

Et nytt skjema for kartlegging av smerter

Epidemiologiske studier antyder at 15–30 % av befolkningen har kroniske smerter som ikke skyldes kreftsykdom. Disse smertetilstandene medfører redusert helserelatert livskvalitet og funksjonsnivå. Et viktig verktøy i kartleggingen av smertetilstanden er Norsk smerteforenings minimumsspørreskjema som beskrives i denne kronikken. Skjemaet er utviklet for bruk på smerteklinikker, men kan med fordel brukes i andre deler av helsetjenesten der man behandler pasienter med kroniske smerter.

Olav Magnus S. Fredheim*olavmagn@ntnu.no*

Nasjonalt kompetansesenter

for sammensatte lidelser

og

Forskningsgruppe smerte og palliasjon

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Petter C. Borchgrevink

Nasjonalt kompetansesenter

for sammensatte lidelser

og

Forskningsgruppe smerte og palliasjon

og

Anestesiavdelingen

St. Olavs Hospital

Tormod Landmark

Nasjonalt kompetansesenter

for sammensatte lidelser

og

Forskningsgruppe smerte og palliasjon

Borrik Schjødt

Smerteklinikken

Haukeland Universitetssykehus

Harald Breivik

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

og

Anestesiavdelingen

Rikshospitalet

anbefalinger om hvilke områder som bør evalueres i kliniske smertestudier og hvilke måleinstrumenter som bør anvendes (2). Men det foreligger ikke tilsvarende anbefalinger for hvilke områder som bør evalueres og hvilke måleinstrumenter som bør anvendes i klinisk rutine.

Utvikling av skjemaet

I mangel av internasjonale anbefalinger har Norsk smerteforening utarbeidet et minimumsspørreskjema (NOSF-MISS) for bruk ved smerteklinikker i Norge. Minimumsspørreskjemaet er utviklet etter initiativ fra styret i Norsk smerteforening i 2005. Utviklingen har skjedd i et samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser i Trondheim, Borrik Schjødt ved Haukeland Universitetssykehus og Harald Breivik ved Rikshospitalet. Foreløpige utkast til skjema er blitt presentert ved Norsk smerteforenings fagkonferanser i 2006 og 2007 der det er innhentet konsensus i det norske smertefaglige miljøet.

Minimumsspørreskjemaet er ikke blitt validert, men er satt sammen av utdrag av validerte og internasjonalt anerkjente instrumenter. Utvalget samsvarer hovedsakelig med retningslinjer for hvilke utfall man bør evaluere i kliniske smertestudier; smerte, fysisk funksjon, emosjonell funksjon, subjektiv vurdering av forbedring, tilleggssymptomer/bivirkninger og etterlevelse av behandlingsopplegget (2). Ved å la skjemaet samsvare med internasjonale anbefalinger for evaluering i kliniske smertestudier, er det mulig å sammenholde data fra den kliniske rutinen med den løpende publikasjonen av forskningsdata. En annen viktig begrunnelse er at man kan bruke skjemaet som utgangspunkt for registrering i kliniske smertestudier i Norge. Det gjør logistikken enklere samtidig som vi tror

at det er lettere å forholde seg til velkjente skjemaer under datainnsamlingen. Spørreskjemaet som brukes i smertedelen av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er med få unntak også identisk med Norsk smerteforenings minimumsspørreskjema. Denne standardisering gjør det mulig å forske på sammenhengen mellom smerteepidemiologi i den generelle befolkningen og epidemiologien til pasienter som behandles ved tverrfaglige smerteklinikker. I det følgende beskrives elementene i skjemaet (tab 1).

Smerte

Tre spørsmål om smerteintensitet samt smertekartet (kroppskart) er hentet fra Brief Pain Inventory (BPI). På de tre spørsmålene om smerteintensitet rapporteres svarene på en 0–10 skala som er forankret i 0 = ingen smerte og 10 = den verst tenkelige smerten. Det blir stilt spørsmål om den sterkeste, svakeste og gjennomsnittlige smerteintensiteten siste uke. I valideringsstudier blant kroniske smertepasienter har Brief Pain Inventory vist tilfredsstillende psykometriske egenskaper (3). Også den norske oversettelsen viste tilfredsstillende egenskaper i en valideringsstudie blant kreftpasienter (4). Brief Pain Inventory er rapportert å være følsomt for endringer i smerteintensitet og endringer på to enheter på 11-punktskalaen regnes for å være klinisk signifikante.

Helserelatert livskvalitet

Short Form-8 (SF-8) består av åtte spørsmål. Temaene for de åtte spørsmålene samsvarer med de åtte skalaene i instrumentet SF-36. SF-8 er utviklet med tanke på undersøkelse av helserelatert livskvalitet i større grupper der få spørsmål og høy svarprosent er viktigere enn at flere spørsmål kan gi mer presise målinger (5). I valideringsstudien viste SF-8 tilfredsstillende psykometriske egenskaper, og adekvate korrelasjoner med de opprinnelige skalaene i SF-36. Fordi SF-8 ikke vurderer søvnproblemer og økonomiske problemer, som begge har høy prevalens i denne populasjonen (1), er spørsmål om disse to forholdene tatt med fra EORTCs skjema for måling av helserelatert livskvalitet (EORTC QLQ-C30). Den norske oversettelsen av dette skjemaet er nylig blitt validert for kroniske smertepasienter og viste da gode psykometriske egenskaper (6). En endring på 10 på 0–100 skalaen regnes som klinisk signifikant (7).

Kroniske smerter som ikke skyldes kreftsykdom, er en kompleks tilstand som for mange innebærer betydelig nedsatt funksjon innen mange områder. En stor andel har dessuten andre symptomer i tillegg (1). Pasienter ved tverrfaglige smerteklinikker rapporterer samme reduksjon av helserelatert livskvalitet som pasienter som mottar palliativ behandling for kreftsykdom (1). Derfor er det viktig at klinisk smerteforskning også evaluerer andre utfall enn smerteintensitet. I den kliniske rutinen må man gjøre en bred evaluering av pasientens situasjon. I de siste årene er det publisert



Illustrasjon Kari Stai, Patron

Mental helse og fysisk funksjon

Mental helse vurderes ved hjelp av fem spørsmål hentet fra mental helse-skalaen i SF-36 (8). SF-36 er oversatt til norsk og validert. Når disse spørsmålene benyttes som en egen skala, omtales de som Mental Health Inventory 5 (MHI-5). Den norske versjonen av MHI-5 er validert og hadde gode psykometriske egenskaper (9). SF-36 er mye brukt både i kliniske og epidemiologiske smertestudier. Valget av spørsmål som er hentet fra SF-36 gjør det derfor mulig å sammenlikne data fra klinisk praksis med store mengder forskningsdata. Dette er årsaken til at også fysisk funksjon vurderes ved hjelp av de ti spørsmålene som utgjør skalaen fysisk funksjon i SF-36. I den daglige rutinen kan man bruke resultatene direkte fra skjemaet uten skåring for å få en grov oversikt over pasientens funksjonsnivå. For å kunne sammenlikne med publiserte data og for å oppnå tilstrekkelig sensitivitet for endring over tid, må imidlertid skjemaet skåres. Da vil man for mental helse og fysisk funksjon få en poengverdi 0–100. 0 svarer til lav helse-relatert livskvalitet og 100 svarer til en høy helse-relatert livskvalitet. En endring på 10 på 0–100 skalaen over tid regnes som klinisk signifikant (7). En grenseverdi på

56 på MHI-5 identifiserer mental lidelse med en sensitivitet på omtrent 60 % og en spesifisitet > 95 % (9).

Mestringsstrategier og verstefallstenkning

For pasienter med kroniske smerter vet man at pasientens tanker om smertetilstanden, spesielt verstefallstenkning, har stor betydning for opplevelsen av smerte og funksjonsnivå. Endringer i disse tankesettene, med påfølgende endring i atferd og funksjonsnivå, er hensikten med kognitiv atferdsterapi hos smertepasienter. Kartlegging av tankesett bør derfor stå sentralt i den innledende evalueringen. Fordi de mest brukte skjemaene for kartlegging av mestringsstrategier og tankesett består av 40–60 spørsmål, er det blitt lagt vekt på å publisere kortversjoner av disse instrumentene. Det er blitt dokumentert gode psykometriske egenskaper når disse er blitt validert som screeninginstrumenter (10). I Norsk smerteforenings skjema inngår to spørsmål hentet fra Coping Strategies Questionnaire (CSQ), som måler katastrofetenkning. Svar angis på en skala 0–6. Selv om det er rapportert at skalaen er følsom for endringer i pasientens tilstand, er det ikke publisert data om hva som er klinisk signifikant endring.

Oppfølging

Et halvt år etter at pasientene har avsluttet behandlingen ved en smerteklinikk, anbefales det at de får tilsendt en modifisert versjon av Norsk smerteforenings skjema i posten. Svarene i de returnerte skjemaene kan sammenliknes med svarene før behandlingsstart. Behandlingseffekt blir også vurdert med to spørsmål om hvordan pasientene vurderer forandringen i smertestatus og den generelle helse-relaterte livskvaliteten.

Anbefaling

Dersom alle smerteklinikker i Norge følger Norsk smerteforenings anbefaling om å ha minimumsspørreskjemaet som basis for kartlegging av pasientene, vil det bli mulig å sammenlikne pasientpopulasjonene og behandlingsresultatene mellom de ulike klinikkene. Man legger også et grunnlag som gjør det enklere å gjennomføre kliniske nasjonale multisenterstudier. Siden skjemaet er et minimumsspørreskjema, er det lagt opp til at ulike klinikker og forskningsprosjekter skal legge til andre instrumenter slik at kartleggingen blir optimalt tilpasset pasientpopulasjonen og ev. forskningshypotesen. I tillegg til de tverrfaglige smerteklinikker bør også andre sentre som behandler pasienter med smertetilstander som ikke

Tabell 1 Innhold i Norsk smerteforenings minimumsspørreskjema for smertepasienter

Område	Instrument
Demografi	Kategorisering som i Statistisk sentralbyrås data
Smerte	Smertekart + spørsmål 3–5 fra Brief Pain Inventory
Mestring/versteffallstenkning	To spørsmål fra Coping Strategies Questionnaire
Helserelatert livskvalitet	SF-8 To spørsmål fra EORTC QLQ-C30
Fysisk funksjon	Ti spørsmål fra SF-36
Emosjonell funksjon	Fem spørsmål fra SF-36 (MHI-5)
Andre spørsmål	Spørsmål om uavklart trykkesak og erstatningssak Spørsmål om smertetilstandens varighet Spørsmål om økonomisk situasjon

skyldes kreftsykdom, vurdere å bruke dette skjemaet i den daglige rutinen. Det kan særlig gjelde ryggpoliklinikker og revmatologiske poliklinikker. Skjemaet består av 43 spørsmål samt kroppskart og kan lastes ned fra www.norsksmerteforening.no under punktet «smerteskjema» i menyen på venstre side. Den nedlastbare versjonen er på seks A4-sider og tilrettelagt for optisk lesing slik at man enkelt kan lage lokale databaser som grunnlag for kvalitets- og utviklingsarbeid.

Den viktigste årsaken til innføringen av et felles minimumsspørreskjema for smerteklinikkene i Norge er behovet for en bred evaluering av pasienter som kommer til vurdering og behandling på tverrfaglige smerteklinikker. Skjemaet fylles ut av pasienten selv. Normalt fylles skjemaet ut hjemme og returneres til smerteklinikken før første konsultasjon. Utfyllingen tar omtrent 30

minutter. Pasienten kan få tilsendt skjemaet like etter at smerteklinikken har mottatt henvisningen, eller det kan administreres etter at pasienten har fått et vurderings- eller behandlingstilbud. Når pasienten returnerer skjemaet, vil informasjonen fra spørreskjemaet sammen med annen informasjon i henvisningen avgjøre hvilke profesjoner pasienten skal møte innledningsvis. Selv om det må understrekes at egenrapportering i spørreskjemaer ikke erstatter grundig anamnese og nøye klinisk undersøkelse, vil informasjonen fra spørreskjemaet gi en veiledning om momenter som er særlig viktige i møtet med den enkelte pasienten. Dette vil forhåpentligvis bidra til bedre og mer effektiv behandling av denne pasientgruppen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P et al. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 143–8.
2. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005; 113: 9–19.
3. Keller S, Bann CM, Dodd SL et al. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain* 2004; 20: 309–318.
4. Klepstad P, Loge JH, Borchgrevink PC et al. The Norwegian brief pain inventory questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 517–25.
5. Turner-Bowker DM, Bayliss MS, Ware JE jr. et al. Usefulness of the SF-8 Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions. *Qual Life Res* 2003; 12: 1003–12.
6. Fredheim OM, Borchgrevink PC, Saltnes T et al. Validation and comparison of the health related quality of life instruments EORTC QLQ-C30 and SF-36 in assessment of patients with chronic non-malignant pain. *J Pain Symptom Manage* 2007; 34: 657–65.
7. Osoba D, Rodrigues G, Myles J et al. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *J Clin Oncol* 1998; 16: 139–44.
8. Ware JE jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473–83.
9. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K et al. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 113–8.
10. Tan G, Nguyen Q, Cardin SA et al. Validating the use of two-item measures of pain beliefs and coping strategies for a veteran population. *J Pain* 2006; 7: 252–60.

Manuskriptet ble mottatt 7.1. 2008 og godkjent 9.6. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.