

*5. årsoppgave
Medisinstudiet stadium IV
Universitetet i Tromsø*

Smerteregistrering hos kreftpasienter

*Student:
Trude Mortensen, Kull 98*

*Veileder:
Tone Nordøy, IKM, Kreftavdelingen, UNN*

Tromsø, 15. september 2003

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. OPPSUMMERING.....	3
2. INTRODUKSJON	3
2.1 Bakgrunn og formål	3
2.2 Forekomst av smerter blant kreftpasienter.....	4
2.3 Årsaker til smerter ved kreftsykdom ⁷	5
2.4 Smertediagnostikk	5
2.5 Instrumenter for registrering av smerte	5
2.6 Behandling av smerter	6
2.7 Årsaker til dårlig smertebehandling av kreftpasienter	7
2.8 Tiltak for å forbedre smertebehandling	8
3. METODER	8
3.1 Pasientpopulasjon	8
3.2 Rekruttering av deltakere.....	8
3.3 Brief Pain Inventory (BPI).....	9
3.4 Måleinstrumentet i denne studien	9
3.5 Praktisk gjennomføring av smerteregistrering.....	10
3.6 Innhenting av relevante pasientopplysninger	10
3.7 Analyse av smerteskjema.....	10
3.8 Konfidensialitet og etikk.....	11
3.9 Godkjenning av prosjektet	11
3.10 Påbegynt undersøkelse ved Hålogalandssykehuset Narvik	11
4. RESULTATER	12
4.1 Pasientkarakteristika	12
4.2 Utfylling av smerteskjema	12
4.3 Smerteintensitet	13
4.4 Smerterens påvirkning av funksjon	13
4.5 Smertebehandling	14
4.6 Informasjonsformidling til primærhelsetjenesten	14
4.7 Oppfølging etter utskrivning.....	15
4.8 Hovedbekymring	15
5. DISKUSJON.....	16
5.1 Gjennomførbarhet.....	16
5.2 Resultater	17
5.3 Informasjonsformidlingen til primærhelsetjenesten	17
5.4 Metodekritikk.....	18
6. KONKLUSJON	19
7. REFERANSER	19
8. VEDLEGG.....	22
9. TABELLER OG FIGURER	23

1. OPPSUMMERING

Smerte er et utbredt problem ved metastatisk kreftsykdom. Både underrapportering og underdiagnostisering kan medføre at smerter ikke blir lindret optimalt. Ved Kreftavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er det et ønske om å gjøre en større undersøkelse i landsdelen for å registrere kreft smerter, i hvilken grad smerteproblemet fanges opp og behandles, samt hvordan informasjonsformidlingen til primærhelsetjenesten fungerer. Denne pilotundersøkelsen ble gjennomført ved Kreftavdelingen i mars-april 2003 og skulle også vise om smerteregistrering ved bruk av det klinisk etablerte spørsmålsformularet Brief Pain Inventory (BPI) er praktisk gjennomførbart. 16 av de 25 pasientene som ved innleggelse hadde kjent metastatisk sykdom og et smerteproblem, fylte ut kortversjonen av BPI på dette tidspunktet, ved utskrivning og en måned etter. Skjemaet, som evaluerer smerterens lokalisasjon, intensitet, relasjon til funksjon og behandling, kunne sammen med journalopplysninger gi et inntrykk av utviklingen og oppfølgingen av smerter. Kun 7 pasienter fylte ut samtlige tre skjema. Gjennomsnittlige smerter var lette for gruppen sett under ett. De tre pasientene som ved innleggelsen rapporterte moderate til sterke gjennomsnittlige smerter, brukte alle sterke opioider. Under oppholdet ble det videre gjort endringer i smertestillende medikasjon og/eller gitt strålebehandling hos 12 pasienter. De fleste epikrisene (75%) inneholdt informasjon om pasientens smerteproblematikk, men det var usikkert når disse ble sendt ut. Alle pasientene fikk imidlertid med seg en foreløpig epikrise ved utreise. Pilotprosjektet viste at hovedandelen av pasientene hadde lette smerter, og at smerteproblemene ble fulgt opp i Kreftavdelingen. Rutinemessig registrering av smerte vil likevel kunne sikre at smerter ikke overses og kan derfor være nyttig. I den kliniske studien som vurderes gjennomført i Nord-Norge, vil BPI kunne egne seg. Da anvendelse av dette skjemaet er ressurskrevende og omstendelig, vil imidlertid et kortere skjema være mer aktuelt ved gjentakende registrering i klinisk sammenheng.

2. INTRODUKSJON

2.1 Bakgrunn og formål

Veletablerte retningslinjer for smertebehandling av kreftpasienter finnes. En rekke studier viser likevel at kreftpasienter ikke blir optimalt smertelindret. Mye tyder på at de samme forholdene gjelder i Norge.¹ Dette kan blant annet skyldes at pasienter er tilbakeholdne med å informere legene om smerte, og at leger i varierende grad klarer å fange opp

smerteproblemene. Dette kan igjen være en følge av manglende systematisk registrering av smerter.

Ved Kreftavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er det et ønske om å gjøre en større undersøkelse i landsdelen for å registrere smerter hos innlagte kreftpasienter, i hvilken grad innlagte pasienter får behandling for smerteproblemet og hvilke opplysninger som går ut til primærhelsetjenesten vedrørende smertebehandlingen. Dette studentprosjektet er en pilotundersøkelse og ble gjennomført ved Kreftavdelingen i mars-april 2003.

Undersøkelsen kan blant annet også vise om smertere registrering ved bruk av et bestemt spørsmålsformular (Brief Pain Inventory) er praktisk gjennomførbart.

Innledningsvis i oppgaven kommer en teoretisk del om kreftsmarter, smertebehandling og smertere registrering. Deretter følger metoder og resultater av pilotundersøkelsen (punkt 3 og 4).

2.2 Forekomst av smerter blant kreftpasienter

Ifølge International Association for the Study of Pain (IASP) defineres smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsødeleggelse eller mulig ødeleggelse, eller beskrevet som en slik ødeleggelse».

Kreftsykdom og behandling av kreft kan gi pasienten mange former for plager. Smerte er det symptom både pasient og pårørende frykter aller mest. Mange opplever smerte i forløpet av sin kreftsykdom. Ifølge Statens legemiddelverk har 30–50% smerte i fasen med kurativ behandling og 70–90% i den palliative fasen ved langtkommen sykdom.² I den amerikanske SUPPORT-studien utført på fem universitetsklinikker, ble det vist at halvparten av pasientene med uhelbredelig lidelse hadde moderate til sterke smerter.³

Kreftsmarter kan påvirke pasientens livskvalitet i stor grad. Eldre data viser at 5-10% av pasienter med lokal (ikke-metastatisk) kreftsykdom, 33% av dem med metastatisk sykdom og minst 70% av døende kreftpasienter opplevde at smertene virket inn på livskvaliteten.⁴⁻⁶ Optimal smertebehandling er derfor grunnleggende i all kreftbehandling.

2.3 Årsaker til smerter ved kreftsykdom⁷

– *Smerte som følge av kreftsykdommen*

Hos kreftpasienter beror den fysiske smerten som regel på lokal progresjon av sykdommen og/eller utvikling av metastaser. Skjelett er vanligst forekommende metastasested ved flere av de største kreftformene, og smerte er et vanlig symptom. Videre kan smerter oppstå ved spredning til blant annet lunge, lever, CNS og bløtvev, samt ved direkte innvekst i nervepleksa eller medulla spinalis.

– *Smerte som følgetilstand etter behandling*

– *Smerte som indirekte skyldes kreft*

2.4 Smertediagnostikk

Smerte er en subjektiv opplevelse, og pasientens egenrapportering av smerte bør derfor være den primære kilden til informasjon om smerteproblemet. Flere studier har vist at helsepersonells observasjon av pasientens smerte korrelerer dårlig med de resultatene en får om en lar pasienten selv registrere smerte.⁸ Selv om pasienten over tid beskriver smertene som jevnt alvorlige, kan ubehaget og innvirkningen på livskvaliteten endre seg. Å kartlegge psykososiale og eksistensielle komponenter som kan forsterke den totale smerteopplevelsen, hører også med i diagnostikken.⁹

2.5 Instrumenter for registrering av smerte

Ifølge Au¹⁰ og Rhodes¹¹ bidrar systematisk bruk av skjemabaserte smertemålingsinstrumenter til en forbedring av smertelindrende behandling ved å øke helsearbeiderens forståelse og anerkjennelse av smerte som et problem for pasienten.

Det er utviklet flere standardiserte måleinstrumenter for å evaluere den flerdimensjonale smerten. Enkelte egner seg best ved primær diagnostikk, mens andre, fortrinnsvis de noe kortere, også kan brukes i en kontinuerlig oppfølging. De tre mest brukte instrumentene er:

- McGill Pain Questionnaire (MPQ)
- Brief Pain Inventory (BPI)
- Memorial Pain Assessment Card (MPAC)

Disse evaluerer en eller flere av hovedkomponentene i smerteanamnesen (smertehistorie, intensitet, lokalisasjon og kvalitet). I tillegg inneholder de spørsmål om effekt av smertestillende medisiner og i hvilken grad smerte virker inn på daglige funksjoner og aktiviteter (fysisk aktivitet, søvn og emosjonelle forhold). MPQ egner seg best til primærdiagnostikk, spesielt ved ikke-maligne, kroniske smertetilstander. BPI er på sin side mye brukt hos kreftpasienter. Da dette instrumentet ble anvendt ved pilotundersøkelsen, er det nærmere omtalt under punkt 3.3-4. MPAC kan anvendes i klinisk oppfølging, men finnes ikke i en norsk oversettelse.¹²

Det finnes også unidimensjonale måleinstrumenter som visuelle analoge (VAS), numeriske og verbale skalaer. Felles for disse er imidlertid at de gir begrenset beskrivelse av smerte og dermed ikke en komplett evaluering av et smerteproblem.

2.6 Behandling av smerter

Som behandling for øvrig, skal smertelindrende tiltak i størst mulig grad rettes mot årsaken. Slik tumorrettet behandling, som stråling, kirurgi, kjemoterapi og hormonterapi, er aktuell både i kurativ og palliativ sammenheng. Tumorrettet behandling er imidlertid sjelden mulig alene og symptomatisk terapi med analgetika anvendes derfor ofte i tillegg. Har en ikke lenger mulighet til å gi tumorrettet behandling, fortsetter en med symptomatisk behandling.

WHO har i samarbeid med IASP (International Association for the Study of Pain) kommet fram til en basis for behandling av kroniske smerter, den såkalte «Smertetrappen»¹³:

- Trinn 1: Perifert virkende analgetika
- Trinn 2: Svake opioider +/- perifert virkende analgetika
- Trinn 3: Sterke opioider +/- perifert virkende analgetika

Perifert virkende analgetika benyttes ved svake til middels sterke smerter. Paracetamol og non-steroidale antiinflammatoriske midler (NSAIDs) hører til i denne gruppen. Disse medikamentene har en såkalt «takeffekt», som betyr at anbefalt dose gir maksimal smertelindring, mens en ytterligere doseøkning bare medfører bivirkninger.

Opioider er sentralt virkende analgetika og utgjør den viktigste legemiddelgruppen i behandlingen av smerter forårsaket av malign sykdom. Basert på analgetisk «efficacy» deler en inn i svake og sterke opioider. Svake opioider (Kodein, Tramadol) karakteriseres ved at de

har en øvre doseringsgrense (takeffekt). Sterke opioider (Morfin, Oksykodon, Ketobemidon, Petidin, Fentanyl, Metadon) har i prinsippet derimot ingen øvre doseringsgrense.

Koanalgetika kalles medikamenter som har vist seg å ha analgetisk effekt, men som er registrert for andre indikasjoner. Kortikosteroider og visse typer av antiepileptika og tricycliske antidepressiva er eksempler på slike. Indikasjon for behandling med de to sistnevnte i analgetisk sammenheng, er nevrogene smerter.

Hos omkring 80-90% av kreftpasientene som har et smerteproblem, kommer en til mål i behandlingen ved bruk av smertetrappen. Cirka 5% av kreftpasientene har imidlertid et så alvorlig smerteproblem at de kan være tjent med vurdering av et smerteteam.¹ I slike vanskelige situasjoner kan innlegging av epidural- eller spinalkateter og nerveblokkade være aktuelt.

Psykiske problemer øker ofte opplevelsen av smerte. Hos pasienter med langt framskreden cancer har en registrert at forekomsten av psykiske besvær, som angst og depresjon, ligger i området 25-30%.¹⁴ Å påvirke eller modifisere disse faktorene kan være like viktig i behandlingen som å gi legemidler.

2.7 Årsaker til dårlig smertebehandling av kreftpasienter

Manglende ferdigheter og kunnskaper hos helsepersonell, mangelfull diagnostikk og utilstrekkelig medisinerer kan være årsaker til utilfredsstillende smertebehandling av kreftpasienter. Statens Legemiddelverk trekker blant annet at dagens forskrivningspraksis inn i denne sammenhengen. Eksempelvis nevnes det at legene begynner for sent med sterke opioider og ikke øker dosen raskt nok eller stopper opptrappingen for tidlig. Det gis heller ikke tilstrekkelig med ekstramedisin mot gjennombruddssmerter. Videre kan manglende samhandling i helsevesenet ha uheldige konsekvenser for oppfølgingen av et smerteproblem. At en del pasienter vandrer frem og tilbake mellom primærhelsetjenesten og sykehus, krever oppdatert og god skriftlig informasjon som videreformidles raskt. Dette er ikke alltid tilfelle. Ifølge Norsk Kreftplan¹⁵ er en av utfordringene å gi primærlegene bedre tilgang til den informasjonen som fremkommer på sykehus, slik at en oppnår større grad av kontinuitet i behandlingen.

2.8 Tiltak for å forbedre smertebehandling

I Norsk Kreftplan¹⁶ og av Livshjelpsutvalget¹⁷ ble det foreslått å etablere egne enheter for lindrende kreftbehandling ved regionsykehusene, for å gi gruppen av pasienter med et palliativt behandlingsbehov et bedre tilbud. Så langt er det opprettet en slik enhet knyttet til Kreftavdelingen ved UNN i Tromsø, St. Olavs Hospital i Trondheim og Haukeland Universitetssykehus i Bergen. Enheten er ment å fungere som en kompetansebase for lindrende kreftbehandling i regionen og har hovedansvaret for utforming av retningslinjer. Den viktigste oppgaven er å spre kunnskap og være tilgjengelig med sin kompetanse både for sykehuset og for primærhelsetjenesten. Ved de fleste lokalsykehusene og i en del kommuner er det for øvrig ansatt kreftsykepleiere, som også har en svært viktig rolle i oppfølgingen av kreftpasienter og slik kan bidra til å forbedre smertebehandlingen.

3. METODER

3.1 Pasientpopulasjon

Pasienter som ved innleggelse i Kreftavdelingen i tidsrommet 07.03.03-10.04.03 hadde kjent metastatisk sykdom og et smerteproblem, var aktuelle for denne kliniske undersøkelsen. En del pasienter var godt smertelindret da de kom til avdelingen, men hadde behov for smertelindrende behandling og ble av den grunn også inkludert. Pasienter som var i for dårlig fysisk eller psykisk tilstand til å kunne gi et informert samtykke, ble ekskludert fra prosjektet. Død før avsluttet datainnsamling eller manglende utfylling av samtlige skjema av andre årsaker, førte derimot ikke til eksklusjon.

Det ble ikke satt krav til antall pasienter prosjektet måtte omfatte, da registreringen var ledd i en pilotundersøkelse og foregikk over en tidsavgrenset periode. Det var imidlertid ønskelig å oppnå et totalt antall på 20 til 30 pasienter.

3.2 Rekruttering av deltakere

Pasienter aktuelle for prosjektet ble først muntlig forespurt av en sykepleier om å ta imot informasjon om prosjektet fra student. Det ble utformet et informasjonsskriv (vedlegg 1), som deretter ble muntlig gjennomgått med pasientene. De fikk også anledning til å lese gjennom

det på egen hånd. Pasienter som ønsket å delta, skrev under på samtykkeerklæringen og beholdt selv et eksemplar av informasjonsskrivet.

3.3 Brief Pain Inventory (BPI)

Det klinisk etablerte skjemaet «Brief Pain Inventory» (BPI) ble anvendt for å vurdere og følge utviklingen av smerteproblemet. Instrumentet er utviklet i Wisconsin i USA av Cleeland med kolleger, og det evaluerer både den subjektive smerteopplevelsen og funksjonsinnskrenkninger som følge av smerte. Dette er avgjørende for en komplett vurdering av problemet.¹⁸ BPI har vært anvendt en del i forhold til kreftpasienter og er validert for denne pasientgruppen.¹²

BPI er selv-administrert og lett forståelig. Skjemaet er validert for flere språk (også norsk) og kulturer og er sensitiv til endringer i smertebildet. «The Expert Working Group of the European Association of Palliative Care» anbefaler BPI som instrument for smertere registrering i kliniske studier.¹⁹

Introduksjonen av BPI i Norge var viktig, da det var det første norske spørsmålsformularet som også evaluerer funksjonsbegrensninger forårsaket av smerte. Videre er det avgjørende for å kunne delta i multidimensjonale studier og gjør det mulig å sammenligne egne resultater på feltet med resultater internasjonalt.¹⁸

3.4 Måleinstrumentet i denne studien

Kortversjonen av BPI ble brukt. Denne består av et kroppskart for avmerking av smertelokalisasjon, fire spørsmål relatert til smerteintensitet og sju til smerTERS påvirkning av funksjon, samt spørsmål om smertebehandling og grad av smertelindring. Smerteintensiteten beskrev pasienten på en numerisk skala fra 0 til 10, der 0 representerte smertefrihet og 10 verst tenkelige smerter. Pasienten anga de sterkeste og svakeste smertene over det siste døgnet, samt smerteintensiteten i gjennomsnitt og ved utfyllingstidspunktet. SmerTERS innvirkning på fysisk aktivitet, emosjonelle forhold og søvn ble beskrevet ved avmerking på tilsvarende numeriske skalaer. På skalaene (i spørsmål 3-6 og 9-15) representerte tallene 1-4 lette smerter/lett påvirkning, 5-7 moderate smerter/moderat påvirkning og 8-10 sterke smerter/sterk påvirkning (vedlegg 2 og 3).

På originalskjema ble det lagt til felt for pasientens navn, utfyllingstidspunkt, hvem skjemaet ble utfyllt i samarbeid med og årsak ved manglende utfylling. Det samme gjelder spørsmål om primærlege hadde vært konsultert (aktuelt kun ved utfylling etter utskrivning), hovedbekymring og eventuelle kommentarer fra pasienten («Smerteskjema», vedlegg 2 og 3).

3.5 Praktisk gjennomføring av smertereistrering

Smerteskjemaet ble fylt ut i forbindelse med innleggelse i og utskrivning fra Kreftavdelingen, samt en måned etter. Skjemaet til utfylling en måned etter utskrivning ble sendt hjem til pasienten sammen med et informasjonsbrev (vedlegg 4). Det ble ikke sendt purrebrev i de tilfellene der utfylling av smerteskjema uteble.

Pasientene ble fortrinnsvis forespurt om deltakelse dagen etter innleggelse. Pasienter innlagt i tilslutning til helg ble imidlertid forespurt først påfølgende mandag. Utfylling i forbindelse med utskrivning ble enten gjort utreisedag eller dagen før av praktiske hensyn. Pasienter som først var innlagt i Kreftavdelingen, men som siden benyttet sykehotellet under strålebehandling, fylte ut smerteskjema ved avsluttet stråling og ikke ved formell utskrivning.

3.6 Innhenting av relevante pasientopplysninger

I pasientens samtykke til deltakelse lå også samtykke i at student og veileder fikk tilgang til relevante journalopplysninger om diagnose og oppfølging. «Pasientskjema» (vedlegg 5) ble benyttet for nedtegning av denne informasjonen. Karnofsky Index (vedlegg 6), som angir pasientens funksjonstilstand, ble satt ut fra opplysninger fra pasienten selv, fra journalen eller fra lege/sykepleier.

3.7 Analyse av smerteskjema

Dataene ble organisert og bearbeidet ved hjelp av Microsoft Excel 2000. Enkelte punkter på noen smerteskjemaer viste verdier som ikke samsvarte med hverandre. Verdiene ble i disse tilfellene byttet om, dersom det var innlysende at pasienten hadde forvekslet spørsmålene. Der pasientene scoret på flere verdier (for eksempel 8-10) i samme spørsmål, brukte jeg gjennomsnittet av verdiene.

Det var mulig å evaluere smerteutviklingen ved å følge numeriske endringer på skalaene. Ved å sammenholde svarene på smerteskjemaet med journalopplysninger om smerter, kunne en få et inntrykk av om smerteproblemene ble fanget opp og fulgt opp under oppholdet i Kreftavdelingen.

3.8 Konfidensialitet og etikk

Konfidensialiteten ble sikret ved at opplysninger ble oppbevart innelåst og makulert etter avsluttet prosjekt, senest innen utgangen av 2004. I presentasjonen ble samtlige opplysninger anonymisert, slik at den enkelte pasient ikke kunne gjenkjennes.

Registrering av smerte ved bruk av BPI kan innebære økt systematisering og økt oppmerksomhet omkring smerter og er derfor å betrakte som fordelaktig for pasienten. Prosjektets resultater hadde ingen direkte konsekvenser for den enkelte informant, men kan ha betydning for framtidige pasienter.

3.9 Godkjenning av prosjektet

Gjennomføringen av prosjektet ved Kreftavdelingen ble godkjent av avdelingslederen (vedlegg 7). Leger og sykepleiere ved Kreftavdelingen fikk for øvrig muntlig og/eller skriftlig informasjon om prosjektet og muligheten til å komme med innspill i forhold til prosjektet.

3.10 Påbegynt undersøkelse ved Hålogalandssykehuset Narvik

Over en periode på cirka tre uker i desember 2002 ble prosjektet påbegynt ved medisinsk og kirurgisk avdeling på Hålogalandssykehuset Narvik, og nødvendige tillatelser ble innhentet. Pasienter med kjent metastatisk sykdom ved innleggelse ble inkludert i prosjektet. Smerteproblemer ble da ikke satt som inklusjonskriterium for deltakelse.

Totalt var fem pasienter aktuelle (samlet antall innleggelser ble ikke registrert), og av disse deltok to. Årsaken til at de øvrige ikke ble inkludert var nedsatt allmenntilstand hos en, mens to ikke ble forespurt om deltakelse. De sistnevnte var innlagt i et tidsrom, da jeg ikke var tilstede på sykehuset.

En av deltakerne fylte ut samtlige tre smerteskjema. Denne pasienten rapporterte ved innleggelsen gjennomsnittlige smerter av moderat grad, men fravær av smerter over det siste døgnet. Pasienten brukte både perifert virkende analgetika og sterke opioider og opplevde full smertelindring. Situasjonen var uendret ved senere utfyllinger. Pasientens smerter ble omtalt i epikrisen, som ble sendt til primærlegen 1-4 dager etter utskrivning. Den andre deltakeren hadde ikke opplevd smerter i løpet av sykdomsforløpet og brukte ingen smertestillende medisiner. Denne pasienten svarte på spørsmålene av relevans kun i forbindelse med innleggelse og døde i løpet av første måned etter utskrivning. Da tallmaterialet var såpass lite, var denne studien vanskelig å gjennomføre ved et lokalsykehus innenfor den disponible tiden og ble derfor videreført ved Kreftavdelingen på UNN.

4. RESULTATER

4.1 Pasientkarakteristika

I løpet av det aktuelle tidsrommet var 76 pasienter innlagt i Kreftavdelingen på UNN, noen av disse flere ganger. 40 hadde kjent metastatisk sykdom, og hos 25 av disse ble det rapportert et smerteproblem ved innleggelsen. 16 av de 25 pasientene som fylte inklusjonskriteriene, deltok i undersøkelsen. 5 av de aktuelle pasientene ble ekskludert som følge av dårlig allmenntilstand, mens 4 ikke ønsket å delta. Tabell 1 gir en oversikt over pasientgruppen.

4.2 Utfylling av smerteskjema

14 av de 16 deltakende pasientene fylte ut smerteskjema ved innleggelse (10 dagen etter og 4 to til tre dager etter), 13 ved utskrivning og 8 en måned etter utskrivning. Av de to pasientene som ikke fylte ut skjema ved innleggelsen, var en i for dårlig form og den andre ikke tilgjengelig i avdelingen de første dagene. Tre pasienter fylte ikke ut skjema ved utskrivning, fordi dette skjedde i forbindelse med helg. En måned etter utskrivning var tre pasienter døde, mens ytterligere tre hadde klar sykdomsprogresjon, noe vi regner med var årsaken til at svar fra disse uteble. For to pasienter kjenner en ikke grunnen til at de ikke fylte ut skjemaet etter utskrivning. I figur 1 ser vi hvordan pasientene fordelte seg etter antall ganger smerteskjemaet ble utfylt.

7 av totalt 35 skjema var ufullstendig utfylt. På 5 skjema stod et eller to spørsmål omkring påvirkning av funksjon ubesvarte. To pasienter fylte ikke ut siste halvdel av skjemaet, en som

følge av nedsatt allmenntilstand og en som følge av stress i forbindelse med hjemreisen. Deltakerne som ikke hadde hatt smerter døgnet forut for utfylling, anså spørsmål 8-15 som ikke relevante. Skjemaet ble i disse tilfellene likevel regnet som komplett utfylte.

4.3 Smerteintensitet

På spørsmål om deltakeren hadde smerter utover de dagligdagse (spørsmål 1) svarte 10 av 14 «ja» ved innleggelsen, 9 av 13 ved utskrivning og 6 av 8 en måned etter utskrivning. Median verdi for henholdsvis de sterkeste smertene det siste døgnet og gjennomsnittlige smerter var 4 og 3 ved innleggelsen, 4 og 2,5 ved utskrivning, og 4 og 3,5 en måned etter utskrivning.

I figur 2 ser vi hvordan pasientene svarte på spørsmålene om smerteintensitet (spørsmål 3-6). Svarverdiene ble gruppert etter alvorlighetsgrad for lettere å kunne vurdere smerteintensiteten i pasientgruppen sett under ett. Inndelingen etter grad av smerteintensitet ses under diagrammene.

Ved innleggelsen rapporterte 5 av 14 moderate til sterke smerter som uttrykk for de sterkeste smertene over det siste døgnet (figur 2, spørsmål 3). Ved utskrivning gjaldt dette for 6 av 13 og en måned etter utskrivning for 3 av 8. To av pasientene hadde moderate eller sterke smerter ved to anledninger for utfylling og en pasient ved samtlige tre. Seks av totalt åtte pasienter som rapporterte moderate til sterke smerter under sykehusoppholdet, fylte ikke ut skjema en måned etter utskrivning. Tre av disse var døde, mens tre var blitt dårligere.

I figur 3 har jeg valgt å se på smerteutviklingen hos de sju deltakerne som fylte ut skjema tre ganger. Fem pasienter hadde lette eller ingen smerter ved de tre utfyllingstidspunktene (pasient 3-7). Pasient 1 hadde stabilt moderate smerter, mens pasient 2 opplevde en mer varierende smerteintensitet.

4.4 Smerters påvirkning av funksjon

Spørsmålene om hvordan smertene virket inn på daglig aktivitet, humør, evne til å gå, vanlig arbeid, forhold til andre mennesker, søvn og livsglede (spørsmål 9-15) var aktuelle å besvare for pasientene som hadde hatt smerter i løpet av det siste døgnet.

Ved innleggelsen besvarte 6 av 12 deltakere at smerte interfererte med samtlige overnevnte funksjoner og aspekter. Hos 9 var fire eller flere funksjoner nedsatt som følge av smertene. I gruppen sett under ett hadde smerten størst innvirkning på vanlig arbeid med en median verdi på 7,5. Derneft fulgte humør og daglig aktivitet med median score på henholdsvis 5 og 4,5. Ved utskrivning var median score etter synkende verdi 6 for vanlig arbeid, 5 for evne til å gå og 4 for daglig aktivitet. En måned etter utskrivning anga 6 av 7 at samtlige funksjoner var påvirket av smertene. Høyest gjennomsnittlige score gav vanlig arbeid (5), daglig aktivitet (4,5) og humør (4).

4.5 Smertebehandling

Forut for innleggelsen stod 11 av de 16 pasientene på sterke opioider (trinn 3 på smertetrappen) og eventuell koanalgetika. Ni av disse brukte opioider både fast og ved behov mot gjennombruddssmerter. Tre av deltakerne brukte svake opioider og eventuelt perifert virkende analgetika og/eller koanalgetika i tillegg (trinn 2 på smertetrappen), og en kun perifert virkende analgetika (trinn 1 på smertetrappen). Kun en deltaker brukte ingen smertestillende medisiner.

Samtlige pasienter som ved innleggelsen rapporterte moderate til sterke gjennomsnittlige smerter (n=3), brukte sterke opioider. Av pasienter som rapporterte gjennomsnittlig lette smerter (n=11) brukte seks sterke opioider, fire kun svake opioider eller perifert virkende analgetika og en pasient ingen smertestillende medikamenter.

Under oppholdet i avdelingen ble det gjort endringer i smertestillende medikasjon hos 9 pasienter. For to innebar det oppstart av behandling med sterke opioider, for seks økning av opioider og/eller tillegg av adjuvant analgetika. Åtte pasienter fikk stråleterapi. Det ble for øvrig ikke hentet inn opplysninger om annen form for tumorrettet behandling. I forhold til fire pasienter ble det verken gjort medikamentjusteringer eller gitt strålebehandling. To av disse hadde gjennomsnittlig lette til moderate smerter, mens to ikke hadde smerter eller smerter kun av lav intensitet.

4.6 Informasjonsformidling til primærhelsetjenesten

På UNN ble dato for når epikrisen blir signert og sendt ut ikke registrert. Datoen for når den ble diktert og skrevet varierte fra 0 til 47 dager etter utskrivning. Figur 4 viser pasientene

fordelt etter tidspunkt for når epikrisen ble skrevet (0 dager står for utskrivningsdagen). Ni av epikrisene (56%) ble skrevet i løpet av en uke etter utskrivning.

Det bør her bemerkes at det var eller ble oppfordret til telefonisk kontakt mellom Kreftavdelingen og fastlege, sykestue eller sykehus i forhold til flere av pasientene med de alvorligste smerteproblemene. I disse tilfellene ble viktig informasjon formidlet til de behandlingsansvarlige på hjemstedet til pasienten før epikrisen nådde frem. En foreløpig epikrise blir ellers sendt med pasientene utreisedagen med kopi til fastlege og eventuelt til hjemmesykepleien.

Smerter og/eller smertebehandling ble omtalt i 12 av 16 epikriser (75%). Hos 4 ble det gitt spesifikke råd om oppfølging/behandling av smertene. I flertallet av epikrisene var nettadressen til aktuell del av «Håndbok i Lindrende behandling»²⁰ lagt til. Utover de rådene som ble gitt direkte fra sykehuslegen, kunne nettsidene gi nyttig informasjon om blant annet smertebehandling.

4.7 Oppfølging etter utskrivning

Av de 16 pasientene ble 12 utskrevet til hjemmet, 2 til lokalsykehus og 2 til sykestue. Ifølge epikrisen skulle 11 av pasientene følges opp ved lokalsykehuset og/eller av fastlege og 2 ved sykestue. 2 pasienter var planlagt innlagt i Kreftavdelingen i løpet av de neste to månedene, mens 5 skulle følges opp med kontroll ved Kreftpoliklinikken, eventuelt med oppfølging hos fastlege i tiden fram til den polikliniske timen.

Ingen av de åtte som returnerte smerteskjema etter utskrivning, rapporterte å ha vært i kontakt med fastlege etter utreise. To av disse var innlagt rutinemessig innen den første måneden etter det aktuelle oppholdet, mens tre skulle til kontroll ved Kreftpoliklinikken på et tidspunkt mellom tre uker og tre måneder etter utskrivning. Det foreligger ikke opplysninger om pasientene hadde vært i kontakt med kreftsykepleier eller lokalsykehus på hjemstedet.

4.8 Hovedbekymring

I forbindelse med innleggelsen besvarte 12 pasienter spørsmålet angående deres hovedbekymring. For 5 dreide det seg om smerter, mens 4 bekymret seg for ikke å bli frisk, for videre sykdomsutvikling eller for grad av helbredelse. Flere hadde bekymringer omkring smertens eller sykdommens påvirkning i det daglige liv. For en av pasientene var

hovedbekymringen «At smerten skal ta kontroll over meg. Ødelegge kontakt med andre, livsglede, aktivitet, jobb, fritid, sosiale kontakter. At jeg mister kontrollen over livet mitt.»

5. DISKUSJON

5.1 Gjennomførbarhet

En av utfordringene med smerteregistrering og annen symptommåling er å anvende målemetoder som er såpass enkle at påkjenningen for pasienten blir minst mulig. Utfylling av BPI forutsetter at pasienten er våken og klar. I denne pilotundersøkelsen ble fem av totalt 25 aktuelle pasienter ekskludert som følge av nedsatt allmenntilstand. Dette viser at en annen form for registrering av smerte vil være nødvendig i oppfølgingen av de dårligste pasientene.

For en del pasienter forutsatte deltakelse hjelp til utfylling. Det tok gjennomsnittlig 15-30 minutter å gi pasienten informasjon om prosjektet og fylle ut smerteskjemaet. Å identifisere aktuelle pasienter og finne anledning for samtale og skjemautfylling tok i tillegg mye tid for en student som ikke var involvert i oppfølgingen av pasientene. Dersom smerteregistrering hadde vært en oppgave for legene, hadde den trolig vært enklere å gjennomføre. Jeg erfarte ellers at enkelte pasienter ikke var like motiverte for utfylling ved utskrivning som ved innleggelse. Muligens hadde de vært mer positive, om registreringen hadde vært en integrert del av opplegget i avdelingen og av betydning for behandlingen. Anvendelse av BPI som ledd i oppfølgingen av et smerteproblem er nok uansett for ressurskrevende til å ta inn i Kreftavdelingens rutiner. Det bør her bemerkes at BPI i første rekke er anbefalt som målemetode i kliniske studier og er lite brukt i klinisk oppfølging. I en travel hverdag i avdelingen kan et enklere skjema være å foretrekke. Da kreftpasienter kan ha mange former for plager, kan det for øvrig være gunstig å anvende et skjema som evaluerer flere symptomer utover smerte. Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) er eksempel på et slikt. Ved et lokalsykehus, der kreftpasienter utgjør en begrenset andel av pasientene, kan det tenkes at leger er mindre oppmerksomme på plagene en kreftsykdom kan føre med seg. Nettopp dette gjør at et skjema som ESAS kan sikre en mer helhetlig vurdering av pasientens situasjon og derfor kan være nyttig å bruke i oppfølging av kreftpasienter som legges inn også i lokalsykehus.

En motforestilling mot systematisk smerteregistrering er for øvrig at fokusering på smerter kan oppleves som negativt av enkelte pasienter.

5.2 Resultater

Undersøkelsen inkluderte relativt få pasienter (16 av 25 aktuelle) med ytterligere frafall underveis. Dette var likevel ikke avgjørende, da studien var en pilotundersøkelse. Basert på median verdi for smerteintensitet hadde hovedandelen av pasientene lette smerter (1-4 på skalaen). Det kan tyde på at de var relativt godt smertelindret eller ikke hadde et alvorlig smerteproblem i utgangspunktet. Pasientene som en måned etter utskrivning var døde eller som ut fra journalopplysninger var blitt dårligere, utgjorde hovedandelen av pasientene som rapporterte moderate til sterke smerter under sykehusoppholdet. Ut fra dette kan det tenkes at de alvorligst syke pasientene hadde de største smerteproblemene i pasientgruppen.

Samtlige pasienter som rapporterte moderate til sterke smerter, brukte sterke opioider forut for innleggelsen. Under oppholdet ble det videre gjort justeringer i medisiner og/eller gitt strålebehandling til de aller fleste av disse. Det var ingen systematisk bruk av symptomregistreringsskjema i avdelingen, og legene hadde ikke tilgang på informasjonen som framkom i prosjektet. Det ser likevel ut til at smerteproblematikk var blitt fanget opp i forkant av innleggelsen og fulgt videre opp i avdelingen. (En mangler imidlertid opplysninger om smerter og behandling av de dårligste pasientene som ble ekskludert.) Det er nærliggende å tro at oppfølgingen av smerter er bedre i Kreftavdelingen enn i andre avdelinger, da onkologer kanskje er mer oppmerksomme på smerter som problem for pasienten og har mer kunnskap om smertebehandling enn det andre leger har. Ved systematisk smerteregistrering vil en likevel kunne sikre seg at smerteproblemet blir fanget opp. Det kan derfor være nyttig med rutinemessig registrering i en eller annen form når pasienter med kjent metastatisk kreftsykdom legges inn i sykehus.

5.3 Informasjonsformidlingen til primærhelsetjenesten

Ingen av pasientene som returnerte BPI-skjema rapporterte å ha vært i kontakt med primærlegen etter utskrivning. Årsaker til det kan være at de ikke hadde hatt smerter eller at de hadde henvendt seg til andre instanser enn primærlege. Når kontakt med sykehus først er opprettet i forbindelse med kreftoppfølgingen, er det en kjent tendens til at pasientene kontakter sykehuset direkte og at primærlegen dermed faller utenfor. Kreftpasientene vandrer ut og inn av sykehuset i behandlingsfasen og knyttes derfor sterkt til en eller flere sengeavdelinger og poliklinikker. Fra pasientenes ståsted kan det av den grunn være forståelig at primærlegen forbigås. Dette er likevel ikke i samsvar med intensjonene med dagens

organisering av helsevesenet. Å bygge opp en sammenhengende tiltakskjede mellom sykehus og primærhelsetjeneste er med andre ord en stor utfordring.

Det er en svakhet ved undersøkelsen at det ikke lot seg gjøre å registrere dato for når epikrisene ble sendt ut, men det er tenkelig at en del ble liggende en tid før utsending. I de tilfeller der primærlegen er involvert i oppfølgingen av pasienten, er det av særlig betydning at en ferdig epikrise blir sendt raskt og er tilgjengelig før neste konsultasjon. Dersom primærlegen blir konsultert før den endelige epikrisen mottas, kan likevel viktig informasjon fra sykehusoppholdet formidles videre via den foreløpige epikrisen. Om denne omtalte smerteproblematikk og kunne være til hjelp i behandlingen i allmennpraksis, ble imidlertid ikke registrert i denne studien.

For å få et mer helhetlig bilde av hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og primærhelsetjenesten fungerer, kunne det ha vært nyttig med registrering også fra primærlegens side.

5.4 Metodekritikk

Det første smerteskjemaet ble fylt ut dagen etter innleggelse. I de tilfellene der nettopp smerteproblematikk var bakgrunn for innleggelsen, var smertestillende tiltak da allerede iverksatt og smertene bedre lindret. Dersom smertene hadde blitt registrert idet pasientene kom til avdelingen, kunne en i større grad ha fulgt smerteutviklingen helt fra oppholdets start. Dette er noe som ble påpekt av flere av pasientene.

Flere pasienter var usikre på angivelse av smerteintensitet på numeriske skalaer, særlig fordi skalaen inneholdt hele 11 verdier. Da pasientene heller ikke hadde tidligere besvarelser tilgjengelig for sammenligning, kunne resultatet være at små forandringer i tallverdiene egentlig ikke representerte reelle endringer. For noen hadde det sannsynligvis vært enklere å beskrive smerter med en verbalskala bestående av færre verdier, for eksempel med en inndeling i ingen, lette, moderate eller sterke smerter/påvirkning.

Da datainnsamlingen var i gang, så en at smertegraden de forskjellige tallene representerte (se pkt. 3.4) var ulogisk og avvikende fra inndelingen i andre studier (moderate smerter skulle ha inkludert tallet 4 i tillegg til 5-7 på skalaen). Siden pasienter allerede var blitt opplyst om inndelingen, måtte jeg likevel følge denne.

Ni av deltakerne fylte ut kun ett eller to av totalt tre skjema, og ved siste utfylling var det et frafall på 50% (8 av 16). Det var derfor vanskelig å vurdere utviklingen og oppfølgingen av smertene hos disse, samt å sammenligne resultatene i studiepopulasjonen. Dette kan være en svakhet ved å gjøre smertere registrering ved flere tidspunkter. En tverrsnittundersøkelse ville på sin side ha vært enklere å gjennomføre, men hadde ikke vært like interessant ut fra formålet med prosjektet.

6. KONKLUSJON

Pilotprosjektet viste at hovedandelen av pasientene hadde lette smerter, og at smerteproblemene ble fulgt opp i Kreftavdelingen. Ved systematisk registrering av smerte vil en likevel kunne sikre at smerteproblemene ikke overses. Det kan derfor være nyttig med rutinemessig smertere registrering når pasienter med kjent metastatisk kreftsykdom legges inn i sykehus. I den kliniske studien som vurderes gjennomført i Nord-Norge, vil spørsmålsformularet Brief Pain Inventory (BPI) kunne egne seg. Da smertere registrering ved bruk av BPI er ressurskrevende og omstendelig, vil imidlertid et kortere skjema være mer aktuelt ved gjentakende registrering i klinisk sammenheng. De fleste epikrisene inneholdt informasjon om pasientens smerteproblematikk. Det er usikkert når disse ble sendt ut, og for primærlegen kunne den foreløpige epikrisen være til hjelp ved kontakt med pasienten inntil den endelige epikrisen ble mottatt. Fra denne studien kan det ellers bemerkes at ingen av pasientene som returnerte smerteskjema, hadde konsultert primærlegen etter utskrivning.

7. REFERANSER

1. NOU. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. 1997;20:kap. 8.12.5.3. Tilgjengelig på: <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020013/index-dok000-b-n-a.html>. Lest: 2003-09-15.
2. Statens legemiddelverk. Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet: Terapianbefaling. 2001;02:69. Tilgjengelig på: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/2001/publikasjon2-2001.pdf>. Lest: 2003-09-15.
3. Statens legemiddelverk. Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet: Terapianbefaling. 2001;02:55-56. Tilgjengelig på: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/2001/publikasjon2-2001.pdf>. Lest: 2003-09-15.

4. Cleeland C. The impact of pain on patient with cancer. *Cancer* 1984;54:2635-41.
5. Cleeland C, Daut RL. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:1913-8.
6. Zhukovsky D, Gorowski E, Hausdorff J, Napolitano B, Lesser M. Unmet analgesic needs in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995;10(2):113-9.
7. Kaasa S, Borchgrevink PC. Definisjon og klassifikasjon av smerte. I: Kaasa S, red. *Palliativ behandling og pleie*. Oslo. Ad Notam Gyldendal; 1998:s. 299-302.
8. Ingham J, Portenoy RK. The measurement of pain and other symptoms. I: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford. Oxford University Press; 1997:s. 203-19.
9. Statens legemiddelverk. Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet: Terapi anbefaling. 2001;02:6. Tilgjengelig på: <http://www.legemiddelverket.no/terapi/2001/publikasjon2-2001.pdf>. Lest: 2003-09-15.
10. Au E, Loprinzi E, Dhodapkar M, Novotny P, Hammack J, O'Fallon J. Regular use of a verbal scale improves the understanding of oncology inpatient pain intensity. *Journal of Clinical Oncology* 1994;12(12):2751-5.
11. Rhodes D, Koshy R, Waterfield W, Wu A, Grossman S. Feasibility of quantitative pain assessment in outpatient oncology practice. *Journal of Clinical Oncology* 2001;19(2):501-8.
12. Kaasa S. Smertediagnostikk. I: Kaasa S, red. *Palliativ behandling og pleie*. Oslo. Ad Notam Gyldendal; 1998:s. 320-1.
13. Bjørge S, Bremnes RM, Wist E, Aune H. Smertebehandling hos pasienter som har kreft. I: Dahl O, Christoffersen T, Kvaløy S, Baksaas I, red. I: *Elektronisk utgave av Cytostatikaboken*. 6. utgave. Oslo. Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening; 1999:kap. 9. Tilgjengelig på: <http://www.farmakoterapi.uio.no/cytostatika/>. Lest: 2003-09-15.

14. Kaasa S. Smertediagnostikk. I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo. Ad Notam Gyldendal; 1998:s. 313.

15. NOU. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. 1997;20:kap. 7.5.1. Tilgjengelig på: <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020013/index-dok000-b-n-a.html>. Lest: 2003-09-15.

16. NOU. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. 1997;20:kap. 2.10. Tilgjengelig på: <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020013/index-dok000-b-n-a.html>. Lest: 2003-09-15.

17. NOU. Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. 1999;2:kap. 12.2. Tilgjengelig på: <http://odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020025/index-dok000-b-f-a.html>. Lest: 2003-09-15.

18. Klepstad P, Loge JH, Borchgreving PC, Mendoza TR, Cleeland CS, Kaasa S. The Norwegian Brief Pain Inventory questionnaire: Translation and validation in cancer pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002;24(5):517-25.

19. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L et al. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002;23(3):239-55.

20. Nordøy T, Svensen R, Ervik B, Buitink M, Boge J, Opdahl R. Håndbok i Lindrende behandling. Tromsø. Kompetansesenteret for lindrende behandling i nord; 2003.

8. VEDLEGG

1. Forespørsel om å delta i prosjekt i regi av medisinstudent
2. Smerteskjema (BPI/1) (spørsmål 1-7)
3. Smerteskjema (BPI/2) (spørsmål 8-17)
4. Vedr. prosjektet "Smertereregistrering hos kreftpasienter" (brev til pasientene)
5. Pasientskjema
6. Vedlegg til pasientskjema (Karnofsky Index)
7. Søknad om prosjektgjennomføring ved Kreftavdelingen på UNN

9. TABELLER OG FIGURER

Tabell 1 **Pasientkarakteristika**

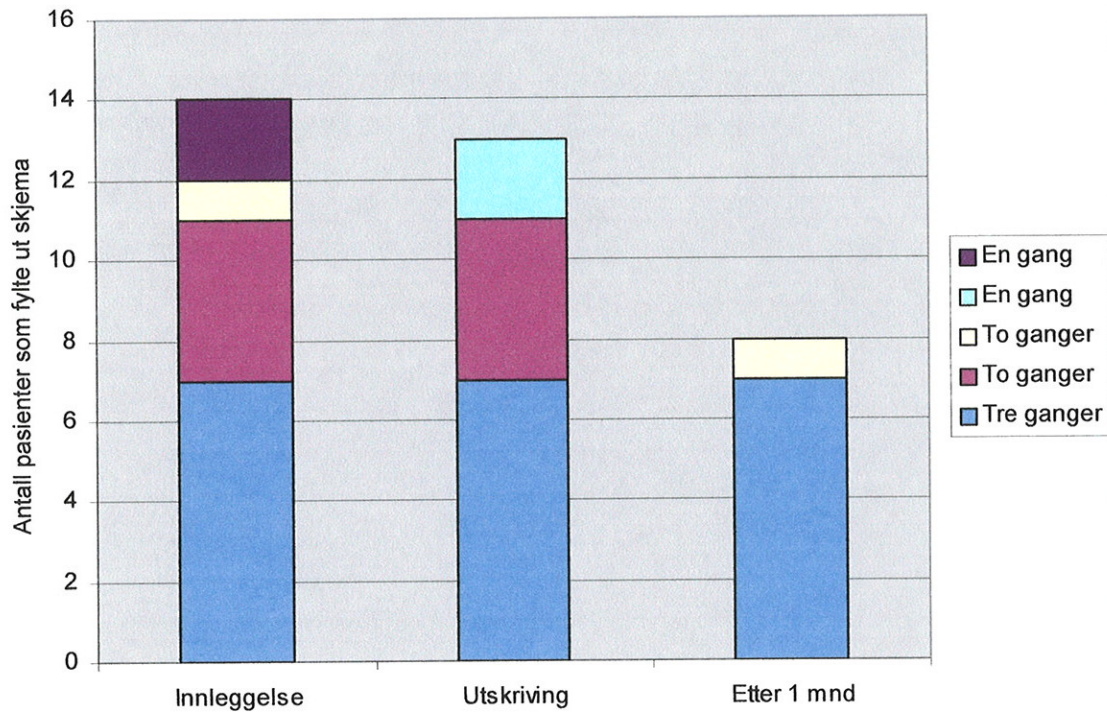
<i>Demografisk informasjon</i>	<i>Antall</i>	<i>Alder *</i>
Kvinner	7	59 (39-74)
Menn	9	58 (30-72)
<i>Karnofsky index **</i>	<i>Antall</i>	
80-100%	9	
50-70%	6	
10-40%	1	
<i>Kreftdiagnoser</i>	<i>Antall</i>	
Urinveier	4	
Mage/tarm	3	
Bryst	3	
Prostata	2	
Ben/bindevev	2	
Hud	1	
Endokrint organ	1	
<i>Metastaselokalisasjon ***</i>	<i>Antall</i>	
Skjelett	10	
Glandler	4	
Lever	4	
Lunge	2	
Hjerne	1	

* Alder er angitt som median. Variasjonsbredden står i parantes.

** Karnofsky index angir aktivitetsnivå. 80-100%= Utfører normal aktivitet, trenger ikke spesielt stell. 50-70%= Ute av stand til å arbeide. Klarer seg hjemme, greier personlig stell. Trenger varierende grad av hjelp. 10-40%= Ute av stand til å greie seg selv. Avhengig av pleie. Sykdommen i progresjon.

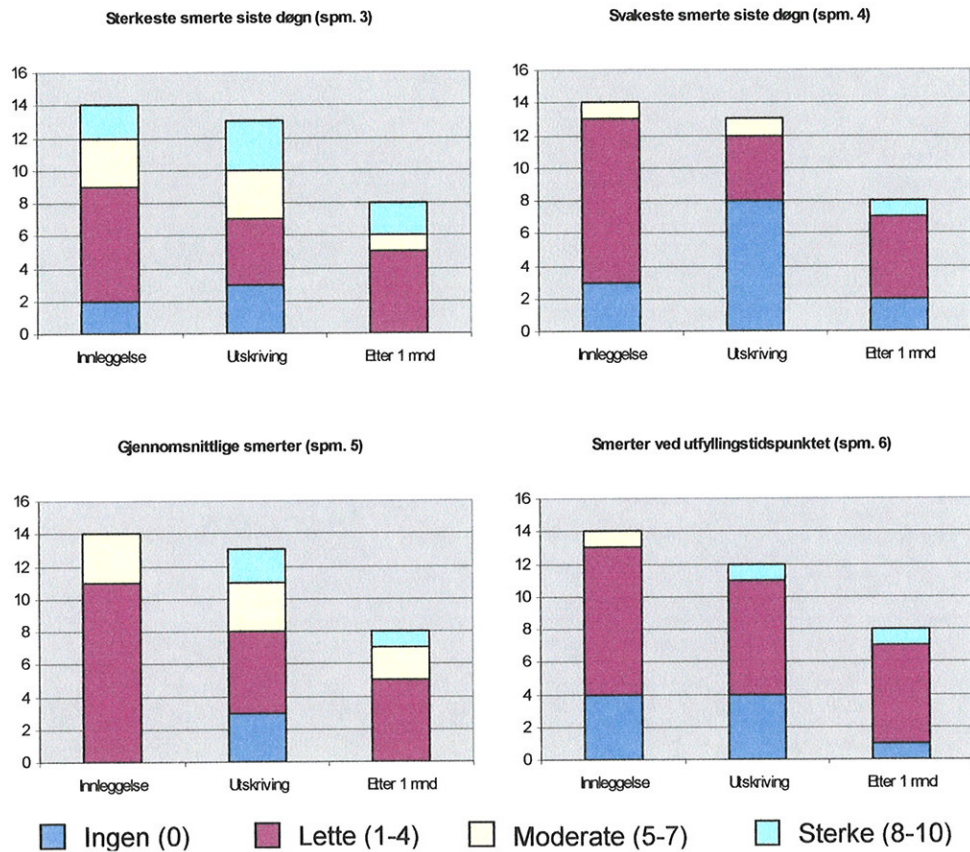
*** 4 pasienter hadde metastaser til flere enn et organ/vev.

Figur 1 Utfylling av skjema ved de forskjellige tidspunktene

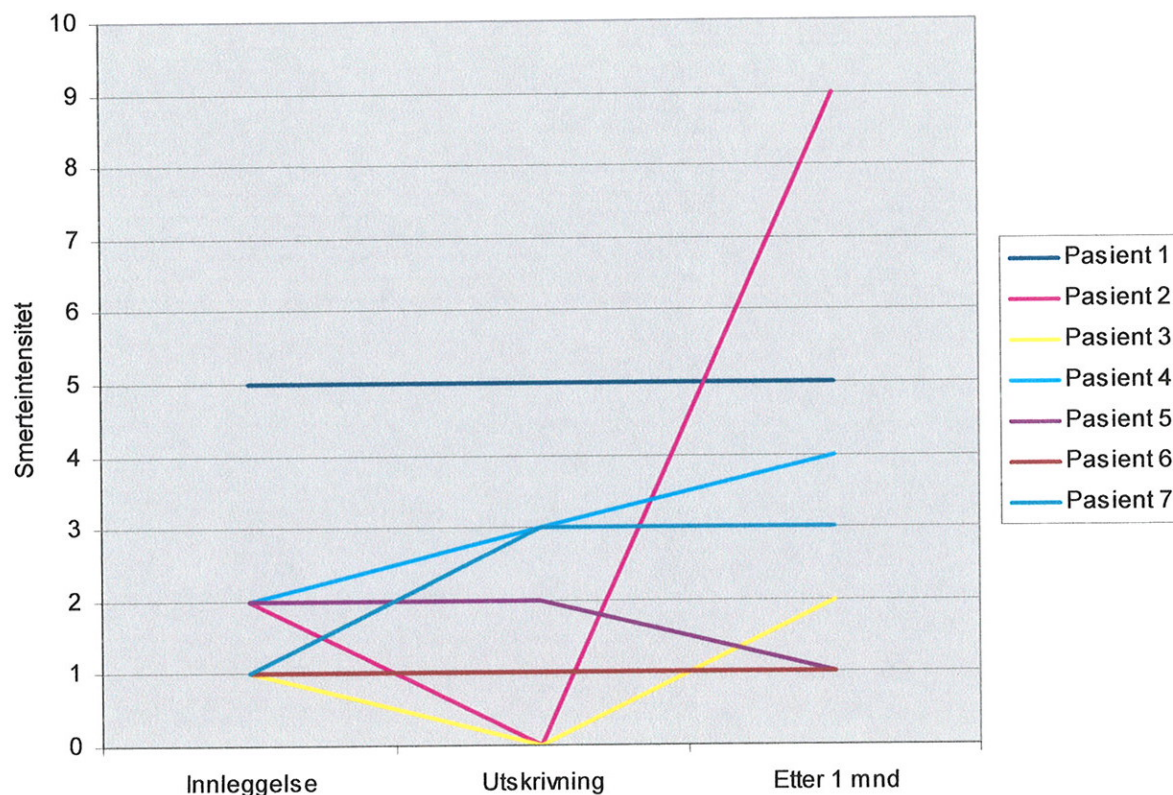


Antall pasienter

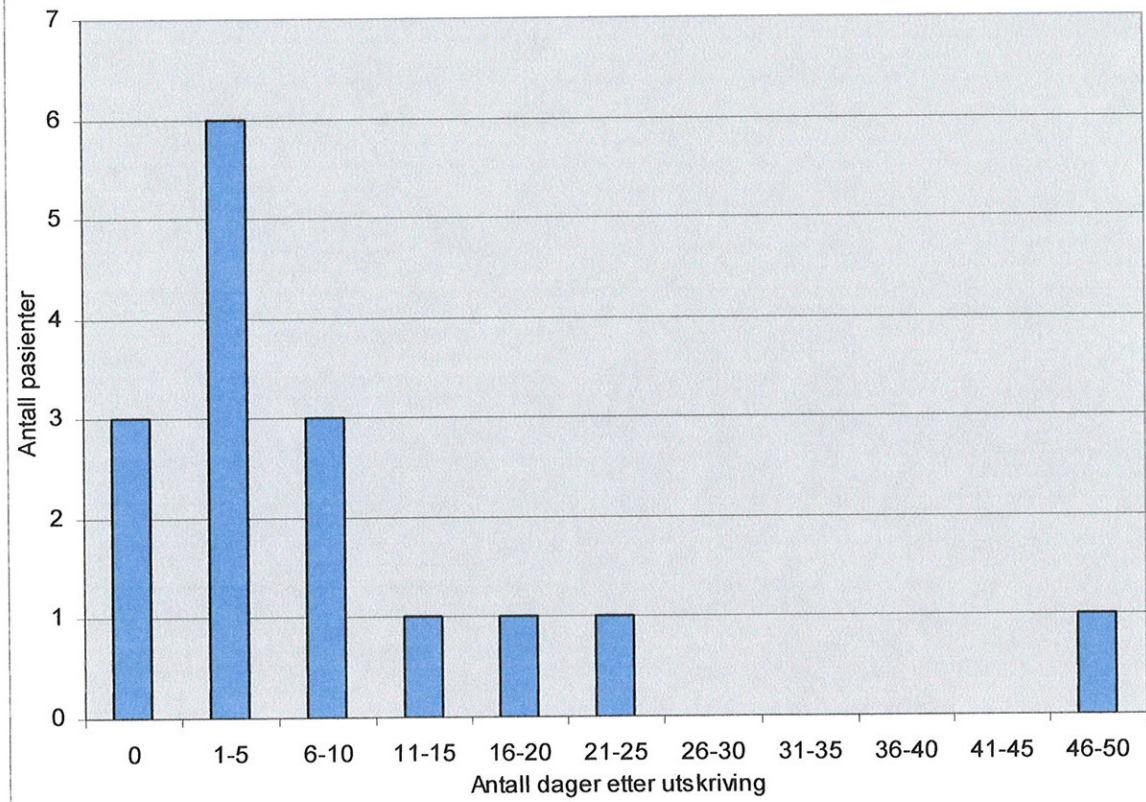
Figur 2 Smerter av forskjellige grader og ved ulike tidspunkt



Figur 3 Smerteutvikling basert på gjennomsnittlige smerter



Figur 4 Tidspunkt for epikriseskriving



FORESPØRSEL OM Å DELTA I PROSJEKT I REGI AV MEDISINSTUDENT

Til deg som er innlagt ved Kreftavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)!

Jeg er medisinstudent ved Universitetet i Tromsø og gjennomfører et prosjekt ved Kreftavdelingen på UNN. Prosjektet er grunnlag for studieoppgaven vi har på det femte året.

Temaet for oppgaven er smerteregistrering hos kreftpasienter med et smerteproblem og informasjonen som går til fastlegen vedrørende dette. Formålet med prosjektet er å kartlegge hvor sterke smerter pasientene har og hvordan de påvirker livet, samt utviklingen og oppfølgingen av smertene. I tillegg vil en kunne se om smerteregistrering er et praktisk redskap for å få fram smerteproblemene hos pasienter innlagt ved Kreftavdelingen. Prosjektet vil foregå ved bruk av etablerte registreringsskjemaer, som dels fylles ut av deg som pasient og dels av meg. Det er ønskelig å gjøre dette ved innleggelse, utskrivning og en måned etter utskrivning. Ved utfylling under oppholdet ved Kreftavdelingen vil jeg være tilstede, dersom du ønsker det. Det tar 15-30 minutter å gi informasjon om prosjektet og fylle ut skjemaet. Skjemaet som skal fylles ut etter utskrivning, vil bli tilsendt deg. På skjemaet registreres smerte ved hjelp av smertekart og smerteskala, samt smerters innvirkning på livet. Som ledd i prosjektet ønskes opplysninger fra journal. Dersom du samtykker i deltakelse i prosjektet, samtykker du også i at student Trude Mortensen og veileder/overlege Tone Nordøy får tilgang til journalopplysninger om diagnose og oppfølging av sykdommen.

Deltakelse i prosjektet er frivillig, og det kreves ingen begrunnelse for ikke å delta. Du kan også trekke deg fra deltakelse i prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt uten begrunnelse og uten at det har konsekvenser for deg. Opplysningene som kommer fram i registreringsskjemaene, vil anonymiseres i oppgaven. Utfylte skjema vil kun være tilgjengelige for meg og veilederen min. Innsamlede data vil bli oppbevart innelåst og slettet senest innen utgangen av 2004.

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med overlege Tone Nordøy ved Kreftavdelingen på UNN. Dersom du ønsker flere opplysninger eller har spørsmål, kan du kontakte student Trude Mortensen på telefon 92205609 eller overlege Tone Nordøy på telefon 77626777.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, bes du underskrive samtykkeerklæringen. Du beholder et eksemplar selv. På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Trude Mortensen

Trude Mortensen

tlf: 92 20 56 09

epost: trude@digitus.no

SAMTYKKEERKLÆRING

Angående pilotprosjektet «Smerteregistrering hos kreftpasienter». Jeg har lest/blitt forklart ovenstående informasjon og sier meg villig til å delta i prosjektet.

Sted og dato:.....

Navn (med blokkbokstaver):.....

Underskrift:.....

Smerteregistrering hos kreftpasienter
Smerteskjema (BPI/1)

Fylles ut av pasienten 3 ganger ifm. sykehusopphold

Utfylt dato

Pasientnr

Pasientens navn

Skjemaet er utfyllt ved innleggelse ved utskrivning 1 måned etter utskrivning

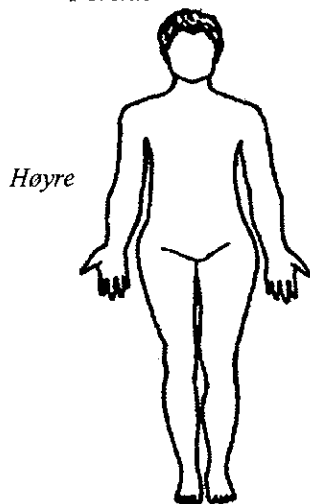
Hvis 1 måned etter utskrivning er fylt ut over, har du vært til kontroll hos din fastlege? Ja Nei

1. Gjennom livet har de fleste av oss hatt smerter (som lett hodepine, forstuelser eller tannpine). Har du i dag smerter av et annet slag enn slike dagligdagse smerter? Ja Nei

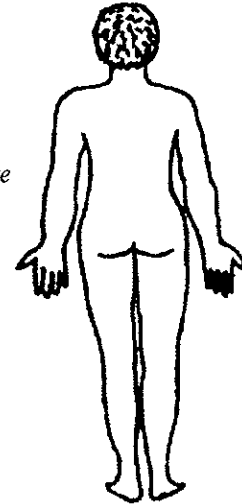
2. Skraver de områdene på kroppen hvor du har smerter. Marker med et kryss der du har mest vondt.

Forside

Bakside



Venstre



Venstre

Høyre

3. Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av de siste 24 timer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smerter Verste tenkelige smerter

4. Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av de siste 24 timer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smerter Verste tenkelige smerter

5. Vennligst sett ring rundt det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smerter Verste tenkelige smerter

6. Vennligst sett ring rundt det tallet som best angir hvor sterke smerter du har akkurat nå.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ingen smerter Verste tenkelige smerter

7. Hvilken behandling eller medisiner får du for å lindre smertene dine?

Vennligst snu arket!

Smerteregistrering hos kreftpasienter

Smerteskjema (BPI/2)

Fylles ut av pasienten 3 ganger ifm. sykehusopphold

8. I hvor stor grad har behandling eller medisiner lindret smertene dine de siste 24 timene?
Vennligst sett en ring rundt det prosenttallet som viser hvor stor smertelindring du har fått.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Ingen lindring *Fullstendig lindring*

Sett en ring rundt det tallet som for de siste 24 timene best beskriver hvor mye smertene har virket inn på:

9. Daglig aktivitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

10. Humør

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

11. Evne til å gå

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

12. Vanlig arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

13. Forhold til andre mennesker

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

14. Søvn

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

15. Livsglede

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ikke påvirket *Fullstendig påvirket*

16. Hva er din hovedbekymring?

17. Kommentarer

Tusen takk for hjelpen!

Skjemaet er utfyllt i samarbeid med

lege student sykepleier annen ingen

Årsak hvis skjemaet ikke er utfyllt

Til deg som har vært
med i prosjektet

Vedr. prosjektet "Smerteregistrering hos kreftpasienter"

Da du var innlagt ved Kreftavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge for ca. en måned siden, fylte du ut et skjema som omhandlet smerte. Dette er en del av et prosjekt i samarbeid med overlege Tone Nordøy.

Det er ønskelig at du nå fyller ut det vedlagte skjemaet og returnerer det i den frankerte konvolutten så snart du har anledning. Som hjelp ved avmerking på tallskala, kan det nevnes at tallene 1-4 representerer svake smerter/svak påvirkning, 5-7 middels sterke smerter/middels sterk påvirkning og 8-10 sterke smerter/sterk påvirkning.

På forhånd takk for innsatsen i prosjektet!

Vennlig hilsen

Trude Mortensen
medisinstudent ved UiTø

Pasientskjema

Fylles ut ved innleggelse på sykehus

Pasientnr

Utfylt dato Pasienten legges inn fra Avdeling

Etternavn Fornavn

Fødselsdato Personnummer Kjønn Mann Kvinne Vekt kg Karnofsky status

(Se bakside)

Postnr Sted Skjema fylt ut av

Diagnose (sett kun ett kryss)

Brystkreft Gynekologisk
 Prostatakreft Annen, spesifiser
 Mage-tarmkreft
 Hematologisk

Diagnosetidspunkt

Mnd År

Metastaser

Skjelett
 Lever
 Hjerne
 Ingen
 Annen, spesifiser

Kreftbehandling siste uke

Strålebehandling
 Cellegift
 Kirurgiske inngrep
 Hormonbehandling
 Ingen

Andre sykdommer

Hjerte-karsykdommer Reumatisme
 Lungesykdom Kognitiv svikt
 Leversvikt Ingen
 Nyresvikt Annen, spesifiser
 Anemi

Faste medisiner: Type/Dose/Hyppighet

Når startet pasienten med morfin?

Mnd År

Fast morfinmedisinering siste 24 timer		Morfinmedisinering ved behov siste 24 timer	
Administrasjonsform	Døgndose	Administrasjonsform	Døgndose
<input type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="text"/> mg
<input type="checkbox"/> Subcutan	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Subcutan	<input type="text"/> mg
<input type="checkbox"/> Intravenøs	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Intravenøs	<input type="text"/> mg
<input type="checkbox"/> Suppositorier	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Suppositorier	<input type="text"/> mg
<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="text"/> mg	<input type="checkbox"/> Epidural	<input type="text"/> mg

Vedlegg til Pasientskjema

Brukes for å kunne fylle ut feltet Karnofsky status på Pasientskjemaet

Karnofsky Index**Kriterier for aktivitesstatus ved skjelettmetastatisk kreftsykdom**

Utfører normal aktivitet, trenger ikke spesielt stell	100%	Normal. Ingen plager eller subjektive tegn på sykdom.
	90%	Klarer normal aktivitet, sykdommen gir lite symptomer.
	80%	Klarer med nød normal aktivitet. Sykdommen gir en del symptomer.
Ute av stand til å arbeide. Klarer seg hjemme, greier personlig stell. Trenger varierende grad av hjelp.	70%	Klarer seg selv, ute av stand til normal aktivitet eller aktivt arbeid.
	60%	Trenger noe hjelp, men klarer stort sett å tilfredstille egne behov.
	50%	Trenger betydelig hjelp og stadig medisinsk omsorg.
Ute av stand til å greie seg selv. Avhengig av pleie. Sykdommen i progresjon.	40%	Ufør, trenger spesiell hjelp og omsorg.
	30%	Helt ufør, hospitalisering nødvendig, men fare for død er ikke overhengende.
	20%	Svært syk, hospitalisering og understøttende behandling nødvendig.
	10%	Moribund, dødsprosessen er i rask fremmarsj.
	0%	Død

Trude Mortensen
Budalsveien 15 a
9415 HARSTAD

UNN
Kreftavdelingen
v/Avdelingsledelsen
9038 TROMSØ

Harstad, 25. februar 2003

Søknad om prosjektgjennomføring ved Kreftavdelingen på UNN

Jeg er en 5. års medisinstudent fra UiTø, som snart skal igang med oppgaveperioden på studiet. I løpet av min praksis på Hålogalandssykehuset Narvik ble oppgaven påbegynt. Det videre prosjektarbeidet ønsker jeg å gjennomføre ved Kreftavdelingen på UNN. I den forbindelse søker jeg om godkjenning fra avdelingsledelsen.

Temaet for oppgaven er smerteregistrering på sykehus og kommunikasjon med allmennpraksis vedrørende kreftpasienters smerteproblemer. Jeg har tenkt å bruke registreringsskjema, som dels fylles ut av pasienten og dels av meg (eller personell involvert med pasienten). Dette skal gjøres ved innleggelse, utskrivning og en måned etter utskrivning. På skjemaene registreres smerte vha. smertekart og smerteskala, samt smerter innvirkning på livet. I tillegg vil opplysninger om bl.a. kjønn, alder, diagnose og behandling innhentes. Videre skal jeg se hvordan et evt. smerteproblem omtales i epikrisen, samt når epikrisen sendes ut.

Arbeidet er ment å være en pilotundersøkelse. Den kan gi svar på om smerteregistrering praktisk lar seg gjennomføre på sykehus og hvordan pasientens smerteproblem følges opp. Smerteregistreringen vil også være et mål på smerteutviklingen under og etter sykehusoppholdet.

I samarbeid med veilederen min, overlege Tone Nordøy ved Kreftavdelingen på UNN, har jeg utformet en plan for oppgaven. Hovedinnholdet i denne er beskrevet her.

Jeg ønsker å gjøre registreringen ved Kreftavdelingen over en periode på ca. fire uker. Jeg ønsker å begynne 10. mars og håper dette går i orden.

Jeg kommer til Tromsø i neste uke (uke 10). Dersom det er behov for ytterligere informasjon fra meg, kan vi avtale et møte da. Ellers kan Tone Nordøy besvare evt. spørsmål. Avdelingsledelsen vil for øvrig få et eksemplar av registreringsskjemaene før prosjektstart.

Med vennlig hilsen

Trude Mortensen
tlf: 92 20 56 09
epost: trude@digitus.no

Vedlegg:
Plan for 5.årsoppgaven for Trude Mortensen

Godkjent:

Trude Mortensen 5/5-2003
Dato/sted

Jan Norum
Avdelingsleder JAN NORUM