

# Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Mange kreftpasienter får ikke adekvat smertelindring. En årsak kan være manglende registrering av pasientens smerter. Vi ønsket å undersøke i hvilken grad og hvordan smerter og andre symptomer blir dokumentert ved innleggelse i sykehus.

**Metode.** Vi inkluderte 201 kreftpasienter under pågående morfinbehandling og undersøkte om leger og sykepleiere dokumenterte smerte og andre symptomer ved innleggelse i avdelingen. Leger og sykepleieres registrering av smerte og andre symptomer ble sammenliknet med pasientenes egenrapport av smerte.

**Resultater.** Status for smerte ble registrert ved 90 % av innleggelsene. Leger registrerte smerte noe hyppigere enn sykepleiere. Både leger og sykepleiere brukte hovedsakelig fritekst i registreringene. Sykepleierne brukte standardiserte metoder for gradering av smerteintensitet oftere enn legene. Status for avføring ble registrert ved 81 % av innleggelsene, sedasjon ved 37 % og kvalme ved 31 % av innleggelsene. De fleste pasientene hvor dokumentasjon av smerte manglet, hadde lav egenrapportert smerteintensitet.

**Fortolkning.** Studien viser at både leger og sykepleiere dokumenterer smerte for de fleste pasienter innlagt i sykehus. Andre symptomer blir sjeldnere dokumentert. En standardisert metode for måling av symptomenes intensitet ble sjelden brukt. Dette signaliserer et behov for standardiserte registreringsmetoder som en del av inntakstatus for kreftpasienter.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:**  
Se til slutt i artikkelen

### Mette Seland\*

Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin

### Stein Kaasa

Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin og  
Avdeling for kreft og hudsykdommer  
St. Olavs Hospital

### Pål Klepstad

[pal.klepstad@medisin.ntnu.no](mailto:pal.klepstad@medisin.ntnu.no)  
Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7489 Trondheim  
og  
Klinikk for anestesi og akuttmedisin  
St. Olavs Hospital

\* Nåværende adresse:  
Medisinsk avdeling  
Sykehuset Telemark

Opioider er de mest brukte medikamenter i behandling av kreftsmarter. Effektiv dose varierer slik at det kreves en individuell dosetitrering for tilfredsstillende smertelindring. For å styre behandlingen må derfor smerte og mulige bivirkninger følges kontinuerlig.

Intensitet av smerte og bivirkninger kan måles ved at pasienten selv rapporterer symptomene. Det brukes tre hovedtyper endimensjonale skalaer, visuell analog skala hvor pasienten anfører smerteintensitet på en linje trukket fra utsagnet «ingen smerte» til utsagnet «verst tenkelig smerte», verbal skala hvor pasienten velger mellom forhåndsdefinerte kategorier for intensitet, og numerisk skala hvor pasienter graderer smerten ut fra en tallskala (fig 1) (1). Flerdimensjonale spørreskjemaer beskriver ulike karakteristika ved pasientens smerter (1) for eksempel smertens innvirkning på funksjon (Brief Pain Inventory) (2) eller smertekvaliteter (McGill Pain Questionnaire) (3).

Det er dårlig sammenheng mellom pasientens opplevde smertegrad og grad av smerte oppfattet av helsepersonell, og profesjonelle har en tendens til å underestimere smerte og andre symptomer (4). Pasientens egenrapporterte grad av smerte og bivirkninger må derfor regnes som gullstandard, og man bør bruke standardiserte og reproduerbare metoder for måling av smerte og andre symptomer.

Til tross for anbefalinger om systematisk måling av smerte, diagnostiske kriterier og behandling av kreftpasienters smerte, er det mange som ikke får god nok lindring (5, 6). En forklaring kan være at leger og sykepleiere ikke diagnostiserer pasientens smer-

ter godt nok. I denne studien ønsket vi derfor å undersøke i hvilken grad smerte og bivirkninger av morfin blir registrert ved inntak i avdelingen samt hvilke metoder som brukes for måling av smerte og andre symptomer. Videre sammenliknet vi pasientenes egenrapporterte smerte med hva som var blitt registrert av helsepersonellet.

## Materiale og metode

Vi benyttet et materiale på 300 pasienter innsamlet til en farmakologisk studie av morfin (7). Studien inkluderte alle pasienter over 18 år med kjent kreftdiagnose som brukte morfin ved innleggelse i Kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital i tidsrommet juni 1999 til februar 2001. Smerteregistrering ble ikke undersøkt hos pasienter hvor man ikke fant journal (n = 3), som ble inkludert senere under sykehusoppholdet (n = 51) eller som ikke besvarte spørreskjema (n = 45).

Vi registrerte demografiske variabler, tid fra kreftsykdommen ble påvist, samt Karnofskys funksjonsstatus (8). Egenrapportert smerte ble registrert ved bruk av Brief Pain Inventory for smerte i gjennomsnitt siste 24 timer (0 – ingen smerte, 10 – verst tenkelig smerte) (2, 5). Pasientenes egenrapporterte smerteskår var ikke tilgjengelig for helsepersonell på sykeposten under innleggelsen (5, 7).

Dokumentasjon utført av lege eller sykepleier ble funnet ved gjennomgang av pasientens journal og kurve med tanke på notater om smerte, kvalme, obstipasjon, sedasjon, andre bivirkninger av opioider, samt morfindose. Vi registrerte alle opplysninger som var samlet inn i løpet av innleggelsesdøgnet, dvs. perioden fra pasienten ble lagt inn og frem til vaktskiftet neste morgen. Innleggelsesjournaler diktert eller skrevet dagen etter ankomsten ble tatt med i inntakregistreringen. Opplysninger om smerte og andre symptomer fra henvisningsskriv og

## ! Hovedbudskap

- Status for smerte registreres ved de fleste innleggelse av kreftpasienter
- Metodene som brukes til registrering av smerte og bivirkninger er sjelden reproduerbare
- Registrering av smerte og bivirkninger bør standardiseres og tas med i inntaksjournalen

overflyttingsrapporter ble ikke tatt med siden hensikten med studien var å finne ut hva som ble dokumentert i sykehuset.

For smerte og bivirkninger ble det registrert om symptomet var dokumentert ved innkomst, og om registreringen var utført av lege, sykepleier eller begge. Registreringsmetoden ble kategorisert i en eller flere av fem følgende grupperinger:

- Fritekstregistreringer med bruk av egne formuleringer. Ut fra teksten ble symptomenes intensitet kategorisert som ikke til stede, lite, moderat, sterkt eller uspesifisert
- Smertekart – kroppskart hvor pasienten skraverer områder på kroppen med smerter
- Visuell analog skala
- Verbal skala
- Annet – skjema utviklet lokalt i avdelingene

Det ble ikke regnet som en smerteregistrering at pasienten hadde behov for ekstra smertestillende medikamenter. Sedasjon ble definert som tretthet eller døsigthet med eller uten endring i bevissthetsnivå. Slapphet (fatigue) ble oppfattet som et symptom forskjellig fra sedasjon. Obstipasjon ble definert som sjelden eller mangelfull tømming av avføring. Vi tok ikke stilling til om kvalme, obstipasjon og sedasjon skyldtes opioider eller hadde andre årsaker. For at andre bivirkninger skulle bli registrert, måtte det være anført i journalen at de skyldtes opioider. Hvis ikke annet ble opplyst, antok vi at smertekart, visuell analog skala og andre standardiserte skjemaer utenom legejournalen ble utfylt av sykepleier.

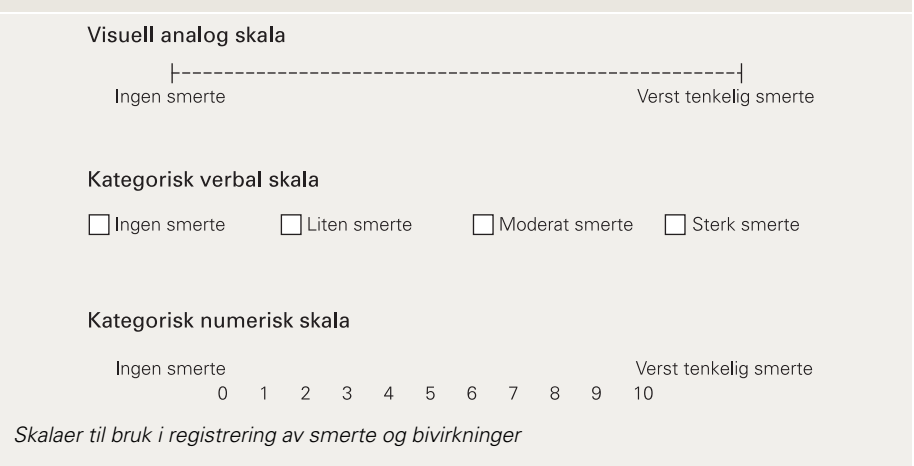
Ut fra registreringer av pasientenes egenrapport av smerte delte vi dem inn i fem grupper i henhold til Brief Pain Inventory (9): Ingen smerte, 0 poeng; lite smerte, 1–4 poeng; moderat smerte, 5–6 poeng; sterk smerte, 7–10 poeng; ikke spesifisert.

Studien ble anbefalt av den regionale komiteen for medisinsk forskningsetikk i daværende helseregion IV, og alle pasientene gav informert muntlig og skriftlig samtykke før de ble inkludert. Data er angitt med gjennomsnitt og variasjonsbredde og analysert med statistikkprogrammet SPSS 11.00.

## Resultater

201 pasienter ble inkludert i studien. Nærmere beskrivelse er gitt i tabell 1. 196 av pasientene brukte morfin fast ved innleggelsen, mens fem brukte morfin ved behov. Morfin ble administrert peroralt til 185 pasienter og subkutant til 11. Gjennomsnittlig dosering for morfin gitt peroralt var 131 mg/døgn (10–1 400 mg/døgn). For morfin gitt subkutant, var gjennomsnittsdosen 181 mg/døgn (15–600 mg/døgn). Mer enn halvparten av pasientene (n = 114) fikk tillegg av morfin gitt ved behov for gjennombruddssmerter. Tilleggsdoser ble administrert peroralt (n = 105), subkutant (n = 5), rektalt (n = 2), intramuskulært (n = 1) eller intravenøst (n = 2).

**Figur 1**



For 181 pasienter (90 %) ble smerte registrert etter innkomst i avdelingen. For 122 pasienter ble smerte registrert både av lege og av sykepleier. Ved 48 innleggelse var det bare lege som registrerte smerte, og ved 11 innleggelse ble smerte kun registrert av sykepleier. Legen registrerte smerte ved totalt 85 % av innleggelsene, mens sykepleier registrerte smerte ved 66 % av innleggelsene. Legene brukte fritekst ved samtlige registreringer og tillegg av visuell analog skala ved sju registreringer. Sykepleierne

brukte fritekst ved 128 av totalt 133 registreringer, og smertekart, visuell analog skala, verbal skala og andre metoder ved henholdsvis 20, 11, sju og 11 registreringer. Fordelingen av pasientenes registrerte smerteintensitet og andelen pasienter uten beskrivelse av smerteintensitet er angitt i tabell 2.

For pasienter hvor lege eller sykepleier ikke dokumenterte smerte fant vi i de fleste tilfeller lav egenrapportert smerte (fig 2). Det vil si at det stort sett registreres at pasienten har smerte dersom alvorlighetsgra-

**Tabell 1** Beskrivelse av pasientgruppen

Mann/kvinne	110/91
Alder (år), gjennomsnitt (variasjonsbredde)	62 (29–89)
Avdeling innlagt	
Kreftavdelingen	191
Andre avdelinger	10
Kreftdiagnose	
Bryst	41
Prostata	39
Lunge	32
Mage-tarm	25
Hematologisk	17
Urologisk	16
Pancreas	5
Gynekologisk	1
Annen	16
Ukjent fokus	9
Viktigste metastaselokalisasjon	
Skjelett	81
Lunge	19
Lever	5
Hjerne	3
Andre	48
Tid fra diagnose (md.), median (variasjonsbredde)	17 (0,5–216)
Gjennomsnittlig Karnofsky Performance Status (variasjonsbredde)	69 (30–90)

**Tabell 2** Smerte kategorisert ut fra dokumentasjon i journal

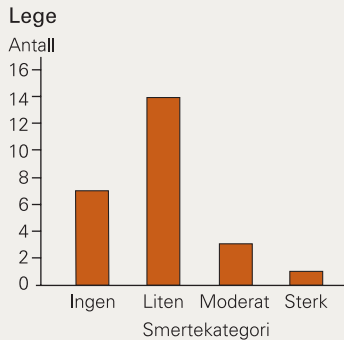
	Lege (%)	Sykepleier (%)
Ingen smerte	28 (14)	21 (10)
Liten smerte	20 (10)	9 (4,5)
Moderat smerte	10 (5,0)	18 (9,0)
Sterk smerte	24 (12)	12 (6,0)
Smertegrad spesifiseres ikke	88 (44)	73 (36)
Totalt registrert	170 (85)	133 (66)
Smerte ikke registrert	31 (15)	68 (34)
Totalt	201 (100)	201 (100)

**Tabell 3** Sammenheng mellom smerte dokumentert av lege/sykepleier i journal og pasientens egen rapport av smerte

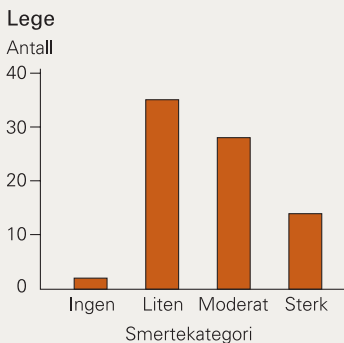
Smertekategori journal	Smertekategori egen rapport			
	Ingen	Liten	Moderat	Sterk
<i>Lege</i>				
Ingen	12	9	2	1
Liten		13	3	1
Moderat		4	2	3
Sterk		4	11	7
<i>Sykepleier</i>				
Ingen	7	6	2	1
Liten		4	2	1
Moderat	1	5	9	3
Sterk			4	4

**Figur 2**

Smerte ikke registrert ved innkomst



Smertegrad ikke spesifisert ved innkomst



Inndeling i smertekategorier basert på egenrapportert smerte (gjennomsnittlig smerte siste 24 timer) ved innleggelse hvor lege (n = 25) eller sykepleier (n = 63) ikke registrerte smerte i journalen, og ved innleggelse hvor lege (n = 79) eller sykepleier (n = 64) ikke spesifiserte smerteintensiteten i journalen

den er moderat til sterk (fig 2). For mange pasienter ble intensitet av smerte ikke beskrevet i journal eller pasientkurve (leger 88/170 registreringer, sykepleier 73/133 registreringer). Mange av disse pasientene hadde moderate eller sterke smerter (leger 53 %, sykepleier 53 %) (fig 2). For de pasientene hvor smerteintensitet var beskrevet var det godt samsvar mellom dokumentasjonen og pasientenes egenrapport (tab 3).

Status for avføring ble registrert ved 81 % av innleggelsene. Denne dokumentasjonen inngikk i de fleste tilfellene (78 %) som en del av den standardiserte innkomstjournalen tatt opp av lege. Andre symptomer ble dokumentert i mindre omfang (kvalme 31 %, sedasjon 37 %, annet 44 %) (tab 4). Lege dokumenterte konfusjon ved 35 % av innleg-

gelsene og sykepleier ved 8 % av innleggelsene. Legen brukte utelukkende fritekst i registrering av bivirkninger. Sykepleier brukte andre metoder to ganger ved registrering av kvalme og en gang ved registrering av andre bivirkninger.

**Diskusjon**

Smerte ble dokumentert for 90 % pasienter innlagt i sykehus, av lege ved 85 % og av sykepleier ved 66 % av innleggelsene. Resultatene tyder på at helsepersonellet i avdelingene er oppmerksom på smerte som problem. Studien viste imidlertid også at smertere registreringene ble utført hovedsakelig i form av fritekst; anbefalte metoder for å måle og rapportere smertens intensitet ble lite brukt.

I en tidligere spørreundersøkelse ved St. Olavs Hospital, angav 64 % at de sjelden eller aldri brukte visuell analog skala eller verbalskala i registrering av smerte. Sykepleierne i undersøkelsen brukte standardiserte metoder for måling av smerte hyppigere enn legene (4). Dette stemmer med resultatene fra vår studie hvor sykepleier supplerte oftere med smertekart (15 %), skjembaserte registreringsmetoder (11 %), visuell analog skala (8 %) eller verbal skala (5 %).

For at smertebehandlingen skal bli optimal, er det nødvendig at smerten beskrives nøyaktig. Da blir det mulig å si noe om behandlingseffekten og hvorvidt pasientens behov blir møtt (1). Beskrivelse av smerte bør standardiseres for å lette samarbeidet mellom de ulike behandlere. Resultatene fra denne studien viser at leger og sykepleiere ikke utnytter systematisk smertere registrering som redskap for å monitorere effekt av innsettende behandling mot smerter.

Status for avføring ble dokumentert for de fleste pasientene. En forklaring er at dette inngår i de naturlige funksjoner som det tas opp rapport om i standardjournalen ved innleggelse. Det er også vanlig å si noe om våkenhet og kognitiv funksjon i en standard innkomstjournal, og dette kan være noe av årsaken til at sedasjon og konfusjon ble registrert hyppig av legene.

Resultatene er oppmuntrende ved det at leger og sykepleiere ved innleggelse av pasienter med kreftsykdom merker seg status for smerte. Potensialet for forbedring ligger i å utføre dette på en mer systematisk måte. Det er utviklet flere metoder for å beskrive smerte og andre vanlige symptomer hos kreftpasienter. Et eksempel på en slik metode, som baserer seg på enkel egenrapportering av smerte og symptomer ved bruk av 0–10 numerisk skala, er Edmonton Symptom Assessment System (10). En slik skåre er egnet til å inkluderes som en vital variabel på samme måte som puls og blodtrykk i standardiserte innkomstjournaler for kreftpasienter. Som vist for avføringsstatus i denne undersøkelsen sikrer det standardiserte oppsettet i journalen at opplysninger som inngår i et slikt skjema, blir registrert for nær alle pasienter.

Vi har sammenliknet smertegrad registrert av leger og sykepleiere i pasientjournalen med pasientens egenrapporterte smerte. Smertere registreringene ble utført uavhengig av hverandre, og det gav oss mulighet til å analysere kvaliteten på registreringene foretatt i avdelingen. Studien viser at for de pasientene hvor smerteintensitet var anført av lege eller sykepleier, var det godt samsvar med pasientens egenrapport. I de tilfellene hvor smerte ikke var kommentert i journalen, var smerten som regel også et lite problem for pasienten. Dette tyder på at moderat eller sterk smerte sjelden forblir uoppdaget av helsepersonellet. Mangel på beskrivelse av smerteintensitet i journalen utelukket ikke at smerten var av alvorlig intensitet.

**Tabell 4** Registrering av opioidbivirkninger i journal av lege og sykepleier ved innkomst. Ved enkelte innleggelse registrerte lege og/eller sykepleier mer enn en bivirkning

	Totalt (%)	Lege og sykepleier	Lege	Sykepleier
Kvalme	63 (31)	22	18	23
Obstipasjon	162 (81)	32	124	6
Sedasjon <sup>1</sup>	74 (37)	15	49	9
Andre bivirkninger <sup>2</sup>	89 (44)	15	62	12

<sup>1</sup> For én pasient var det ikke oppgitt hvem som registrerte

<sup>2</sup> Her inngår for leger konfusjon (n = 70), svimmelhet/ustøhet (n = 6), urinretensjon/treg vannlating (n = 4), miøse (n = 2) og hallusinasjoner (n = 1), for sykepleier konfusjon (n = 16), svimmelhet/ustøhet (n = 8), munntørrhet (n = 4), miøse (n = 1), trist/deprimert (n = 1), hallusinasjoner (n = 1) og «følelse av å være dopet» (n = 1)

Våre metoder har enkelte begrensninger. For det første er registreringene foretatt ved ett enkelt sykehus og ved én enkelt avdeling. Kreftavdelingen har muligens andre og bedre rutiner for registrering av smerte og morfinrelaterte bivirkninger enn avdelinger som sjeldnere behandler kreftpasienter. For det annet registrerte vi kun det som ble nedskrevet i pasientjournalen. Informasjon om pasientens smerte og bivirkninger som ble overlevert muntlig er ikke notert. Dette kan ha slått særlig negativt ut for sykepleierne som har omfattende muntlige rapporter ved vaktskiftene. Videre er pasienter med bestemte kreftdiagnoser i liten grad inkludert i studien (f.eks. gynekologisk kreft og svulster i nervesystemet). Det er derfor usikkert om resultatene kan generaliseres til å gjelde alle former for kreft.

Denne studien viser at det er god oppmerksomhet blant leger og sykepleiere rundt smerte og til en viss grad også bivirkninger som problem. Intensitet av smerte og bivirk-

ninger dokumenteres i liten grad. Registrering av smerte og bivirkninger bør standardiseres, både som en del av kreftpasienters innkomstjournal og som en fortløpende registrering under innleggelsen for de pasienter hvor smerte eller andre symptomer representerer et behandlingstrengende problem.

*Manuskriptet ble godkjent 24.11. 2004.*

**Oppgitte interessekonflikter:** Stein Kaasa og Pål Klepstad har mottatt faglig støtte fra firmaer som markedsfører analgetika (Swedish Orphan, Nycomed, Janssen-Cilag og Mundipharma).

#### Litteratur

1. Caraceni A. Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 1067–75.
2. Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17: 197–210.
3. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1: 277–99.
4. Skauge M, Borchrevink PC, Kaasa S. Pasienter med kreftrelaterte og andre kroniske smerter. Prioritering og vurdering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 473–7.
5. Klepstad P, Loge JH, Borchrevink PC et al. The Norwegian Brief Pain Inventory questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 517–25.
6. Melsom H, Wist E. Terminalomsorg til kreftpasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2590–2.
7. Klepstad P, Dale O, Kaasa S et al. Influences on serum concentrations of morphine, M6G and M3G during routine clinical monitoring: a prospective survey in 300 adult cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 725–31.
8. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948; 1: 634–56.
9. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y et al. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277–84.
10. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7: 6–9.