.å.) er sykehjem, slik det er i dag, for pasienter som krever mer helsefaglig innsats enn det som er praktisk mulig eller forsvarlig å yte i pasientens eget hjem, men som heller ikke behøver og skje på et sykehus. Det er en del av kommunehelsetjenesten og en helseinstitusjon som gir pasienter heldøgns opphold, behandling og pleie (Braut, 2018). I 2017 var omtrent 42 000 eldre fra 67 år og oppover registrert som beboer på sykehjem, hvorav 30 845 av disse hadde langtidsopphold (Pensjonistforbundet, u.å.).

Fremtidens sykehjem og omsorgsboliger bør i følge Omsorg 2020 utformes for å møte behovene til morgendagens brukere. Det gjelder både brukere som skal dit for å leve sine siste dager, og andre som skal leve et langt liv der. Noen krever ro og mye rom rundt seg, andre har et stort behov for fellesskap. Det krever et mangfold av boformer med flere ulike løsninger for å dekke brukernes behov. Fremtidens sykehjem ser ikke ut som et tradisjonelt sykehjem med store avdelinger, like rom i hver etasje og lange korridorer. De vil ha en mer fleksibel utforming og ligne på mer fullverdige boliger. Omsorgsboliger bygges sammen og blir brukt både som supplement og alternativ til sykehjem. I følge Omsorg 2020 vil Regjeringen derfor satse milliarder på modernisering av eldre sykehjem og omsorgsboliger. Det fremmes også et stort behov for vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk, samt økt oppmerksomhet på brukerens sosiale, ekstenielle og kulturelle behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Med sykehjemsreformen i 1988 forsvant regelverket som tidligere hadde sørget for at sykehjem var pliktige å ha fysioterapilokaler. Kravet til fysioterapitjeneste var hjemlet i lov om kommunehelsetjeneste og tilsa at eldre på sykehjem hadde samme rettigheter til

fysioterapi som eldre som bodde i egen bolig. Oppgavene til fysioterapeuten gikk fra å være mer individrettede og i egne fysioterapilokaler, til en retning av mer fysioterapi inne i avdeling hvor veiledning og samarbeid med personal ble mer vanlig. Terskelen for å tilkalle fysioterapeuten som ikke lengre holdt til i samme bygg ble høyere (Helbostad, 2011). I følge Helbostad et al. (2011) er det behov for større grad av tverrfaglig tilnærming til sykehjemsbeboere. Det er også behov for faglig omstilling og heving av det faglige nivået. For å sikre bærekraftige og gode tjenester understreker Omsorg 2020 behovet for å øke andelen kompetent personell og flere med helse- og sosialfaglig utdanning, universitets- og høgskoleutdanning, samt skape større faglig bredde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

5.3 Smerter

Smerter kan defineres som akutte eller langvarige, der akutte smerter omtales som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med reel eller potensiell vevsskade, eller som oppleves som vevsskade (Chapman, Tuckett & Song, 2008; Crofford, 2015). Langvarige smerter defineres som smerter som vedvarer etter tre måneder, eller smerter som varer lengre enn forventet helingstid (Baliki & Apkarian, 2015).

5.3.1 Smerter før og nå

Århunderer før Jesu fødsel ble smerter sett på som en straff fra gudene, under middelalderen ble det tolket som rensende for sjelen, og noe som førte til frelse og adgang til paradiset etter livet på jorden. I 1664 presenterte den franske filosofen René Descartes stimulus-respons modellen, en mekanisk modell for smertetransmisjon som også er kalt «The hard wired system». Modellen presenterte en passiv overføring av signaler fra skadested, gjennom en hul nerve og opp til hjernen for å varsle om fare (Rustøen & Wahl, 2008). På 1890-tallet kom Blix og von Frey med «spesifisitetsteorien» som innebar at smerte og berøring registreres av ulike spesifikke sensoriske nerver i huden. Goldscheider kom senere med sin «intensitetsteori» eller «summasjonsteori» som skilte seg ut fra «spesifisitetsteorien» ved at den fremstilte det som at signalene sendes gjennom samme nerver, der intensiteten avgjorde om stimuli oppleves som smerter eller berøring (Rustøen & Wahl, 2008). På 1960-tallet ble smerte fortsatt sett på som et varselsystem, der smerte var et tegn på skade eller sykdom i kroppsvev (Petty, 2014). Etter hvert utfordret kliniske observasjoner denne teorien. For eksempel pasienter som var utsatt for ulykker og kjente lite eller ingen smerte til tross for tydelige skader, der smerter oppstod minutter eller timer etter de ankom akuttmottak eller

legevakt (Melzack & Wall, 1988). På 1960-tallet kom Melzack & Wall med «the pain gate theory». En ny teori som innebar at signaler fra periferien kunne blokkeres eller reduseres på ryggmargsnivå gjennom ufarlige stimuli som for eksempel berøring, der signaler fra A-beta fibre inhiberer signaler fra A-delta og C-fibre. Senere har det vist seg at «the pain gate theory» ikke kan forklare alle kliniske senarioer, deriblant hvorfor noen pasienter opplever intense smerter ved kun lett berøring, og hvorfor andre ikke føler smerter før lenge etter skaden har skjedd (Petty, 2014; Rustøen & Wahl, 2008).

I dag er kunnskapen om nevrofysiologien rundt smerter betraktelig utvidet. A-delta og C-fibre omtales som nociceptorer. Nociceptorer er spesialiserte reseptorer i hud, ledd, muskulatur og indre organer, som aktiveres av stimuli som potensielt kan føre til vevsskade eller som vil kunne føre til vevsskade dersom stimuli vedvarer. Slike stimuli kan være termiske, mekaniske eller kjemiske. A-delta fibre er myeliniserte og leder signaler raskere enn de umyeliniserte C-fibre. Aktiveringsterskelen på A-delta og C-fibre er høyere enn A-beta fibre, som er fibre som reagerer på uskadelige stimuli som lett berøring, vibrering eller lett strekk. Nociceptorene har også ulik grad av aktivering, og kommer av at aksonenes endeforgreininger har ulike reseptorproteiner og ionekanaler. Ved vevsskade aktiveres nociceptorer som følge av en rekke kjemiske stoffer som frisettes av de skadede cellene. De kjemiske stoffene fremkaller depolarisering av nerveterminalen, som videre skaper et reseptorpotensial. Blir reseptorpotensialet stort nok, vil det utløse aksjonspotensial som videre ledes gjennom flertallige nerver og inn til ryggmargens dorsalhorn der det dannes synapser med nevroner som sender signaler videre til hjernestammen og hjernen (Basabaum, Bautista, Scherrer & Julius, 2009; Chapman et al., 2008; Petty, 2014). Noen av de kjemiske stoffene fører også til sensitivisering av reseptorer i skadet og nærliggende vev, noe som gjør at terskelen for aktivering reduseres og mengden aksjonspotensialer øker. Det resulterer i at stimuli som vanligvis er smertefull blir mer smertefullt. En slik lokal sensitivisering som følge av vevsskade, omtales som primær hyperalgesi (Brodal, 2005).

5.3.2 Langvarige smerter

I tilfeller der smertene går over til å bli langvarige, har det skjedd en mer omfattende form for sensitivisering (Brodal, 2017; Crofford, 2015), blant annet som følge av endringer i smerteinhibisjon (Ung et al., 2014). Dyrestudier gjort over de siste 30 årene har vist at det innebærer en reorganisering av afferente signaler i tillegg til endret sensitivitet i nociceptorer (Baliki & Apkarian, 2015). Det er også vist betydelige reorganiseringer i menneskehjernen (Apkarian, Hashmi & Baliki, 2011). Endringen i smerteinhibisjon skjer som følge av at

internevroneer på ryggmargsnivå dør. Internevronene aktiveres vanligvis av nedadgående baner og blokkerer eller reduserer nociceptive signaler for å forhindre de fra å nå opp til hjernen. I tillegg har det blitt observert «sprouting» av A-beta fibre inn i områder hvor vanligvis A-delta og C-fibre danner synapser. Dette medfører at selv lett berøring eller trykk misforstås og kan oppfattes som nociceptiv informasjon som igjen kan føre til smerte. Ved noen tilfeller lar ikke smertens intensitet og varighet seg forklare av anatomiske og biokjemiske prosesser alene. Smerte er en følelse som produseres i hjernen, og om smerter føles, samt intensiteten av det, avhenger også av hvordan personen mottar og oppfatter situasjonen. Det anses ikke lenger for å være noe målbart, men heller en subjektiv og multidimensjonal opplevelse (Crofford, 2015).

Langvarige smerter er komplekst og det har lenge vært kjent at man må se på flere faktorer for å få en bedre forståelse av hva det innebærer. Brodal påpeker at man må skille mellom persepsjon av smerte og meningen pasienten tilskriver den. Dette for å forklare hvorfor samme type vevsskade kan føre til sentral sensitivisering hos noen, men ikke hos andre. Intensitet og opplevelse av smerte påvirkes i stor grad av den subjektive forståelsen av konteksten den oppstår i. Han poengterer videre at man i tillegg til perifere mekanismer og plastisitet i dorsalhornet, må ta hensyn til kognitive og emosjonelle faktorer, som sosial kontekst, tidligere erfaringer, forventninger og tankesett. Dette for å forklare hvorfor samme type vevsskade kan føre til sentral sensitivisering hos noen, men ikke hos andre (Brodal, 2017).

5.3.3 Eldre og smerter

En studie gjennomført av Wranger, Rennemark og Berglund (2016) viser at i alt 54,8 % av 1402 inkluderte i studien rapporterte smerter, der 64,5 % av disse var kvinner. Kvinner rapporterte signifikant mer smerter i rygg enn menn, men mest rapportert var smerter i beina. Andre studier viser at smerteplager hos eldre gjerne er knyttet til sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, spesielt artroser og ryggplager. Slike smerteplager kan føre til en rekke uheldige utfall; økt bevegelsesfrykt i frykt for at smertene skal forverres, redusert sosial deltakelse, depresjon, angst, søvnvansker og dårligere appetitt (Folkehelseinstituttet, 2018b; Molton I. R. & Terrill A. L., 2014). Smerter er også assosiert med innskrenket mobilitet, gange- og balansevansker, samt frykt for å falle. En global meta-analyse gjennomført av Stubbs et al. i 2014 viste at smerter var assosiert med 56 % økt risiko for fall blant eldre (Stubbs et al., 2014).

Aktivitetsbegrensning som følge av disse faktorene vil ikke være hensiktsmessig, da det kan føre til at smerteproblematikken varer lengre, samt funksjonstap som følge av redusert fysisk aktivitet. Daglige gjøremål vil bli vanskeligere å gjennomføre enn tidligere, og den eldre kan oppleve at den reduserte selvstendigheten gir en generelt dårligere livskvalitet (Fancourt & Steptoe, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018a; Makris et al., 2014; Molton & Terrill, 2014; Reid et al., 2015). Flere eldre velger å heller prøve og tilpasse seg smertene ved å begrense fysiske og sosiale aktiviteter fremfor å søke behandling. Det kan også komme av, i tillegg til at det sees på noe som forventes med aldring, frykt for diagnostiske konsekvenser som negativ sykdomsprogresjon, tap av selvstendighet, frykt for å ikke bli trodd, og at man ikke ønsker å være en byrde. Ulempen med en slik underrapportering smerter kan være forsinket oppstart av diagnostisering og behandling av plagene (Molton & Terrill, 2014). Det er behov for mer, og sikrere, kunnskap både nasjonalt og internasjonalt når det gjelder eldre med langvarige smerter (Folkehelseinstituttet, 2018a).

5.3.4 Opplevelse og forståelse av smerter

Opplevelse defineres som en persons subjektive erfaring, og henger sammen med ytre sansepåvirkning (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser, motivasjon og annet (Kennair, 2016). Persepsjon er et begrep som innen kognitiv psykologi brukes for å gi en forklaring på hvordan en fortolker ulike situasjoner man befinner seg i. Dette innebærer at man bevisst oppfatter og gir mening til sanseintrykk, basert på blant annet tidligere erfaringer, sinnsstemning, kontekst og miljø, i tillegg til forventningene til hva som skal skje. Hvordan man fortolker situasjonen man er i, er sentralt for hvordan smerte oppfattes og forstås, og hvordan motivasjonen er for å takle det (Brodal, 2017; Ekeland, Iversen, Nordhelle & Ohnstad, 2012). Hvordan smerter oppleves og føles, varierer fra person til person og avhenger også av slike multidimensjonale faktorer. Selve forståelsen av smerter kan være ukorrekt, da man kan tro at smertene kommer av en revnet menisk, der årsaken viser seg å være noe annet (Brodal, 2017). Opplevelsen av smerter derimot, er en følelse som i likhet med andre følelser, for eksempel kløe, har en kroppslig lokalisasjon og kan eksistere uavhengig av om den er påført eller ikke. Om smerten føles, samt intensiteten av den, avhenger av hvordan personen opplever situasjonen smerten oppstår i. Det må med andre ord skilles mellom lokalisasjonen av årsaken til smertene og lokalisasjonen av selve smerten (Brodal, 2017). Et godt eksempel er refererte smerter, som oppleves å komme fra andre steder enn selve årsaken til smertene. Smertene føles akkurat slik de blir beskrevet, årsaken til smertene derimot, kan være lokalisert et annet sted (Brodal, 2017).

Når det gjelder eldre sin forståelse og opplevelse av smerter, viser en studie av Collis & Waterfield (2015) at det nødvendigvis ikke er slik at smerter har negativ innvirkning på eldre med langvarige smerter. I studien kom det frem at samtlige sin smerteforståelse var preget av at smerte ble sett på noe som var forventet med aldring. De godtok til en viss grad at de var der, men det var samtidig viktig at smertene ikke hindret dem fra å gjøre det de ønsket i hverdagen og at de kunne opprettholde selvstendighet og fysisk aktivitet til tross for smertene (Collis & Waterfield, 2015).

5.3.5 Psykososiale aspekter ved smerter

Mange forstår plagene sine ut fra en biomedisinsk forklaringsmodell, der smerter oppfattes som at en del av kroppen er skadet (Waddell & Schoene, 2004). Smertefulle opplevelser under aktivitet som oppfattes som truende, kan føre til katastrofetanker om at lignende aktiviteter kan føre til økte smerter eller re-skade. De som har slike katastrofetanker, har større sannsynlighet for å utvikle bevegelsesfrykt og unngåelsesadferd (Larsson, 2016), som i litteraturen ofte omtales som «fear-avoidance» (Waddell & Schoene, 2004). Det innebærer at man unngår å bruke kroppsdelene som oppleves som smertefull, på bakgrunn av at man tidligere har erfart hva som reproducerer smerter. Her er det viktig å påpeke at man gjerne er bekymret for hva som kan hende og ikke hva som faktisk skjer (Brodal, 2017).

Bevegelsesfrykt har vist seg å påvirke utviklingen av langvarige smerter i den generelle befolkningen. Når det gjelder forekomst og utvikling av bevegelsesfrykt blant eldre er forskningen mangelfull. Det samme gjelder hvilken innvirkning bevegelsesfrykt har på langvarige smerter (Larsson, 2016). Det man vet er at det på sikt vil føre til redusert fysisk aktivitet, samt økt risiko for funksjonstap, sykdom og dødelighet. Økt kunnskap om bevegelsesfrykt og katastrofetanker hos eldre er derfor av stor betydning (Larsson, 2016).

Det er også vist at det sosiale miljøet kan ha innvirkning på utviklingen av langvarige smerter. Sosiale faktorer har mye og si for smerterelatert humør, og kan innebære både positive og negative aspekter. De som opplever sosial støtte har større sannsynlighet for å delta mer sosialt, forbedre mestringsresponsen og utvikle positive følelser. De som opplever sosiale vanskeligheter vil ha mer negative følelsesmessige tilstander som igjen kan forverre smerteopplevelsen. En viktig faktor når det gjelder sosial støtte for pasienter med langvarige smerter, er at kvaliteten på det sosiale nettverk er viktigere enn kvantiteten (Sturgeon & Zautra, 2016).

5.4 Skrøpelighet

Skrøpelighet kjennetegnes ved redusert muskelstyrke og kondisjon, redusert energinivå, økt tretthet, vekttap og lav fysisk aktivitet. Det er flere og sammensatte årsaker som fører til skrøpelighet, deriblant aldring, inaktivitet, dårlig ernæring, sykdommer og skader. Det er en tilstand som ofte rammer eldre, og medfører at de fysiologiske reservene i kroppen reduseres, der motstandskraften mot relativt små påkjenninger blir dårligere (Folkehelseinstituttet, 2018b). Studier viser sammenheng mellom skrøpelighet og smerter, der graden av smerter ser ut til å innvirke på graden av skrøpelighet. Smertene og negative aspekter ved smerteopplevelsen skaper økt sårbarhet for utvikling og forverring av skrøpelighet, noe som kan komme av at eldre med smerter er mindre fysisk aktive, har dårligere fysisk funksjon og er mer utsatt for sykdom enn de som ikke opplever smerter (Wade et al., 2017).

Forebyggende tiltak som vektlegges for å motvirke at eldre blir skrøpelige, mer hjelpetrengende og får reduserte leveutsikter er; fysisk aktivitet, god ernæring, medisinske tiltak, psykologisk og sosial støtte. Forskningen på forekomsten av skrøpelighet i Norge er også mangelfull (Folkehelseinstituttet, 2018b; Folkehelseinstituttet, 2019).

5.5 Behandlingstiltak

Behandlingsmetoder har i lengre tid vært farget av en biomedisinsk forklaringsmodell, som ser på sykdom og plager i sammenheng med vevsskade fra et anatomisk, biomekanisk og patoanatomisk perspektiv. Det gjør at plagene forklares og behandles ut fra et vevsperspektiv der friskt og skadet vev sammenlignes, der man ser på mekaniske avvik i forhold til forventet bevegelsesmønster (Louw, Zimney, Puentedura & Diener, 2016). I senere tid tyder forskning på at fokuset bør skifte mer over til den biopsykososiale modellen, en modell som søker helhetsforståelse gjennom å se kroppen som et subjekt og bære av mening. Modellen vektlegger pasientens plager i sammenheng med nåværende sosiale-, økonomiske- og emosjonelle status, samt opplevelse av plagene og hvordan de påvirker pasientens hverdag (De Luca et al., 2015; Haugli & Finset, 2002; Waddell & Schoene, 2004).

Både den biomedisinske- og biopsykososiale modellen har hatt konsekvenser for hvordan eldre pasienter med langvarige smerter har blitt møtt av helsepersonell. Hos eldre opptrer langvarige smerter vanligvis sammen med flere komorbiditeter, noe som begrenser behandlingsoptionene. Håndtering av smertene blir mer kompliserte, blant annet på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer som fører til endret absorpsjon av medikamenter, sensoriske og kognitive endringer, gange- og balanseforstyrrelser, samt nyre-, lunge-, hjerte- og karsykdommer (Reid et al., 2015). Forskning viser også til en mangel på standardiserte

smertevurderingsverktøy som ser på eldre med langvarige smerter sin forståelse av smertene (De Luca et al., 2015).

Eldre med langvarige smerter blir på grunnlag av dette ofte underdiagnostisert og får lite effektiv behandling i helsevesenet (Cederbom et al., 2019; Collis & Waterfield, 2015; Molton & Terrill, 2014). Det er ønskelig og rekommandert at eldre pasienter med langvarige smerter bør gjennomgå en omfattende smertevurdering som ser på hvilken grad smertene påvirker hverdagslig aktivitet og sosial deltakelse, hvilke kunnskaper og holdninger den eldre har om smerter, forventninger og mål med behandling, sykdomshistorikk, medisinbruk, samt samle informasjon fra nær familie og helsepersonell om den eldre (Reid et al., 2015). Dette setter krav til at helsepersonell tilpasser seg og sørger for og ha de rette ferdighetene og kunnskapene for å kunne levere effektiv og god behandling (Abdulla et al., 2013).

Et økende antall studier har evaluert medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder for langvarige smerter blant eldre, men flere studier har begrensninger. Deriblant er flere studier gjort over kort tid (12 uker eller mindre), der få studier sier noe om den langvarige effekten av behandlinger. De mangler også variasjon i studiepopulasjon, samt at en stor andel av de som er med er under 80 år og uten mye komorbiditet (Reid et al., 2015). Sykehjemsetaten i Oslo gjennomførte et omfattende legemiddelsprosjekt på sykehjem i Oslo i perioden 2011 til 2014. De jobbet systematisk med gjennomgang av legemidlene pasientene fikk, der de reduserte blant annet bruken av sovemidler, antidepressiva, vanndrivende legemidler og blodfortynnende midler, men tok i bruk mer smertestillende. Samtidig ble det satt i gang flere alternative miljøtiltak som sosiale sammenkomster, kulturtiltak og fysisk aktivitet. Prosjektet førte til at sykehjemsbeboerne fikk et bedre liv med økt overskudd og bedre livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

5.5.1 Ikke-medikamentelle tiltak

Bekymringer rundt medikamentelle bivirkninger samt usikkerhet rundt interaksjoner mellom medisiner gjør at interessen for ikke-medikamentelle tiltak for eldre med smerter er økende (Abdulla et al., 2013; Makris et al., 2014). Slike tiltak kan være kognitiv adferdsterapi og trening med fokus på styrke, fleksibilitet, utholdenhet og balanse. Begge er veletablerte behandlingsmetoder for langvarige smerter (Abdulla et al., 2013; Makris et al., 2014), og vil belyses nærmere i denne studien.

5.5.1.1 *Fysisk aktivitet og trening*

Det er store forskjeller i fysisk funksjon mellom aktive og inaktive eldre, der trening kan være med på å forebygge en rekke aldersrelaterte forandringer (Solberg et al., 2013), samt bidra til å opprettholde en høy grad av selvstendighet (Lexell et al., 2009). Treningsintervensjoner for eldre med langvarige smerter er evidensbasert, men underutnyttet og bør være en sentral del av enhver langsiktig behandlingsplan (Makris et al., 2014; Reid et al., 2015). Regelmessig fysisk aktivitet gjennom trening som inneholder elementer som balanse, fleksibilitet, utholdenhet og styrke anbefales (Makris et al., 2014; Reid et al., 2015).

Styrketrening, definert som trening med vekter eller mot gradvis økende belastning, er et av de forebyggende og behandlende tiltakene som har vist god effekt gjennom en rekke studier. Der selv eldre over 90 års alder har hatt en styrkeøkning på mellom 50 og 200 prosent (Hunter et al., 2004; Solberg et al., 2013). I 2013 publiserte Solberg et al. en studie der de blant annet så på effekten av tradisjonell- og funksjonell styrketrening på muskelmasse, -styrke, funksjon og velvære hos eldre. Resultatene viste at gruppene som trente tradisjonell- og funksjonell styrke hadde lik økning i styrke og fysisk funksjon (Solberg et al., 2013). Dette er et betydningsfullt funn for, da det tyder på at pasienter som ikke ønsker eller har mulighet til å trene tradisjonell styrketrening også kan ta i bruk utstyr de har tilgjengelig i sitt eget hjem for å trene funksjonell styrketrening. Dette kan for mange være med på å senke terskelen for å gjennomføre trening oftere (Solberg et al., 2013). Med en økende eldre befolkning er det viktig å identifisere effektive treningsprogrammer som er enkle og administrere, der det stilles mindre krav til fasiliteter, utstyr og instruktører enn det gjøres i for eksempel tradisjonell styrketrening (Solberg et al., 2013). Forskning viser imidlertid at det er en begrenset oversikt over optimale treningsprogrammer tilpasset eldre (Hunter et al., 2004; Solberg et al., 2013).

5.5.1.2 *Holdninger til fysisk aktiv*

Det er vist at eldre med langvarige smerter er mindre fysisk aktive enn eldre uten smerter (Stubbs et al., 2013). Eldres holdninger til fysisk aktivitet har mye å si for aktivitetsnivået deres, men også dette er et område der forskningen er mangelfull (Rasianho, Hirvensalo, Leinonen, Lintunen & Rantanen, 2007). En studie gjennomført av Rasianho et. al (2007) hadde som hensikt å undersøke hva eldre med ulike mobilitetsbegrensninger så på som motivasjonsfaktorer og barrierer for å være i fysisk aktivitet. Resultatene viste at de med svært begrenset mobilitet kom med flere argumenter for å ikke trene enn de med bedre mobilitet, deriblant; dårlig helse, negative erfaringer, mangel på selskap, upassende miljø, frykt for å falle, skader, mangel på energi, smerter og frykt for smerter. Motivasjonsfaktorer

som kom frem var sykdomshåndtering, helsefremming og sosial kontakt ble sett på som spesielt viktige (Rasianho et. al, 2007).

Studier understreker viktigheten av at helsepersonell blir mer oppmerksomme på hvilke råd som gis, eller ikke gis, i forhold til fysisk aktivitet blant eldre, da det kan gi store utslag på hvor aktive de er i hverdagen (Hirvensalo, Heikkinen, Lintunen & Rantanen, 2005; Rasianho et. al, 2007). Manglende råd eller advarsler mot aktivitet kan føre til at den eldre blir for forsiktig, selv i moderate aktiviteter i dagliglivet. Det kan også føre til at familiemedlemmer forsterker den negative holdningen rundt aktivitet gjennom at de for eksempel tar over huslige oppgaver, da de tror det fjerner potensielle risikoer. Slike holdninger er ikke hensiktsmessige, og vil sannsynligvis gjøre at den eldre blir mindre aktiv (Hirvensalo et al., 2005). Flere land understreker et behov for strategier som kan øke eldres deltakelse i fysisk aktivitet. Økte kunnskaper om hvilke motivasjonsfaktorer og barrierer som blir rapportert, kan være til hjelp for helsepersonell slik at de kan fremme fysisk aktivitet blant eldre. Faktorer som blir sett på som svært viktige er at leger og annet helsepersonell gir råd om å være i mer fysisk aktivitet, betrygger og gir veiledning individuelt (Rasianho, 2007).

5.5.1.3 «*Explain pain*» og kognitiv adferdsterapi

«*Explain Pain*» (EP) refererer til en rekke undervisningsintervensjoner der målet er å redusere smerter gjennom økt forståelse for hva smerter faktisk er, hvilken funksjon smerter har, samt øke forståelsen for biologiske prosesser som er underliggende for smertene. EP er ikke et sett med teknikker, men tar sikte på å rekonseptualisere smerter gjennom blant annet å utfordre eksisterende kunnskap. Det gjøres ved å se på nevrovitenskapelige forklaringer på hva smerte er og hvorfor det vedvarer, samt hvilke faktorer som kan spille inn (Moseley & Butler, 2015). Evidensbasen for EP vokser fort, men har ikke vist at EP kan anbefales og brukes som eneste behandlingsmetode for pasienter med langvarige smerter. Dette er heller ikke målet med modellen, da den bør brukes sammen med andre behandlingsmetoder i en multidimensjonal tilnærming til pasientgruppen. Videre trengs det større og mer omfattende studier som ser på bruken av EP sammen med andre behandlingsmetoder (Moseley & Butler, 2015).

Kognitiv adferdsterapi (KAT) brukes for å øke pasientens kontroll over smertene ved å fokusere på hvordan pasientens tro, holdninger og atferd innvirker på smertene, samt viktigheten av at pasienten selv tar kontroll og tilpasser seg smertene (Reid et al., 2015). Både EP og KAT ser på sammenhengen mellom miljø, kognisjon, tanker, følelser og smerter. Det som skiller modellene er at KAT gjerne tar sikte på å takle smertene fremfor behandling. Litteratur som omhandler KAT viser til at smerter er uunngåelig og at man derfor må prøve

og lære seg å leve med de (Moseley & Butler, 2015). En slik behandlingsmetode er for lite brukt blant eldre med langvarige smerter, til tross for at forskning viser til signifikante forbedringer i smerter og funksjon hos eldre som tar i bruk kognitiv adferdsterapi i tillegg til trening (Reid et al., 2015). Bakgrunnen for at det er lite brukt blant eldre på for eksempel sykehjem, kan være at intervensjonen både krever gode kunnskaper hos helsepersonell og tid (Abdulla et al., 2013).

5.5.1.4 Tiltak basert på adferdsmedisinsk teori – behavioral medicine intervention in physiotherapy (BMPI)

BMPI er en individuelt tilpasset intervensjon, basert på den biopsykososiale modellen og kognitive adferdsteorier, med hensikt å redusere smerterelatert funksjonsnedsettelse og endre smerteadferd (frykt for å falle, bevegelsesfrykt og katastrofetanker). Fysisk aktivitet og trening tas i bruk som tiltak for å øke pasienters evne til og utføre hverdagslige aktiviteter som kan være vanskelig å gjennomføre eller vedlikeholde. Det kan for eksempel være å kunne gå trygt i trapp uten at knesmertene øker, gjøre husholdningsaktiviteter uten å forverre korsryggsmerter, eller gå lengre avstander uten økte smerter. I tillegg ønsker intervensjonen og bidra til funksjonsbedring og økt helserelatert livskvalitet (Cederbom, Denison & Bergland, 2017).

I starten av behandlingsforløpet brukes en funksjonell adferdsanalyse for å identifisere hvilke hverdagslige aktiviteter som er vanskelige og utføre eller viktig å vedlikeholde. Analysen er basert på et konsept om at adferd styres av konsekvensen av adferden. Derfor kartlegges også deltakernes personlige fysiske-, kognitive- og sosiale egenskaper, samt adferd. I tillegg må de tenke over hva kort- og langtidseffekten kan bli dersom de ikke endrer adferd. Videre tilpasses øvelser individuelt, der antall og intensitet avgjøres med hensyn til deltakernes ønsker. Øvelsene vil være progredierende ettersom deltakernes ytelse og helsetilstand bedres. Underveis i intervensjonen får deltakerne tilsyn av en fysioterapeut, som blant annet fokuserer på å styrke mestringsevne i relasjon til adferdsmålet, samt redusere frykt for å falle, katastrofetanker og bevegelsesfrykt (Cederbom, Denison & Bergland, 2017).

Cederbom et al. (2019) så på hvordan eldre med langvarige smerter opplever og erfarer deltakelse i en hjemmebasert intervensjon av denne typen. Resultatene viste at deltakerne likte at det var øvelser som kunne utføres der de ønsket, og oppfølging og støtte fra fysioterapeut underveis ble sett på som svært viktig. De opplevde å bli mer selvstendige når det gjaldt gjennomføring av fysisk aktivitet og trening, de mestret hverdagslige aktiviteter

bedre, de opplevde reduksjon av smerter, samt at de taklet de gjenværende smertene bedre (Cederbom et al., 2019).

5.6 Samfunnsøkonomiske konsekvenser

At den eldre befolkningen øker og lever lengre, kan i mange tilfeller bety flere år med dårlig helse og avhengighet (Abdulla et al., 2013; Benefield & Holtzclaw, 2014; Lee, Lau, Meijer & Hu, 2020). Redusert fysisk funksjon og evne til å ta vare på seg selv medfører høye kostnader både for den enkelte, for nær familie og for samfunnet. Samfunnsmessige utgifter til den friske og selvhjulpne eldre er relativt beskjeden, men utgiftene til uføre eldre er betydelig høyere (Folkehelseinstituttet, 2018b). En svensk studie estimerer en kostnad på over 1 billion euro på eldre over 65 år med langvarige smerter årlig (Bernfort, Gerdle, Rahmqvist, Husberg & Levin, 2015). Hvis neste generasjon eldre har samme fysiske funksjonsevne som eldre voksne i dag, estimeres det at kostnadene for offentlig finansiert eldreomsorg vil øke med 38%. Disse kostnadene kan imidlertid bli uendret, til og med reduseres, dersom den fysiske funksjonsevnen øker (Folkehelseinstituttet, 2018b).

I 2017 var omtrent 282 000 brukere av omsorgstjenester, og utgiftene for dette var på ca. 113,5 milliarder kroner. Halvparten av dette går til tjenester for hjemmeboende (Pensjonistforbundet, u.å.). Samtidig som det skjer en økning i antall eldre, reduseres antallet barn og ungdom, noe som øker forsørgerbyrden (Pensjonistforbundet, u.å.). Forsørgerbyrden vil si antallet personer i yrkesaktiv alder 18-69 år, fordelt på personer over 70 år og barn og ungdom 0-17 år. Dersom det i takt med den forventede levealderen, er flere eldre med bedre fysisk funksjon, vil det være en større andel av den eldre befolkningen som er i stand til å arbeide enn i dag. Dette vil kunne øke skatteinntektene, samt dempe den såkalte forsørgerbyrden (Pensjonistforbundet, u.å.). Det er også anslått at ett års utvidet arbeidsdeltakelse for alle nordmenn som er 50 år eller eldre, vil føre til en årlig økonomisk vekst på 28-30 milliarder kroner (Folkehelseinstituttet, 2018b).

6.0 Metode

På bakgrunn av problemstillingen er det valgt å ta i bruk kvalitativ metode i form av semistrukturerte dybdeintervjuer. Kvalitativ metode anvendes for å gå i dybden på sosiale fenomener, samt få en økt forståelse gjennom å samle inn utfyllende data om personer eller situasjoner sett i lys av den konteksten de inngår i (Thagaard, 2013). Et semistrukturert dybdeintervju søker å forstå informantenes livsverden gjennom å innhente informantenes egne beskrivelser av hvordan de opplever, erfarer og reflekterer rundt deres hverdag med langvarige smerter, for å videre forsøke og fortolke meningen med det som blir sagt og måten det blir sagt på (Kvale & Brinkmann, 2010). Videre følger mer utdypende beskrivelser av metoden, samt fremgangsmåten som ble brukt for å komme frem til resultatene.

6.1 Utvalg og rekruttering

Thagaard, Kvale og Brinkmann hevder at det bør gjøres et strategisk utvalg av informanter, noe som innebærer at utvalget bør baseres på informanter som innehar de egenskaper og kvalifikasjoner som egner seg best til å besvare den aktuelle problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2010; Thagaard, 2013). I denne studien ble følgende inklusjonskriterier satt opp; vedvarende smerter over tre måneder, bodd i omsorgsbolig eller sykehjem i minst tre måneder, over 65 år, samtykkekompetent, samt forstår og snakker norsk. Eksklusjonskriteriene var demens og kognitiv svikt.

En kontaktperson hadde ansvaret for å innhente informanter på bakgrunn av det Thagaard beskriver som et tilgjengeligjutsutvalg, basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Aktuelle informanter fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 1), som var utarbeidet i henhold til NSD sine gjeldende retningslinjer. Informasjonsskrivet inneholdt beskrivelser av studiens overordnede formål, at det ville gjøres lydopptak av intervjuet, at transkripsjonen av intervjuet ville anonymiseres, at lydfilen ville slettes kort tid etter studiens slutt, samt at deltakelsen var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg uten og oppgi noen grunn (Kvale & Brinkmann, 2010; Thagaard, 2013).

6.2 Semistrukturert dybdeintervju

Det kvalitative forskningsintervju har få forhåndsstrukturerte eller standardiserte prosedyrer for hvordan det skal utføres, der flere metodologiske beslutninger fattes underveis i selve intervjuet. At intervjuene er semistrukturerte betyr at de kan ha likheter med den hverdagslige

samtalen, men involverer samtidig en bestemt metode og spørreteknikk der det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. Strukturen i et slikt intervju bestemmes av en intervjuguide som inneholder bestemte temaer den som intervjuer skal innom, samt forslag til spørsmål innenfor hvert tema. Det innebærer at intervjuer står delvis fritt til å formulere nye spørsmål underveis slik at informantene kan komme med eventuelle bekreftelser eller mer utdypende beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2010).

Selve intervjuet bør ha en kort innledning der intervjuer gjentar formålet med intervjuet og åpner opp for at informantene kan stille spørsmål før intervjuet settes i gang (Kvale & Brinkmann, 2010). Videre bør intervjuer ha klart for seg et introduksjonsspørsmål som er utformet slik at det fremmer spontane og innholdsrike beskrivelser der informantene selv kan beskrive det de opplever som hoveddimensjonene ved temaet (Kvale & Brinkmann, 2010). Underveis i intervjuet bør det legges vekt på åpne spørsmål, aktiv lytting i form av bekreftende uttrykk, samt repetisjon av det informantene forteller. Det kan bidra til at det informantene forteller blir forstått riktig, samt legge til rette for mer utfyllende svar. I følge Thagaard vil denne måten å intervju på kunne fremme en fin flyt i samtalen, samt skape en bedre relasjon mellom intervjuer og informant (2013). Intervjuene bør rundes av med at intervjuer nevner noen av hovedpunktene som kom frem under intervjuene, der informantene får muligheten til å komme med respons og rette opp i eventuelle misforståelser. I tillegg vil informantene kunne få en siste mulighet til å komme med ytterligere tanker og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2010).

6.3 Transkribering

Etter at datamaterialet er samlet inn, vil intervjuene transkriberes gjennom at undertegnede lytter til lydfilene og skriver ordrett ned det som blir sagt.

6.4 Planlagt analyse

Analysen er planlagt å gjennomføres med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering slik det er beskrevet av Kirsti Malterud i «Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag» (Malterud, 2018). Systematisk tekstkondensering består av fire trinn, som omhandler å skaffe seg et helhetsinntrykk, identifisere sitater, sortere i koder og rekontekstualisere materiale.

Første trinn tar sikte på å bli kjent med materialet, ved at det transkriberte teksten gjennomgås med fokus på å skaffe seg et helhetsinntrykk der forforståelse,

kunnskapsgrunnlag og tolkning blir forsøkt lagt til side. Etter at teksten er gjennomgått flere ganger, oppsummeres det transkriberte materialet gjennom relevante temaer (Malterud, 2018).

I trinn to skal først tekst som blir sett på som irrelevant for å belyse problemstillingen skilles ut. Deretter starter en begynnende dekontekstualisering, som innebærer at deler av stoffet blir tatt ut av sin sammenheng og satt sammen med andre elementer i materialet som omhandler det samme. Det gjør at materialet kan miste den betydningen det har i resultatet, men bidrar til at man kan hente ut elementer som angår flere enn akkurat den informant materialet presenterer. Stoffet som hentes ut er sitater, eller meningsbærende enheter, som kan belyse temaene som kommer frem tidligere i prosessen (Malterud, 2018). Videre starter en systematisering i form av koder. Hensikten er å samle materiale som har sammenheng med temaene som kom frem i første trinn, og klassifisere teksten som har noe til felles gjennom disse kodene (Malterud, 2018).

På tredje trinn fortsetter dekontekstualiseringen gjennom at innholdet sorteres og kodene blir endret til grupper med meningsbærende enheter. Hver kode kan deles inn i to-tre subgrupper som skal presentere relevante nyanser av problemstillingen. Videre skal det innenfor hver subgruppe lages et såkalt kondensat, et kunstig sitat som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene ved å omgjøre dem til en mer generell form. Der flere meningsbærende enheter sier omtrent det samme, brukes den som best beskriver de beslektede tekstene. Målet med denne delen av analysen er å sammenfatte og gjenfortelle innholdet med tydelige spor av informantenes bruk av ord og begreper (Malterud, 2018).

I fjerde og siste trinn gjennomføres en rekontekstualisering, der alt blir sett i sammenheng med den konteksten det er trukket ut fra, i tillegg til at funnene sammenfattes i form av fortolkende synteser der det lages en analytisk tekst for hver kode og subgruppe. Den analytiske teksten bør gjenfortelle og formidle fellestrekk med variasjoner fra flere historier. Til slutt gjennomføres rekontekstualiseringen, der alt sees i sammenheng med transkriberingen av intervjuene og lydfilene, samt at alle trinn av analysen gjennomgås. Dette gjøres for å forsikre at resultatet gir en gyldig beskrivelse sammenlignet med materialet (Malterud, 2018).

6.5 Prosedyre

6.5.1 Rekruttering av informanter

Rekrutteringsprosessen startet i mai -19 der undertegnede var i kontakt med ulike omsorgsboliger og sykehjem. I løpet av prosessen har flere omsorgsboliger og sykehjem gitt tilbakemelding om at beboerne var for syke eller hadde kognitiv svikt og demens, samt at flere kontaktpersoner har måttet trekke seg av ulike grunner. I starten av oktober -19 ble en ny kontaktperson rekruttert, og rekrutteringsprosessen startet umiddelbart.

Med bakgrunn i inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble beboere på langtidsavdelinger på sykehjem og omsorgsbolig invitert til å delta i studien. Aktuelle informanter fikk utdelt informasjonsskriv og skrev under på samtykkeskjema før innhenting av materiale startet. Rekrutteringsprosessen tok omtrent tre måneder, der kontaktpersonen uttrykket at det var vanskelig å finne aktuelle informanter, da flertallet av beboerne var i for dårlig fysisk form, eller ble ekskludert på bakgrunn av kriteriene. Til slutt var fire av fem aktuelle personer tilgjengelige for intervju, siste som var aktuell ønsket ikke å delta. Tre av informantene var kvinner og en var mann, med et aldersspenn på 86-97 år. Tre av informantene bodde på sykehjem og en i omsorgsbolig. På bakgrunn av at det underveis i et av intervjuene kom frem at informanten hadde bodd på sykehjemmet i tre uker, ble det besluttet å endre inklusjonskriteriet fra minimum tre måneder til tre uker. Bakgrunnen var at informanten likevel kom med gode og utfyllende beskrivelser som ble sett på som nyttig i studien. Endringen av inklusjonskriteriene gjorde ikke at flere informanter var aktuelle i studien.

6.5.2 Intervju

Intervjuene ble gjennomført på informantenes rom, varte mellom 27-55 minutter og ble tatt opp på en diktafonapp som overførte lydopptaket direkte til TSD. Før intervjuene startet, gjentok intervjuer hensikten med studien og spurte om informantene hadde spørsmål. Samtlige intervjuer ble så innledet med åpningsspørsmålet; «Kan du fortelle om hvordan du har det i hverdagen?», der intervjuer stilte oppfølgingsspørsmål på det informantene valgte å fortelle om. Videre ble det tatt utgangspunkt i intervjuguiden, som inneholdt fem hovedtema, der hvert tema hadde forslag til mulige oppfølgingsspørsmål (Vedlegg 2). For å holde oversikt ble det krysset av for hvilke hovedtema og oppfølgingsspørsmål som ble dekt underveis. Det ble vektlagt å gå dypere inn i og stille oppfølgingsspørsmål rundt det informantene valgte å trekke frem når det gjaldt deres hverdag. Når det gjelder opplevelse og forståelse av langvarige smerter, ble det først stilt åpne spørsmål, før intervjuer gikk videre med litt mer

lukkede oppfølgingsspørsmål. For eksempel når det var snakk om smerter og hvordan de håndteres i hverdagen, stilte intervjuer spørsmålet; «Er det noe du skulle ønske du kunne gjøre, som du ikke får gjort i hverdagen?». Når en informant fortalte at den hadde fått behandling for smertene, spurte intervjuer: «Hvilken type behandling?».

Slik det ble beskrevet tidligere, forsøkte intervjuer å vektlegge åpne spørsmål i den grad det gikk, bruke aktiv lytting i form av bekreftende uttrykk som «mm» og non-verbal kommunikasjon som å nikke, i tillegg til at det informantene sa ble repetert for å forsikre at det ble forstått rett. Underveis i intervjuet ble det som ble tolket som hovedpunkter i intervjuet trukket frem og fremstilt med intervjuer sine egne ord for informanten. Informantene kom da med respons på om de var enige eller ikke, samt rettet opp eventuelle feil. I samtlige intervjuer førte dette til at informantene kom med ytterligere og gode refleksjoner rundt temaet. Når det ble nådd en metning der samme temaer ble gjentatt flere ganger og det virket som at samtalen ikke gav ytterligere informasjon om temaet, ble det etterhvert besluttet å runde av.

6.5.3 Transkribering

Intervjuene ble transkribert gjennom at undertegnede spilte av lydfilene i intervaller på inntil 10 sekunder, der pauser, bisetninger, fyllord og andre verbale uttrykk ble inkludert. For å sikre at alt ble tatt med, spiltes samme intervall av flere ganger. I denne studien ble det valgt å oversette dialekt over til bokmål, dette for å forenkle forståelsen av materialet (Tjora, 2012). Transkripsjonen av de fire intervjuene resulterte i 35 sider datamateriale.

6.5.4 Analyse

Analysearbeidet var en omfattende prosess der hvert trinn er gjennomgått flere ganger, både for hvert intervju hver for seg og for alle intervjuene samlet. For å forenkle forståelsen for hvordan analyseprosessen er gjennomført, viser Tabell 1 gjennomføringen av analyse på ett av intervjuene. Videre viser Tabell 2 endringene som ble gjort da alle intervjuene ble analysert samlet.

Tabell 1 - Oversikt over gjennomføringen av analyse på et av intervjuene.

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3
Tema:	Hverdagen	Hverdagen
Sykehjemmet	Sykehjemmet	<i>Oppbygging</i>
Smerter og plager	Familie	
Familie	Tirsdagstrim	<i>Positive faktorer</i>
Bevegelsesfrykt	Det sosiale	
Smerteopplevelse	Smerter og plager	<i>Mindre positive faktorer og ønsker</i>
Det sosiale	Bevegelsesfrykt	
Tirsdagstrim	Smerteopplevelse	
Behandling	Behandling	Smertehåndtering
Ønsker	Ønsker og meninger	<i>Type</i>
Tidligere reiser		
De andre beboerne		<i>Opplevelse og forståelse</i>
		<i>Håndtering</i>

I første trinn ble til sammen 22 tema sett på som relevante for å oppsummere materialet til et av intervjuene. I trinn to ble først tekst som var tematisert med blant annet; tidligere reiser og personlige historier om de andre beboerne ekskludert. Videre ble sitater tatt ut av sin sammenheng og sortert inn under de ulike temaene. Et eksempel på et sitat som ble brukt for å belyse temaet «tirsdagstrim» er;

Vi sitter i ring, mange gamle og alt. Så starter vi med å blåse opp ballongen. Og så kaster hun den, så slår vi den til hverandre. Det er ordentlig show, ballshow.

Materialet ble videre systematisert i form av koder slik det er vist under trinn 2 i Tabell 1. Etter gjennomgang, vurdering og tolkning kom undertegnede i trinn tre frem til to hovedkoder som kunne brukes som et godt grunnlag for å belyse problemstillingen (Tabell 1). Det ble besluttet å avvente med å omgjøre alle kodene til kunstige sitater frem til alle intervjuene var samlet. Enkelte koder ble likevel omgjort for erfaringen sin del, gjennom at meningsbærende enheter ble kondensert. For eksempel ble sitatet «Nå i hverdagen» brukt for å beskrive materialet under hovedkoden «hverdagen». Sitatene under hver hovedkode ble også sortert inn i subgrupper, der subgruppene under «Nå i hverdagen» ble; «oppbygging», «positive

faktorer», og «mindre positive faktorer og ønsker». Der følgende kondensat ble brukt for å beskrive subgruppen «positive faktorer»;

«Det er ingenting og klage på, ikke tale om. Jeg har kommet så langt, er såpas gammel at. Når man får komme hit og være her, så vil jeg jo si at det er virkelig flott».

I fjerde trinn ble alt av materiale sett i sammenheng med den konteksten det kom fra, gjennom at lydfiler, transkripsjoner og de ulike stegene av analysen ble gjennomgått.

Da analysene var gjennomgått på samtlige intervjuer hver for seg, fortsatte den ved at alle intervjuene ble samlet og trinn 2-4 gjennomført på nytt. Det ble da gjort noen endringer på koder og subkoder, samt at disse ble omgjort til sitater som kunne belyse kodene (Tabell 2). Videre ble det laget kunstige sitater og analytiske tekster innenfor for hver kode, disse vil presenteres under resultater.

Tabell 2 - Viser videre analyse, samt endringer som ble gjort da alle intervjuene ble analysert samlet.

Trinn 2	Trinn 3
Hverdagen <i>Det sosiale</i> <i>Selvstendighet</i>	Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt <i>Noen å prate med</i> <i>Man må bare se sannheten i øynene, at man ikke klarer</i>
Smerter og plager <i>Opplevelse og forståelse</i> <i>Behandling</i>	Hver middagstid begynner det å verke <i>Det er fortvilelse, det er sikkert</i> <i>Det skal bli en lettelse når smertene gir seg</i>
Takknemlighet	Men sånn er livet, et pust i sivet

6.6 *Metodekritikk*

6.6.1 *Reliabilitet*

Reliabilitet brukes i utgangspunktet om repliserbarhet - om en annen forsker som bruker samme metode vil komme frem til samme resultater. Det kan være vanskelig å oppnå i kvalitative studier, da forskeren ikke vil opptre og formulere seg på samme måte i møte med ulike informanter, heller ikke med samme informant på ulike tidspunkt (Thagaard, 2009). Når det gjelder reliabilitet i kvalitativ forskning, kan det stilles spørsmål om hvor pålitelige resultatene er (Kvale & Brinkmann, 2010), der reliabiliteten styrkes gjennom at forskeren gjør godt rede for fremgangsmåten i prosjektet (Thagaard, 2009). I denne studien kan reliabiliteten være styrket av at jeg brukte tiden før oppstart av intervju til å sette meg inn i relevant forskning og metode, som gjorde at jeg følte meg godt forberedt og bedre rustet til både intervju og analyse. Det er kun undertegnede som har utført intervjuene. Oppfølgingsspørsmål og repetisjon ble mye brukt, for å forsikre at det informantene fortalte ble tolket riktig. Når det gjelder gjennomføring av transkribering og analyse, er det gjort forsøk på å beskrive det grundig. Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker, noe som har bidratt til styrket troverdighet, da jeg har transkribert så nøyaktig som mulig i etterkant og forholdt meg til det informantene sa ordrett i analysen. I tillegg har veileder Sara Cederbom gjennomgått analysen for å se om også hun var enig i gjennomføringen, noe hun var. Det Thagaard betegner som teoretisk gjennomsiktighet er også forsøkt gjort rede for gjennom undertegnedes teoretiske ståsted og forforståelse beskrevet i 1.1 (2009). Det representerer grunnlaget for fremgangsmåten og valg som er tatt underveis i studien.

6.6.2 *Validitet*

Validitet vil si hvorvidt studien undersøker det den er ment å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2010), og kan styrkes gjennom at forskeren tydeliggjør grunnlaget for fortolkninger som er gjort. Det kan gjøres ved å redegjøre for de ulike delene av analyseprosessen og hvordan den gir grunnlag for resultatene, slik det er beskrevet i 6.5. Min forforståelse og faglige ståsted som fysioterapeut, slik det er beskrevet i 1.1, er grunnlaget for hvordan studien er bygd opp, gjennomført og presentert. Mitt kunnskapsgrunnlag og mine erfaringer innen smertefeltet og pasientgruppen eldre, har også vært med på å danne grunnlaget for intervjuguiden og hvilken type spørsmål som ble stilt. Erfaringen og forforståelsen min på feltet kan ha bidratt til at jeg i større grad kunne sette meg inn i informantenes situasjon og at jeg stilte mer relevante

spørsmål. På en annen side kan det ha begrenset muligheten for å være åpen for perspektiver som forskere med andre bakgrunner kunne hatt.

Det ble dessverre ikke gjennomført prøveintervju, noe som gjorde at jeg gikk glipp av muligheten til å øve meg på å formulere spørsmål, samt få innspill som kunne ha hjulpet meg med å videreutvikle og forbedre intervjuguiden. Måten spørsmålene ble formulert på, kan ha begrenset kvaliteten på datamateriale, på grunn av begrenset erfaring med intervju. Mer åpne spørsmål og andre formuleringer kunne potensielt bidratt til at informantene kom med mer utfyllende svar som ville gitt et fyldigere materiale. I etterkant av intervjuene så jeg for eksempel at informantene i liten grad kom med utfyllende svar når det gjaldt deres forståelse av smerter, noe som kunne komme av mine formuleringer av spørsmål rundt temaet.

Det er også viktig å trekke frem at flere informanter potensielt kunne bidratt til at materialet ble fyldigere og mer nyansert, samtidig viser analysen av de fire intervjuene at beskrivelsene informantene gav, var overensstemmende. Når det gjelder presentasjonen av materialet, er det bygd på forskerens fortolkning av informantenes forståelse av sine erfaringer (Thagaard, 2009). Selvfølgelig som preger informantenes fremstilling er derfor forsøkt tatt vare på så godt som mulig. Det er forsøkt gjennom de- og rekontekstualisering av materialet, der blant annet lydopptakene av intervjuene er gjennomgått flere ganger i løpet av prosessen.

6.6.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om i hvilken grad studien kan være relevant i andre sammenhenger enn denne (Kvale & Brinkmann, 2010). Kvale & Brinkmann snakker om analytisk generaliserbarhet, som betyr at funn i en studie kan brukes som rettleiding i en annen lignende situasjon (2010). Rekrutteringsprosessen tok lang tid, der flere aktuelle kontaktpersoner gav tilbakemelding om at beboerne på sykehjemmet og omsorgsboligen hadde for dårlig fysisk- eller kognitiv funksjon til å fylle kriteriene for studien. På bakgrunn av det, er det viktig å understreke at de fire informantene i denne studien antageligvis er i det øvre sjiktet når det gjelder fysisk- og kognitiv status blant beboere på sykehjem og omsorgsbolig. Det kan begrense muligheten for analytisk generalisering av studiens funn, da de ikke er gyldig for alle eldre som bor på sykehjem og omsorgsboliger i Norge. Funnene kan likevel være brukbare i andre relevante situasjoner, eller gi en idé om hvilke funn man kan komme frem til dersom en lik studie utføres på et større utvalg (Kvale & Brinkmann, 2010). Kjønnfordelingen i utvalget kan være representativt, da begge kjønn er inkludert og flertallet er kvinner.

6.7 Etiske vurderinger

Studien ble før oppstart meldt inn til REK og NSD, samt at det ble fylt ut ROS-analyse og søkt om bruker i TSD (4.0). I samsvar med etiske retningslinjer for forskningsprosjekter (Kvale & Brinkmann, 2010; Thagaard, 2013), fikk informantene utdelt informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 1) fra kontaktperson i forkant av intervjuene. For å opprettholde informantenes anonymitet og unngå negative konsekvenser knyttet til deling av personlige opplysninger, ble det gjort en rekke tiltak; opplysninger som kunne identifisere informantene ble utelukket fra alt av prosjektmateriale, bortsett fra samtykkeskjema som ble oppbevart innelåst på et sikkert sted under prosjektet. Lydopptak av intervjuene ble sendt i kryptert form direkte til TSD etter opptak. Det er relativt liten sannsynlighet at noen skal få tak i dataene, da det krever at man logger inn med totrinns sertifisering; med en kode som endrer seg hvert 40. sekund og passord, inn på et område som kun undertegnede har tilgang til. Transkribering av intervju ble lagret på privat pc, men inneholder ingen personopplysninger eller materiale som gjør at informantene lett vil kunne gjenkjennes.

7.0 Resultat

7.1 Informanter

Informant 1 har tidligere vært veldig glad i håndarbeid og strikking, men forteller at hun har kommet bort fra det nå, uten at hun vet hvorfor. Hun har tidligere likt og holde på med husarbeid, men helsen sviktet etterhvert og sønnen måtte overta. Hun har vært plaget med smerter i korsryggen i flere år, hun har benskjørhet og har vært plaget med smerter selv når hun har ligget i sengen. Hun forteller at hun har blitt dårligere til beins og bruker rullator i forflytning, da hun ikke tør og gå noen steder uten den. Nå bor hun på sykehjem der hun har eget rom med bad, og et rom med seng, to stoler, tv og noen bilder.

Informant 2 har tidligere brukt å dra på kafè med venner, men måtte slutte på grunn av ulike plager. Hun forteller at hun brakk armen for tre år siden og i ettertid har måttet lære seg og bruke venstre arm. Hun fikk stomi, hadde brudd i ryggen, har KOLS med tungpust og hoste, brokk og ser bare 32 % på et av øynene. Hun går med rullator og må av og til sitte i rullestol på grunn av tungpust. Hun legger også til at hun er i godt humør til tross for plagene og smertene.

Informant 3 forteller at hun har vært en sosial dame før hun kom i omsorgsbolig. Hun har også vært flink med håndarbeid og glad i å strikke, men hun klarte det ikke mer da hun har blitt svak og har smerter i hendene. Hun sier flere ganger at hun ikke har smerter, men etterhvert kommer hun inn på smerter som kommer av leddgikt, brudd i kneet, og i tærne. Hun sitter i rullestol og kommer seg rundt på rommet på egenhånd, ellers sier hun at hun må ha hjelp til alt fra forflytning inn og ut av seng, og toalett. Hun forteller at hun av og til går litt sammen med personalet i korridoren. Informant 3 bor i omsorgsbolig og har en liten kjøkkenkrok, egen stue med sofa, to lenestoler, reoler med bøker og pynt, soverom for seg selv og bad. Før intervjuet starter, setter hun frem kaffekopp og småkaker til undertegnede.

Informant 4 har vært vandt med å ha mye og holde på med, både i og utenfor jobb, der han er kjent flere steder for sin gode matproduksjon. Han møter flere under tirsdagstreningen som kjenner han igjen, men det er ikke alltid han husker dem, da han har møtt så mange gjennom årene han jobbet. Nå er han plaget med magesmerter, et svakt venstre bein og smerter i tærne. Han setter stor pris på at han får mye besøk av familien og spesielt kona som han savner veldig og bo sammen med.

7.2 Presentasjon av materiale

Analysen resulterte til slutt i de to hovedkategoriene; «Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt» og «Jeg har smerter bestandig». Disse, sammen med subkategoriene vist i Tabell 3, vil være styrende for oppsettet i presentasjonen av materialet. Presentasjonen av materialet vil bestå av analytiske tekster og kunstige sitater. De analytiske tekstene gjenforteller og formidler fellestrekk med variasjoner fra flere historier, og de kunstige sitatene inneholder konkret innhold fra sitater, men omgjort til mer generell form med tydelige spor av informantenes bruk av ord og begreper (Malterud, 2018).

Tabell 3 – Viser oversikt over hoved- og subkategoriene materialet vil presenteres gjennom.

Hovedkategori	Subkategori
«Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt»	«Noen å prate med»
	«Man må bare se sannheten i øynene, at man ikke klarer»
«Jeg har smerter bestandig»	«Jeg trodde jeg skulle dø på stuegulvet, så vondt var det»
	«Jeg får høre med legen hva den sier»

7.2.1 «Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt»

Hverdagen består som regel av faste rutiner, der informantene står opp og stiller seg, får servert måltider og drikker kaffe til samme tidspunkt hver dag. Samtlige sitter litt ute i fellesområdet og ser på tv sammen med andre beboere. Noen trekker seg også inn på rommet, hvor de leser, strikker eller har kontakt med familie.

7.2.1.1 «Noen å prate med»

Samtlige trekker frem hvor viktig det sosiale er for dem, der besøk og kontakt med familie og venner er spesielt viktig. Flere har familiemedlemmer som er viktige omsorgspersoner og som

ofte er på besøk og sørger for at informantene har det bra. Tre av dem har mistet sine ektefeller, den mannlige informanten synes det er tøft å måtte bo borte fra kona. En av informantene omtaler de andre beboerne som en familie, da hun kjenner mange av dem fra før. Hun har også mye kontakt med barn og barnebarn via sosiale medier, der hun får tilsendt bilder og video.

Jeg er jo herfra, så jeg har besøk av familien tidt og ofte. Det er veldig viktig at jeg har barna mine og at jeg har kontakt med dem. De som bor andre steder ringer ofte, og sender bilder og video på ipad, det er jo veldig koselig.

Hver tirsdag er det felles gruppetrening for alle beboerne, der en fysioterapeut kommer og har treningsøvelser for dem. Informantene ser det som et stort lyspunkt. De trekker spesielt frem at samlingen er sosial da de møter flere kjente fra andre avdelinger av sykehjemmet, de får rørt på kroppen og at det er gøy.

Den er ganske moro! Vi sitter i ring, mange kjente og trivelige folk. Vi gjør de øvelsene vi makter, og jeg prøver å være med så godt jeg kan. Fysioterapeuten kaster ballongen, så slår vi den til hverandre. Det er ordentlig show, ballshow! Det er kjempekoselig, det er helt sikkert.

Når de ikke har besøk eller er på tirsdagstrening, opplever flere at dagene blir langsomme. Tiden går sakte og det er ikke stort annet å gjøre enn å se på tv. En gang iblant kommer noen og synger for dem, det liker de godt. Flere av informantene trekker spesielt frem at de savner og ha noen og prate med, andre enn personalet. De opplever de andre beboerne som syke og at de for det meste holder seg på rommene sine. De nevner også at det kunne vært gøy med bingo.

Det er så lite prat i disse folkene, de har ikke noe å fortelle. De er jo fra ulike steder, både herfra og derfra, så jeg kjenner dem jo ikke så godt. Ei sitter bare og sover, og så er det ei som er litt sånn våken i støytene. Det skulle vært noen som hadde litt og fortelle om, men det er ikke det. De drikker kaffe klokken fire, så går det en liten stund før de forsvinner fra bordet.

Noen er mye dårligere enn meg, så de kommer ikke frem engang, de ligger bare i ro på rommene sine. Det blir lange stunder innimellom, og da er det den sørgelige tvn å sitte og se på.

7.2.1.2 «Man må bare se sannheten i øynene, at man ikke klarer»

Samtlige skildrer livet slik det var før de flyttet til sykehjem eller omsorgsbolig. De kunne utfolde seg slik de ville og hadde en hverdag de var fortrolig til og tilfreds med; de kunne gjøre alt selv, var sosiale og aktive. Aldringsprosessen, sykdommer og plager gjorde etterhvert at de ikke klarte seg selv hjemme, og måtte flytte til sykehjem eller omsorgsbolig. Et sted som for mange forbindes med tap av selvstendighet, der funksjonstap begrenser hva de klarer på egenhånd og de er redde for og falle. I tillegg må de forholde seg til og tilpasse seg retningslinjer gitt av personalet på sykehjemmet eller omsorgsboligen. Samtlige uttrykker stor takknemlighet for hjelpen de får av personalet, men noen trekker også frem at de får litt mer hjelp enn de selv ønsker.

Man savner jo hjemmetilværelsen, hjemme gjorde man jo alt selv. Du vet, nå begynner man å bli så gammel. Her må jeg være ferdig og ha lagt meg klokken ni, da får jeg sånn gitter for sengen. Så ligger jeg der til klokken ni om morgenen. Jeg skulle ønske at jeg kunne få vært litt mer selvstendig men. Når man har kommet i en slik situasjon, så er det ikke stort å gjøre. Man må bare se sannheten i øynene, at man ikke klarer mer. Det er jo mange som sier det, det er ikke stort man skulle ha sagt; når man ikke klarer mer, så klarer man ikke mer.

Noen av informantene bruker uttrykket «fastlåst» om hvordan de føler at deres fysiske funksjon begrenser hvor mye de kan være i aktivitet. Alle savner å være i mer aktivitet, der de fleste forteller at de kun får gå når personalet har anledning, noe som ikke skjer hver dag. En av informantene synes det blir spesielt vanskelig når hun må på toalettet, og personalet ikke alltid kommer med en gang. Hun skynder seg til slutt på egenhånd, selv om hun har falt flere ganger tidligere. En annen forteller at hun ikke tørr og gå alene fordi det kan gå ut over personalet hvis hun skulle falle og skade seg.

Mest av alt skulle jeg ønske at jeg kunne røre meg litt mer. Jeg må jo bevege meg, jeg kan ikke bare sitte. Men jeg har fått streng beskjed om at jeg ikke skal gå alene, for da kan jeg falle, og det er deres ansvar. De vil helst være sammen med meg, de mener at det er de som får kjeft hvis jeg skulle falle og slå meg. Det er jo sånn man ikke vet, plutselig svikter beina. Man må jo bare venne seg til det, det er jo dem det går utover. Så jeg vil ikke gjøre noe galt.

7.2.1.3 «Det er ikke så mye igjen av livet nå, så det skal bare være sånn som det er»

Overgangen fra hjemmetilværelsen til å bo på sykehjem eller omsorgsbolig har krevd at informantene har måttet gjennomgå en omstillingsprosess. Det innebærer at de måtte tilpasse seg en ny hverdag, et nytt miljø med nye rutiner og retningslinjer. Informantene forteller at det ikke ville vært et bedre alternativ å bo hjemme, og uttrykker stor takknemlighet for at de har et sted å være, noen som kan ta vare på dem og at de er i bedre form enn mange av de andre på sykehjemmet. Flere sier at de ikke kan forlange stort mer når de er i en slik situasjon. De ønsker ikke å være utakknemlige, men uttrykker samtidig forsiktige ønsker om endringer eller ting de savner.

Jeg har blitt såpass gammel at jeg ikke kan forvente at det skal bli så mye bedre. Jeg må jo være glad for at jeg har det sånn som jeg har det i dag. Det er jo mange gamle som er syke og skrøpelige, som trenger mye hjelp. Heldigvis er jeg klar i hodet, og jeg har humøret mitt, det er veldig viktig. Noen ting kan jo bli litt bedre, så mye mer enn det vet jeg ikke. Jeg har ikke så store forhåpninger til livet nå.

7.2.2 «Jeg har smerter bestandig»

Informantene har hatt ulike smerteplager gjennom mange år, og de har varierende forståelser og opplevelser av smertene. Samtlige informanter har manglende forståelse for faktorer som kan ha innvirkning på langvarige smerter, samt kunnskaper om behandlingsalternativer og effekten av disse.

7.2.2.1 «Jeg trodde jeg skulle dø på stuegulvet, så vondt var det»

De uttrykker først at de er usikre på hva smertene kommer av, der tre av dem etterhvert forklarer at smertene kan komme av benskjørhet. Ën har akseptert at smertene er noe hun må leve med, og forklarer at smertene kommer av at hun har leddgikt og at de ikke plager henne så mye i hverdagen. En annen uttrykker også at smertene ikke hindrer henne fra å gjøre noe slik hverdagen er nå, da hun kan få hjelp til det meste.

Jeg har jo smerter når jeg får de, og det er bra vondt når det setter i, men de går jo over igjen. Smertene begrenset meg hjemme, men når man er på en sånn plass som dette, så gjør man jo ikke noe. Og jeg vet jo hva det er for noe, den der gikta kan du ikke gjøre noe med.

Samtlige er preget av ulik grad av bevegelsesfrykt og katastrofetanker. Spesielt en av informantene har dramatiske forestillinger om hva kroppen tåler og ikke, der hun blant annet kommer med beskrivelser som; det kjentes som at noen kuttet av meg beinet, armen kjennes ut som en tung stein. Det var så vondt at jeg trodde jeg skulle dø på stuegulvet.

Jeg tør ikke løfte eller bøye meg etter noe, for da blir jeg stående der og jeg vil ikke ha brudd i ryggen igjen. Jeg tørr ikke gå noen steder heller, fordi jeg er redd for at stomien skal sprekke. Kroppen er utslitt, så jeg må bare være forsiktig, Og det må jeg jo huske på hele tiden. Jeg har jo vondt bestandig, og kan bli irritert med hvert, rasende blir jeg.

7.2.2.2 «Jeg får høre med legen hva den sier»

Når det er snakk om behandling forteller samtlige om medisinbruk, og at de må vente og høre hva legen sier om videre bruk av medisiner. En av dem gleder seg til smertene gir seg, noe som tyder på manglende smerteforståelse når det gjelder langvarige smerter. Kun én av dem har tanker om hva den selv kan gjøre for å bli bedre, og forslaget som kommer frem er trening. En annen forteller at hun har hørt snakk om fysioterapeut, men at ingen har vært innom. Det som er gjentakende er at informantene snakker om helsepersonell som at det er deres ansvar for at de skal få behandling for smertene.

Jeg får medisiner for alt, en hel grøde om morgenen. Jeg vet ikke om det er 10, 12 eller 14 tabletter jeg får om dagen. Jeg får smertestillende om morgen og kveld, så har jeg smertepaster på ryggen. Det skal bli en lettelse når smertene gir seg. Medisinene er vell godt for noe, men ikke alt. Jeg er ikke akkurat sånt medisinmenneske, men jeg må jo bare hive det inn. Så får man se hvordan det går, om man kanskje kommer seg mer på beina. Jeg vet ikke hva som skal til, om det er trening eller. Jeg får høre med legen hva den sier.

8.0 Drøfting

Gjennom drøftingen vil resultatene, sett i lys av problemstillingen, diskuteres opp mot teori og annen forskning. På bakgrunn av informantenes opplevelse av og fokus på kroppen, vil resultatene først sees lys av kroppsfenomenologi. Videre vil hovedkategoriene være styrende, der kategorien «Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt» vil omhandle informantenes hverdag og hvordan den kan innvirke på smertene. «Jeg har smerter bestandig» handler om smerteforståelse og -opplevelse hos informantene, men også hos personalet og hvordan det kan innvirke på informantene. Hver av delene vil avslutningsvis drøfte hvilke indikasjoner funnene kan ha for smertebehandling.

8.1 Resultatene sett i lys av kroppsfenomenologi

Informantene opplever å komme i en situasjon der kroppen setter stopper for at de kan utfolde seg slik de har vært vant med tidligere. Kroppsfenomenologi vektlegger at kroppen i utgangspunktet ikke er i vårt aktive oppmerksomhetsfelt når den fungerer som den skal (Thornquist, 2018). Først når den ikke fungerer som den skal, bringes oppmerksomheten mot den, og den gjøres til objekt (Leder, 1990). Slik informantene beskriver kroppene sine gjennom intervjuene, tolkes det som at det har oppstått en konflikt i måten de ser på kroppene sine og de har utviklet en form for avstand til kroppen. Flere objektiviserer kroppen sin gjennom å sammenligne den med et maskineri som er utslitt etter et langt liv med arbeid og slit. Kroppsdeler sammenlignes med tunge steiner, og uttrykk som «fastlåst» brukes om hvordan de føler at deres nåværende fysiske funksjon begrenser hva de klarer i hverdagen. Det har oppstått en splittelse mellom kroppssubjektet og -objektet, der kroppen sees på som et hinder for deltakelse. Når en slik situasjon oppstår, utfordrer det deres oppfatning av seg selv, og det blir uunngåelig å gjøre kroppen til gjenstand for oppmerksomhet (Nortvedt & Grimen, 2004; Thornquist, 2018). Informantene opplever at det som en gang var strukturen i deres vanemessige kropp, nå er i endring og modifiseres til en ny måte å være i verden på. De må gjennomgå en prosess som innebærer at de må reorganisere sin livsverden, der de må utvikle en ny måte å forholde seg til sine omgivelser på. En prosess som for mange tydelig tar lang tid, spesielt når de har manglende forståelse for hva smerter er og hvordan de skal forstå ulike signaler fra kroppen.

Basert på funnene fra denne studien kan det være grunn til å tro at helsepersonell kan ha innvirkning på informantenes opplevelse og forståelse av egen kropp, gjennom at de for eksempel fraråder visse aktiviteter. Informantenes syn på at kroppen er utslitt og skjør kan ytterligere forsterkes gjennom at de må ta opp gitteret for sengen eller at de ikke får lov til å

gå alene, da de kan falle og skade seg. Informantene blir stadig bevisst eller ubevisst påmint om hvor skjøre kroppene deres er. Et viktig budskap som kan trekkes ut av denne sammenhengen, er viktigheten av å se hele mennesket. Som helsepersonell er det viktig å ikke bygge opp under pasienters betrakterforhold til kroppen som objekt, men stimulere til økt fokus på kroppen som subjekt (Thornquist, 2018). Man må kunne sette seg inn i pasientens situasjon og erfaringsverden, noe som innebærer å utforske hvilken forståelse og opplevelse de har rundt smertene sine. Det vil da kunne komme frem eventuelle sprik mellom pasientens og helsepersonell sin forståelse av plagene. Videre vil man, i tråd med den biopsykososiale modellen, kunne inkorporere psykososiale faktorer som forståelse og opplevelse, dersom disse ikke er en del av pasientens sykdomsbilde (Thomassen, 2006; Thornquist, 2018). Et viktig budskap av Thornquist er; «Hvordan vi som helsepersonell forholder oss til dem som er syke og har funksjonsproblemer, er avgjørende for hvordan de forholder seg til seg selv, sin kropp og andre mennesker og omgivelser (2018)». I stede for å forsterke tanken om at kroppen er skjør og at man må være forsiktig, bør det heller legges til rette for fysisk aktivitet gjennom å tilpasse omgivelsene, samt forsikre pasienter om at kroppen tåler mer enn man kanskje tror (Hirvensalo et al., 2005; Rasianho, 2007).

8.2 «Det er det som er dagens, det er rutiner nærsagt»

Opplevelse av smerter påvirkes i stor grad av den subjektive forståelsen av konteksten den oppstår i (Brodal, 2017), i dette tilfellet kan det være hvordan informantene opplever hverdagen på sykehjem og i omsorgsbolig. Informantene beskriver hverdagen som tidvis langsom, der det er lite som er med på å bidra til at fokus trekkes bort fra smertene. Gjennom intervjuene fremkommer spesielt tre områder som blir sett på som svært viktige for at informantene skal ha det bra i hverdagen; sosialt samvær, fysisk aktivitet, og selvstendighet. Mangelen på slike faktorer kan ha negative emosjonelle innvirkninger, noe man vet har innvirkning på selve opplevelsen av smerter (Brodal, 2017).

Mangelen på sosial kontakt går igjen hos samtlige, og de skulle gjerne hatt noen andre å snakke med enn personalet. Spesielt savner de å være sosial og omgås andre mennesker som er like dem selv. Noe som er vist å ha negativ innvirkning på smerteopplevelse (Sturgeon & Zautra, 2016). Informantene opplever også at de ikke får være så fysisk aktive eller så selvstendige som de selv ønsker. Samtlige informanter er i lite aktivitet utenom tirsdagstreningen og blir sittende store deler av dagen. Det bidrar faktisk til at smertene ikke oppleves som like begrensende hos noen, da de får hjelp til det meste og slipper å måtte gjøre ting selv. Funksjonstap og smerter gjør at de ikke har samme bevegelsesfrihet som tidligere.

Noen er redde for å falle, andre tørr ikke gå alene fordi personalet har gitt beskjed om at de ikke skal gå alene når personalet ikke er til stede. Det kan være lett å tenke at eliminering av risikofaktorer og tilrettelegging av omgivelser vil bidra til å redusere fall, hvis man tar den reduserte funksjonen og kjente bivirkninger av medikamenter i betraktning (Makris et al., 2015). Slike tiltak kan også ha u hensiktsmessig effekt, da fjerning av utfordringer i omgivelsene kan hindre eldre fra å bli stimulert til å opprettholde og bedre funksjonsnivået (Helbostad et al., 2011). Aktivitetsbegrensning vil kunne føre til forverring av skrøpelighet og smerter, daglige gjøremål kan bli vanskeligere å gjennomføre, og redusert selvstendighet kan resultere i generelt dårligere livskvalitet (Fancourt & Steptoe, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018a; Makris et al., 2014; Molton & Terrill, 2014; Reid et al., 2015; Wade et al., 2017).

En positiv opplevelse av sosialt samvær, fysisk aktivitet og selvstendighet derimot, er vist å kunne ha positiv innvirkning på smerter (Collis & Waterfield, 2015), samt på hvor livskvalitetsbelastende smertene kan oppleves (Cederbom et al., 2014; Choi et al., 2008; Collis & Waterfield, 2015; Folkehelseinstituttet 2018b; Lexell et al., 2009). Den av informantene som bor i omsorgsbolig, tolkes som at mestrer smertene sine best og har det best i hverdagen. Det er mulig at det er tilfeldig, eller det kan ha en sammenheng med at hun har en bosituasjon som i større grad er tilrettelagt for å fremme selvstendighet og sosialt samvær, i tråd med «aging in place» (Benefield & Holtzclaw, 2014), enn det informantene på sykehjemmet har. Hun har muligheten til å lage små måltider selv, servere venner og familie som kommer på besøk, hun har en egen liten stue som er innredet med personlige eiendeler, og hun har mulighet for overnatting. Andre faktorer som kan spille inn på informantens opplevelse av smerter er at hun er den eldste av dem og på mange måter har akseptert situasjonen. I følge henne selv er hun fornøyd og forventer ikke stort mer ut av siste del av livet – et eksempel på at den subjektive opplevelsen av livskvalitet kan være god, til tross for sykdom (Folkehelseinstituttet, 2018b). Det er funn som har likhetstrekk med teorien om gerotransendence, utviklet av gerontologen Lars Tornstam. En teori som beskriver en utvikling mot aksept og tilfredshet med det å bli eldre. Det innebærer blant annet at døden oppleves mindre truende, overfladiske sosiale relasjoner blir mindre interessante og man blir mindre opptatt av materielle ting (Lohne-Seiler & Langhammer, 2018).

Det kan være grunn til å tro at økt vektlegging av aktivisering både sosialt og fysisk, samt økt fokus på informantenes sosiale, ekstensielle og kulturelle behov, i tråd med Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), vil være gode tiltak også innen smertebehandling slik det også ble forsøkt av sykehjemsetaten i Oslo (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Funn fra denne studien er med på å vektlegge viktigheten av at

helsepersonell bør bli mer oppmerksom på hvilke råd som gis eller ikke gis, når det gjelder fysisk aktivitet blant eldre. Manglende råd eller advarsler mot aktivitet kan føre til at den eldre blir for forsiktig og sannsynligvis mindre aktiv (Hirvensalo et al., 2005; Rasanho et al., 2007), som igjen vil ha negativ innvirkning på fysisk funksjon, - uavhengighet, livskvalitet (Mckendry et al., 2018, Solberg et al., 2013).

Det er viktig for eldre med langvarige smerter å opprettholde evnen til og kunne utføre hverdagslige aktiviteter (Cederbom, Leveille & Bergland, 2019), der fysisk aktivitet er et viktig forebyggende tiltak for å styrke fysisk funksjon hos eldre med langvarige smerter (Cederbom et al., 2019), samt opprettholde selvstendighet og livskvalitet (Lexell et al., 2009). Denne typen tiltak er evidensbasert, men underutnyttet, og bør være en sentral del av enhver langsiktige behandlingsplan for denne pasientgruppen (Makris et al., 2014; Reid et al. 2015). Fysisk aktivitet og trening som tar sikte på å redusere smerterelatert funksjonsnedsettelse og endret smerteadferd (frykt for å falle, bevegelsesfrykt og katastrofetanker), slik det gjøres i bruk av BMPI (Cederbom et al., 2017), har vist god effekt på eldre med langvarige smerter (Cederbom et al., 2019). Målgruppen opplevde intervensjonen som positiv og meningsfull, og at de oppnådde økt selvstendighet i gjennomføring av aktivitet og trening, de mestret hverdagslige aktiviteter bedre, opplevde en reduksjon av smerter, samt at de mestret de gjenværende smertene bedre (Cederbom et al. 2019). Deltakelse i denne typen intervensjon kan også bidra til å «age in place» lengre (Cederbom et al., 2019).

8.3 «Jeg har smerter bestandig»

Funn viser at det er flere faktorer som spiller inn på informantenes opplevelse og forståelse av smertene sine. Deriblant tidligere erfaringer og hvilken konseptualisering av smerter personalet har og som blir overført til informantene både gjennom restriksjoner og valg av behandlingsmetoder. Informantenes opplevelse og forståelse av smertene preges i stor grad av en biomedisinsk tankegang, noe som innebærer at de ser en direkte sammenheng mellom smerter og vevsskade. Slik det blir fremstilt av informantene er smertene et resultat av et langt liv og at kroppene deres er utslitt. Den manglende smerteforståelsen har ført til katastrofetanker og bevegelsesfrykt, der redsel for ytterligere smerter og skade i stor grad hindrer dem fra å være aktive i hverdagen. Bakgrunnen for smerteforståelsen kan være at samtlige ikke kan huske å ha hatt smerter tidligere, som ikke har vært knyttet til fysiske traumer. I disse tilfellene har det antageligvis holdt med en biomedisinsk forklaringsmodell, da smertene gikk over etter tilhelet vevsskade.

Det kan tenkes at en forståelse som er forankret i den biomedisinske forklaringsmodellen ikke nødvendigvis er en ulempe, men at det antageligvis er lite passende når det fører til bevegelsesfrykt eller holdninger om at smertene vil gi seg, slik tilfellet er blant informantene. På bakgrunn av at hovedfokus innen behandling for disse informantene, slik det tolkes, er medikamenter og restriksjoner mot fysisk aktivitet, er det forståelig at konseptualiseringen av smerter blir overført til informantene og forsterker deres smerteforståelse. At smerter forklares ut fra en biomedisinsk forklaringsmodell kan i flere tilfeller være den rette måten å gjøre det på, da den kan bidra til en god forklaring i akutt fase (Waddel & Schoene, 2004). Den gir likevel ikke en fullstendig forklaring på hva som er med på å forme en persons opplevelse av smerter, samt hvorfor smerter kan vedvare selv etter tilhelet vevsskade. I det smertene går over til å bli langvarige, kan det antageligvis være vanskelig for pasienter å omstille seg til at smertene ikke nødvendigvis lengre skyldes vevsskade og at psykososiale faktorer spiller inn.

Når det gjelder hvilke indikasjoner for smertebehandling slike funn har, er det usikkert om inkorporering av den biopsykososiale modellen tidlig i forløpet vil kunne redusere risikoen for at smerter går over til å bli langvarige (Collis & Waterfields, 2015). Det anbefales likevel at helsepersonell forebygger slike tilfeller gjennom å kartlegge pasienters opplevelse av smerter, bevegelsesfrykt, hvordan smertene innvirker på pasientens hverdag, samt beroliger og informerer pasienter om viktigheten av å komme tilbake til et normalt bevegelsesmønster så snart som mulig (Brodal, 2017). Gitt at langvarige smerter er et resultat av en multidimensjonal opplevelse, bør også behandlingstilnærminger være basert på en biopsykososial modell (Cederbom et al., 2019)

Det er gjennomgående at mye ansvar legges på helsepersonell når det gjelder eldre med langvarige smerter, men forskningen som bør ligge til grunn for at det skal kunne leveres en effektiv og god behandling er mangelfull (Cederbom et al., 2019; De Luca et al., 2015; Fancourt & Steptoe, 2018; Molton & Terrill, 2014; Reid et al., 2015). I Omsorg 2020 understrekes det et behov for en økt andel kompetent personell med helse- og sosialfaglig utdanning, og universitets- og høyskoleutdanning, for å skape større faglig bredde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det krever først og fremst mer og sikrere kunnskap både nasjonalt og internasjonalt når det gjelder eldre med langvarige smerter (Folkehelseinstituttet, 2018a), der spesielt multimodale behandlingstilnærminger som inkluderer både medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder er ettertraktet (Fancourt & Steptoe, 2018; Makris et al., 2014; Reid et al., 2015).

9.0 Oppsummering og kliniske implikasjoner

I denne studien er det valgt å ta i bruk semistrukturerte dybdeintervjuer som et forsøk på å få et dypere innblikk i hvordan eldre med langvarige smerter opplever å leve med smertene, samt hvilke indikasjoner det kan ha for smertebehandling. Funnene viser at det er flere faktorer som spiller inn på informantenes opplevelse og forståelse av smertene sine. Både når det gjelder deres opplevelse av kroppen, hverdagen og hvordan hverdagen påvirker dem emosjonelt. Opplevelse av smerter påvirkes i stor grad av den subjektive forståelsen av konteksten den oppstår i, i dette tilfellet kan det være hvordan informantene opplever hverdagen på sykehjem og i omsorgsbolig. Spesielt sosialt samvær, fysisk aktivitet og selvstendighet trekkes frem som viktige faktorer for at informantene skal ha det godt i hverdagen, men i dette tilfellet er det faktorer informantene opplever at de mangler og ønsker mer av. Når det gjelder smerteopplevelse og -forståelse, tolkes det som at informantene har et biomedisinsk forståelsesgrunnlag og de beskriver opplevelser av bevegelsesfrykt og katastrofetanker. Denne forståelsen kan forsterkes av at informantene opplever at personalet begrenser fysisk aktivitet gjennom at de har gitt beskjed om at de ikke skal gå alene, må bruke sengegrind og får medisiner som behandling.

På bakgrunn av funnene i denne studien kan det være grunn til å tro at økt vektlegging av sosialt samvær, fysisk aktivitet og selvstendighet kan være et godt tiltak innen smertebehandling, noe som støttes av litteraturen. I tillegg sees det et behov for økt kunnskaps- og ferdighetsnivå blant helsepersonell, slik at eldre med langvarige smerter kan få en god og effektiv smertebehandling. Funnene i denne studien underbygger behovet for evidensbasert kunnskap om behandlingstilnæringer for eldre med langvarige smerter, som bygger på multimodale behandlingstilnæringer som bidrar til at de kan leve et aktivt og selvstendig liv med god livskvalitet.

10.0 Referanseliste

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg... : Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, A. M., Gaffin, J., Jones, D., ... & Schofield, P. (2013). Guidance on the management of pain in older people. *Age and ageing*, 42, 11-57.

Apkarian, A. V., Hashmi, J. A., & Baliki, M. N. (2011). Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*, 152(3 Suppl), 49-64.

Baliki, M., & Vania Apkarian, A. (2015). Nociception, pain, negative moods, and behavior selection. *Neuron*, 87(3), 474-491.

Basbaum, A. I., Bautista, D. M., Scherrer, G., Julius, D. (2009). Cellular and Molecular Mechanism of Pain. *Cell* 139(2), 267-284

Benefield, L. E., & Holtzclaw, B. J. (2014). Aging in place: merging desire with reality. *Nursing Clinics*, 49(2), 123-131.

Bernford, L., Gerdle, B., Rahmqvist, M., Husberg, M., & Levin, L. Å. (2015). Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden – impact on costs and quality of life. *Pain*, 156(3), 521-527.

Braut, A. S. (2018, 4. desember). Sykehjem. Hentet fra: <https://sml.snl.no/sykehjem>

Brodal, P. (2005). Smertens nevrobiologi. *TIDSSKRIFT-NORSKE LAEGEFORENING*, 125(17), 2370.

Brodal, P. A (2017) A neurobiologist's attempt to understand persistent pain, *Scandinavian journal of pain*, 15(1), 140-147.

Cederbom, S., Denison, E., & Bergland, A. (2017). A behavioral medicine intervention for community-dwelling older adults with chronic musculoskeletal pain: protocol for a randomized controlled trial. *Journal of pain research, 10*, 845.

Cederbom, S., Nortvedt, L. & Lillekroken, D. (2019). The perceptions of older adults living with chronic musculoskeletal pain about participating in an intervention based on behavioral medicine approach to physical therapy. *Physiotherapy theory and practice, 1-12*.

Cederbom, S., Leveille, S. G., & Bergland, A. (2019). Effects of a behavioral medicine intervention on pain, health, and behavior among community-dwelling older adults: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging, 14*, 1207.

Cederbom, S., Wågert, P. V. H., Söderlund, A., & Söderbäck, M. (2014). The importance of a daily rhythm in a supportive environment – promoting ability in activities in everyday life among older woman living alone with chronic pain. *Disability and rehabilitation, 36*(24), 20150-2058.

Chapman, C. R., Tuckett, R. P., & Song, C. W. (2008). Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine, and immune interactions. *The Journal of Pain, 9*(2), 122-145.

Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging and Mental health, 12*(5), 536-547.

Collis, D., & Waterfield, J. (2015). The understanding of pain by older adults who consider themselves to have aged successfully. *Musculoskeletal care, 13*(1), 19-30.

Crofford, L. J. (2015). Chronic pain: where the body meets the brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 126*, 167.

De Luca, K., Parkinson, L., Pollard, H., Byles, J., & Blyth, F. (2015). How is the experience of pain measured in older, community-dwelling people with osteoarthritis? A systematic review of the literature. *Rheumatology international*, 35(9), 1461-1472.

Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G., Ohnstad, A. (2012). *Psykologi for sosial- og helsefagene*. (2. utg). Oslo: Cappelen Damm AS.

Facebook, 2015. Hentet fra:

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=10153111638816875&set=a.10150975888001875&type=3&theater>

Fancourt, D., Steptoe, A. (2018). Physical and psychosocial factors in the prevention of chronic pain in older age. *The Journal of Pain*, 19(12), 1385-1391.

Folkehelseinstituttet. (2018a). *Langvarig smerte*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>

Folkehelseinstituttet. (2018b). *Helse hos eldre i Norge*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Folkehelseinstituttet. (2019). *Skrøpelighet hos eldre*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nyheter/2019/skroepelighet-hos-eldre/>

Haugli, L., & Finset, A. (2002). Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122(11), 1123-1125.

Helbostad, J. L., Granbo, R., Østerås, H. (2011). *Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020* Meld. St. 26 (2014–2015). Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>

Hirvensalo, M., Heikkinen, E., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2005). Recommendations for and warnings against physical activity given to older people by health care professionals. *Preventive Medicine, 41*(1), 342-347.

Hunter, G. R., McCarthy, J. P. & Bamman, M. M. (2004). Effects of Resistance Training on Older Adults. *Sports Medicine, 34*(5), 329-248.

Kennair, L. E. O. (08.12.16) Opplevelse. Hentet fra: <https://snl.no/opplevelse>.

Kvale, S, Brinkmann, S.(2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Larsson, C. (2016). *Chronic pain and kinesiophobia among older adults. Prevalence, characteristics and impact on physical activity*. Lund University.

Lee, J., Lau, S., Meijer, E., & Hu, P. (2020). Living longer, with or without disability? A global and longitudinal perspective. *The Journals of Gerontology: Series A, 75*(1), 162-167.

Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.

Lexell, J., Frändin, K. & Helbostad, J. L. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. Bahr, R. (Red.), *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 62-71). Oslo: Helsedirektoratet.

Lohne-Seiler, H. & Langhammer, B. (2018). *Fysisk aktivitet og trening for eldre – Betydning for fysisk kapasitet og funksjon* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm.

Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. J. & Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy theory and practice. 32*(5), 332-355.

Makris, U. E., Abrams, R. C., Gurland, B., & Reid, M. C. (2014). Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *Jama, 312*(8), 825-837.

Malterud, K. (2018) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Mckendry, J., Breen, L., Shad, B. J. & Greig, C. A. (2018). Muscle morphology and performance in master athletes: A systematic review and meta-analyses. *Ageing Research Reviews*. 45(2018), 62-82.

Melzack, R. & Wall, P. D., (1988). *The challenge of pain*. (2. utg.) London: Penguin.

Molton, I. R., & Terrill, A. L. (2014). Overview of persistent pain in older adults. *American Psychologist*, 69(2), 197.

Moseley, G. L. & Butler, D. S., (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807-813.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pensjonistforbundet. (u.å.). Fakta om eldre i Norge. Hentet 01.11.19 fra <https://www.pensjonistforbundet.no/side/64-fakta-om-eldre-i-norge>

Petty, N. J., (2014). *Principles of Neuromusculoskeletal Treatment and Management, A handbook for therapists*. (2. utg.) Elsevier: Churchill Livingstone.

Rasinaho, M., Hirvensalo, M., Leinonen, R., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2007). Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *Journal of aging and physical activity*, 15(1), 90-102.

Reid, M. C., Eccleston, C., & Pillemer, K. (2015). Management of chronic pain in older adults. *Bmj*, 350, h532.

Rustøen, T., & Wahl, A. K. (Eds.). (2008). *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Solberg, P. A., Kvamme, N. H., Raastad, T., Ommundsen, Y., Tomten, S. E., Halvari, H., ... & Hallén, J. (2013). Effects of different types of exercise on muscle mass, strenght, function and well-being in elderly. *European Journal of Sport Science*, 13(1), 112-125.

SSB. (2019). Hentet 04.11.19 fra:

<https://www.ssb.no/statbank/table/07459/tableViewLayout1/>

Stubbs, B., Binnekade, T., Eggermont, L., Sepehry, A. A., Patchay, S. & Schofield, P. (2014). Pain and the Risk for Falls in Community-Dwelling Older Adults: Systemativ Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95, 175-87.

Stubbs, B., Binnekade, T. T., Soundy, A., Schofield, P., Huijnen, I. P., & Eggermont, L. H. (2013). Are older adults with chronic musculoskeletal pain less active than older adults without pain? A systematic review and meta-analysis. *Pain Medicine*, 14(9), 1316-1331.

Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Social pain and physical pain: shared paths to resilience. *Pain management*, 6(1), 63-74.

Thaagard, T. (2013) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (4. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2018). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. utg). Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Ung, H., Brown, J. E., Johnson, K. A., Younger, J., Hush, J. & Mackey, S. (2014). Multivariate classification of structural MRI data detects chronic low back pain. *Cereb Cortex*. 24(4), 1037-44.

Waddell, G., & Schoene, M. (2004). *The back pain revolution*. Elsevier Health Sciences

Wade, K. F., Marshall, A., Vanhoutte, B., Wu, F. C., O'Neill, T. W., & Lee, D. M. (2017). Does pain predict frailty in older men and women? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *The Journals of Gerontology: Series A*, 72(3), 403-409.

Wrangler, L. S., Rennemark, M., & Berglund, J. (2016). Pain among older adults from a gender perspective: findings from the Swedish National Study on Aging and Care (SNAC-Blekinge). *Scandinavian journal of public health*, 44(3), 258-263.

Vedlegg 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET ELDRE MED LANGVARIGE SMERTER

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie som skal tas i bruk i undertegnede masteroppgave. Formålet med studien er å se på eldre sin forståelse og opplevelse av langvarige smerter og hvordan det påvirker dem i hverdagen. Økt kunnskap på dette området kan bidra til at fysioterapeuter og annet helsepersonell bedre kan forstå denne pasientgruppen, samt jobbe mot å forbedre måten man møter og behandler disse pasientene. For å innhente deltakere til prosjektet samarbeider jeg med (navn på kontaktperson) som gir deg informasjonsskrivet på vegne av meg. På denne måten vet ikke undertegnede noe om hvem denne forespørselen blir utlevert til.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar på et intervju på ca. 1 time. Intervjuet kan gjennomføres i ditt eget hjem eller et annet sted etter avtale. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle din forståelse av og opplevelse med å leve med langvarige smerter, hvordan det påvirker deg i hverdagen og hva du mener kan være til hjelp for å kunne håndtere hverdagen bedre. Under intervjuet vil det brukes lydopptaker. De opplysninger som kommer til å registreres er; alder, kjønn, hvor lenge du hatt smerte, hvilken hjelp du trenger i hverdagen og hvordan smertene påvirker deg i din hverdag.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du forventes ikke og utsettes for noe risiko eller komplikasjoner gjennom deltakelse i studien. Hvis du opplever at intervjuet blir for anstrengende av noen årsak vill intervjuet stoppes.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Danielle Storø på telefon: 98402956 eller epost: daniellestoroe@hotmail.com.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnede og veileder Sara Cederbom som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettet kort tid etter prosjektslutt.

Masteroppgaven vil ikke offentliggjøres uten din tillatelse. Den vil rettes av sensorer.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning 2019/925.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig OsloMet-storbyuniversitetet og prosjektleder Danielle Storø et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Danielle Storø på telefon: 98402956 eller epost: daniellestoroe@hotmail.com.

Personvernombud ved institusjonen er ingridj@oslomet.no

**JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET**

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 2

Intervjuguide

Fortell litt om din smerte	Varighet? Lokalisasjon? Hvilken type? (periodevis/kronisk) Døgnvariasjon? Årsak? Bruker du smertestillende medisiner?
Smerteforståelse/erfaringer med smerte	Hvordan forstår du dine smerter? Har du noen erfaring med smerter fra tidligere? Har din forståelse for smertene endret seg gjennom tiden?
Opplevelser med smerte i hverdagen	Hvordan har du det i hverdagen? Hvordan ser en vanlig dag ut for deg? Hvordan påvirker smertene din hverdag? Hindrer smertene deg på noen måte i hverdagen? Trenger du hjelp i hverdagen fra personalet eller andre? Mottar du behandling for smertene? (Hvilken? <i>Medisiner, fysisk aktivitet, fysioterapi</i>) Hvilke tiltak gjøres hvis du får økte smerter? Hva betyr smertene for deg? Hva lindrer de? Hva forverrer de? Hva skal til for at du takler smertene bedre? Hva er viktig for at du skal ha det bra?
Aktivitetsnivå og sosial deltakelse Funksjon	Hvilke aktiviteter holder du på med i hverdagen? Hvordan kommer du deg på disse aktivitetene? Får du gjort det du vil og ønsker i hverdagen? Er det noe du skulle ønske du kunne gjøre som du ikke får gjort pga. smertene? Får du gjøre det så ofte du vil og når du vil? Hva tenker du skal til for å kunne gjøre (de aktiviteter) du ønsker men ikke gjør i dag? (Hva skal til for at du skal bli mer aktiv?) (Hva skal til for at du kommer deg mer ut?) <i>Er du så fysisk aktiv som du ønsker? Hva tenker du om det, er det viktig? Hvorfor er det viktig? Hva tenker du skal til for at du skal kunne bli mer fysisk aktiv hvis du ønsker det? Hvilke aktiviteter holder du på med i hverdagen?</i> Fallhistorikk?

Informanten	Sykdommer Hvor lenge har du bodd her på sykehjem/i omsorgsbolig? Hjelpemidler Hjelpebehov
--------------------	--