

# Kvalitetsindikatorer för bedömning av patienter med cancerrelaterad smärta

**Barbro Carleson**

---

Sett ur ett globalt perspektiv är smärta hos cancerpatienter ett stort problem. Varje år insjuknar mer än tio miljoner människor i cancer och drygt sex miljoner dör varje år till följd av cancersjukdom (1). Smärta förekommer hos 28–83 procent av patienterna beroende på tumörtyp, tumörens lokalisation, förekomst av metastaser och sjukdomsstadium (29). Smärtan förvärras ofta i takt med att sjukdomen progredierar och under sista levnadsveckan upplever upp till 90 procent av patienterna perioder av svår smärta (10).

Världshälsoorganisationen (WHO) anger att en god smärtbehandling är en rättighet och att inadekvat behandlad smärta är oacceptabelt (11). I Socialstyrelsens kunskapsöversikt om smärtbehandling i livets slutskede lyfts inadekvat smärtbehandling fram som en medicinsk avvikelse (12). För att understryka vikten av en kvalitativt god smärtbehandling har WHO klassificerat smärtbehandling som ett av de fyra viktigaste områdena inom onkologin, vid sidan av primär prevention, tidig upptäckt och behandling av botbar cancer. WHO poängterar också vikten av att nationella program för smärtbehandling och palliativ vård implementeras och följs upp av alla medlemsländer (11, 13).

Det finns idag kunskaper om smärtbehandling och metoder för att erbjuda en effektiv sådan (11, 13–14). Genom att systematiskt bedöma, behandla, följa upp samt utvärdera behandling av smärta och andra symtom kan man minska smärtans intensitet och öka symtomkontrollen hos majoriteten av patienterna med cancerrelaterad smärta (15–18). Trots detta fortsätter den cancerrelaterade smärtan att vara ett problem (10–12). Flera studier visar att 63–94 procent av cancerpatienterna upplever moderat till svår smärta trots analgetikabehandling (5–6, 19–23). Många patienter får inte den hjälp som finns därför att kunskap om smärta och smärtbehandling inte sprids tillräckligt aktivt och kompetensen hos hälso- och sjukvårdspersonalen varierar (11). Arnér och medarbetare (24) fann att opioider används i för låg utsträckning eller på fel sätt, att neurogena

smärtkomponenter inte uppmärksammas, att det finns brister i dokumentationen av smärta samt att det finns en otydlighet i ansvarsfördelningen mellan läkare och sjuksköterskor. Det finns således ett stort behov av att förbättra vården för patienter med cancerrelaterad smärta.

## Definition

Smärta beskrivs av de flesta författare som en multidimensionell och individuell upplevelse som ingen utomstående kan förstå, ofta med hänvisning till IASP:s (International Association for the Study of Pain) definition av smärta:

”Smärta är en obehaglig sensorisk och/eller emotionell upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada, eller beskriven i termer av sådan skada” (25).

Smärta är således en högst individuell upplevelse som förutom den sensoriska komponenten påverkas av tankar, känslor och minnen av tidigare smärta, och det anses klart att smärta kan förekomma även utan skada eller sjukdom. I alla kontakter med människor som har ont måste grundsynen därför vara att patientens upplevelse av smärta är verklig och därmed inte kan ifrågasättas (25).

Smärta vid cancersjukdom orsakar inte bara ett stort fysiskt lidande utan påverkar ofta patientens livskvalitet med långtgående psykosociala och existentiella konsekvenser. I dagsläget är det dock oklart vilken betydelse olika smärtrelaterade faktorer och patientkaraktistika har för upplevelsen av livskvalitet. Det finns dock studier som visar att det finns ett samband mellan livskvalitet och smärtans intensitet, smärtans påverkan i det dagliga livet, upplevt obehag till följd av smärtan, förekomst av bieffekter av den smärtstillande behandlingen samt förekomst av depression (7–9, 18, 20, 26–27).

Cancersjukdom väcker ofta rädsla för okontrollerbar smärta, förlust av funktioner och en nära förestående död. Smärta kan tolkas som ett tecken på att sjukdomen progredierar vilket ökar ångest och oro som i sin tur förstärker smärtupplevelsen (28). Smärta påverkar funktioner som aktivitet, sömn och aptit, vilket kan leda till att redan svaga patienter försvagas ytterligare (29).

Dålig smärtkontroll förhindrar, även om sjukdomen är i ett lugnt skede återgång till eller upprätthållande av yrkesarbete, förmågan att njuta av fritid eller att kunna leva ett normalt familjeliv. Effektiv smärtbehandling är av lika stor vikt för den som befinner sig i en stabil sjukdomsfas och som förväntas få en lång överlevnad som för patienten med långt framskriden sjukdom (14). För att förstå och kunna ge bästa möjliga behandling måste smärta ses utifrån ett helhetsperspektiv. Det innebär dels att vården inriktas mot att lindra smärta i alla dess dimensioner såväl fysiskt som psykiskt, socialt och existentiellt, dels att alla

ställningstaganden rörande behandling ska utgå från den enskilde patientens behov och resurser (14).

Alla patienter har rätt till en adekvat och individuell smärtbehandling. Det är dock viktigt att inte utlova total befrielse från smärta eftersom detta inte alltid kan uppnås. Målet med smärtbehandlingen är i första hand att lindra smärta och andra tillhörande symtom i syfte att uppnå bästa möjliga funktion och livskvalitet (13, 14).

## Smärtbedömning

Smärta vid cancersjukdom är ett symtom som kan ha många olika orsaker. Smärta kan vara relaterad till cancersjukdomen, behandling av cancersjukdomen men också sekundär till cancersjukdomen eller annan icke malign orsak (30). Bedömning av smärtans orsaker och konsekvenser är därför en förutsättning för att kunna erbjuda en adekvat, individuell och riktad smärtbehandling. Bedömningen syftar till att ta reda på varför patienten har ont och hur smärtan påverkar patientens välbefinnande och dagliga liv.

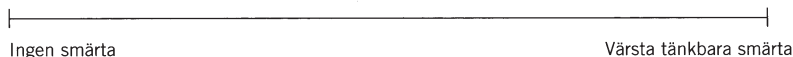
Det är vanligt att patienten har flera smärtlokalisationer och att flera typer av vävnader är engagerade. Smärta från skelett, mjukdelar och visceral strukturer och neurogen smärta på grund av skada eller tryck på nerver är vanligt förekommande (30). Eftersom olika smärttillstånd behandlas på skilda sätt är det viktigt att särskilja vilken typ av smärta som patienten har. Symtombilden kompliceras ofta av andra fysiska och psykiska symtom som är viktiga att identifiera och i möjligaste mån åtgärda (14–16). Smärta vid cancersjukdom varierar ofta i intensitet över dygnet och smärtgenombrott är vanligt förekommande (8, 22, 31). Bedömningen av smärtintensiteten ska därför upprepas med regelbundna intervall, inte minst för att utvärdera effekten av den insatta behandlingen (14).

## Hjälpmedel vid smärtbedömning

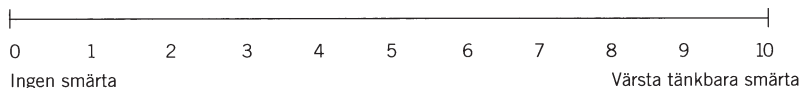
Vid smärtbedömning görs en kartläggning av smärtans lokalisering och utbredning, karaktär, intensitet, varaktighet och variation. Faktorer som förvärrar eller lindrar smärtan, förekomst av andra besvärande symtom och smärtans påverkan på funktionsförmåga och den psykosociala situationen är exempel på andra variabler som bör ingå i en smärtbedömning, se bilaga 1 (32). För att systematisera bedömningen och underlätta uppföljning och utvärdering av den insatta behandlingen finns flera varianter av bedömningsinstrument att tillgå. Smärta kan kvantifieras från en enkel dimension genom användning av olika mätskalor avsedda för intensitetsmätning, t.ex. visuell analog skala (VAS), numerisk skala

(NRS) eller verbal skala (VDS), se figur 1 (14). Alla tre skalorna har god validitet (33). Internationellt rekommenderas dock främst NRS för smärtskattning av cancerpatienter (34–35). NRS ger mindre felvärden och föredras framför VAS av patienterna. VDS är enklare att använda än NRS men är mindre känslig för förändringar i smärtans intensitet (33). En annan fördel med NRS är att den även kan användas verbalt (36).

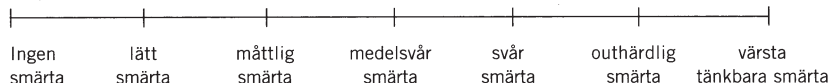
#### VAS – Visuell analog skala



#### NRS – Numerisk skala



#### VDS – Verbal skala



**Figur 1.** Mätskalor för skattning av smärtans intensitet. VAS anses som huvudstandard där patienten anger sin smärta utefter en 100 mm lång linje. Patienten kan också skatta sin smärta med siffror och då används NRS. I den tredje varianten, VDS, väljer patienten mellan begrepp som ingen smärta, lätt smärta, måttlig smärta osv. Skalorna är här fritt översatta och bearbetade från Jacox A.: *Management of Cancer Pain: Clinical practice guideline no 9, 1994.*

Mer ingående kartläggning av patientens smärtupplevelse fås med hjälp av multidimensionella instrument som är specifika för smärta, t.ex. Brief Pain Inventory-Short form (BPI-SF), se bilaga 2 (37). BPI-SF som är specifikt utvecklat för bedömning av cancerrelaterad smärta har god validitet. Instrumentet finns också översatt till flera olika språk (33).

Det anses dock inte finnas något enskilt instrument som adekvat kan mäta cancersmärtans alla dimensioner utan i bedömningen ingår alltid den verbala dialogen mellan patient och vårdare. En noggrann smärtanamnes är därför grunden till en lyckad smärtbedömning. För att inte viktiga frågor ska glömmas bort kan ett strukturerat frågeformulär användas som grund för smärtanamnesen, se bilaga 1 (32). Genom att lyssna till tonfall och studera patientens kroppsrörelser och ansiktsuttryck kan vårdpersonalen få ytterligare information om hur smärtan påverkar patienten (14).

Vid smärtbedömning måste speciell hänsyn tas till patienter från andra kulturer och till patienter som av olika skäl har svårt att uttrycka sig verbalt, som t.ex. patienter med demenssjukdom eller mentalt handikapp. Användning av många läkemedel och läkemedelsinteraktion kan utgöra svårigheter vid bedömningen, särskilt vid kartläggning av smärtupplevelser i ovanstående patientgrupper (14). Det finns i dagsläget inga validerade (för svenska förhållanden) instrument för smärtbedömning hos vuxna patienter som inte kan uttrycka sig verbalt. Därför får ansiktsuttryck, ändrat beteende, ljud, förändring av motorik, kroppshållning eller kroppsspråk vara vägledande (14). Närstående kan här vara till stor hjälp. Man bör dock vara medveten om att närstående kan överskatta smärtans intensitet (38).

Varje avdelning/enhet som vårdar cancerpatienter bör utifrån lokala behov och resurser utarbeta riktlinjer för hur smärtbedömning ska genomföras och vilket/vilka bedömningsinstrument som ska användas (14).

## Kvalitetsutveckling

Studier som utvärderat olika kvalitetsprojekt har primärt fokuserat på vårdens struktur och processer och i mindre grad på vårdens resultat. I American Pain Societys (APS) uppdaterade riktlinjer för kvalitetsförbättring av smärtvården för akut och cancerrelaterad smärta betonas därför vikten av att utvärdera vårdens resultat (35).

De få studier som undersökt nyttan för patienten visar blandade resultat. Bookbinder och medarbetare (39) utvärderade APS riktlinjer för akut och cancerrelaterad smärta. Resultatet visade att sjuksköterskornas kunskaper förbättrades och att attityder till smärta och smärtbehandling förändrades i positiv bemärkelse. Patienternas tillfredsställelse med smärtvården ökade också. Däremot sågs ingen förbättring avseende den tid patienten behövde vänta på smärtstillande läkemedel, patienternas skattning av den värsta smärtintensiteten under det senaste dygnet eller patienternas skattning av smärtbehandlingens effekt.

Lin och medarbetare (40) utvärderade effekten av patient- och anhörigutbildning. Resultatet visade på mindre missuppfattningar om smärta och smärtbehandling, ökad följsamhet i smärtbehandlingen, minskad smärtintensitet och minskad funktionspåverkan i det dagliga livet.

I studien av Fortner och medarbetare (41) kunde man visa att implementering av kvalitetsförbättrande åtgärder ledde till en minskad smärtintensitet, minskad funktionspåverkan i det dagliga livet och en ökad tillfredsställelse med smärtbehandlingen. Vårdkostnaderna minskade också till följd av färre akutbesök och mindre akuta inläggningar på sjukhus. Studien kunde dock inte visa någon förbättring av livskvaliteten.

I APS riktlinjer för kvalitetsförbättring av smärtvården för akut- och cancerrelaterad smärta betonas vikten av att ha ett vetenskapligt förhållningssätt och använda sig av validerade mätinstrument vid utvärdering av smärtvården (35). Det finns i dagsläget ingen konsensus om vilka resultatmått som kan anses spegla en adekvat smärtbehandling. Det är därför av största betydelse att definiera de resultatmått som används. De Wit och medarbetare (42) använde sex olika mätinstrument och nio olika resultatmått för att utvärdera behandlingen av smärta hos cancerpatienter. Vid jämförelse av de olika resultatmåtten så skilde sig graden av adekvat smärtbehandling mellan 16 och 91 procent beroende på vilket resultatmått som avsågs.

### **Kvalitetsuppföljning av smärtbedömning**

Förslaget till kvalitetsuppföljning i detta kapitel bygger på de riktlinjer som SSF utarbetat för omvårdnad av patienter med cancerrelaterad smärta (32). Dessa riktlinjer kan vara nödvändiga att omarbeta till lokala riktlinjer/lokala anvisningar för att möta den lokala avdelningens/enhetens behov och resurser. Uppföljning av kvalitet kan ske med hjälp av indikatorer som formuleras med stöd av den enskilda enhetens lokala anvisningar/standard för vård av patienter med cancerrelaterad smärta. Mätresultaten av kvalitetsindikatorerna visar på hur nära måluppfyllelse det egna arbetet är i förhållande till det uppsatta målet. Dessa resultat kan ge ett konstruktivt underlag för diskussioner om hur långt det egna kvalitetsarbetet har nått och hur det fortsatta arbetet ska bedrivas. Dessa anvisningar blir då utgångspunkten för det som indikatorerna ska mäta. Vilka kvalitetsindikatorer som ska mätas, hur ofta, på hur stort antal patienter och av vem är organisatoriska frågor som måste tydliggöras inom den egna verksamheten, men smärtbehandlingens processer och resultat bör regelbundet granskas i syfte att uppnå kontinuerlig förbättring (32). Se sammanställning sidan 105.

Nedan, under *Struktur, process och resultat* ges ett förslag på hur kvalitetsarbetet kan struktureras. Den kvalitetsuppföljning som beskrivs ska förhoppningsvis inspirera till att utveckla och formulera egna kvalitetsindikatorer som passar den egna enheten, verksamheten och organisationen.

### **Struktur, process och resultat**

En viktig utgångspunkt för kvalitetsuppföljning av "smärtbedömning" när patienten har cancerrelaterad smärta är att det finns lokala anvisningar eller överenskomna rutiner gällande bedömning och dokumentation. Frågor som kan utgöra *strukturindikatorer* och besvaras med ja eller nej är således:

**KVALITETSMÅL:** varje patient med cancerrelaterad smärta ska erhålla en individuell smärtbedömning som grund för adekvat smärtbehandling

<b>Struktur</b> Vad vi behöver	<b>Process</b> Omvårdnadshandlingar vi utför tillsammans med patienten	<b>Resultat</b> Vad vi vill uppnå för patienten
<p>Vårdpersonalen har aktuell och relevant kunskap om smärta, smärtbedömning och smärtbehandling</p> <p>Nationella riktlinjer för omvårdnad av patienter med cancerrelaterad smärta</p> <p>Lokalt överenskomna anvisningar gällande bedömning av patienten med cancerrelaterad smärta</p> <p>Lokalt överenskomna anvisningar gällande dokumentation av smärtbedömning</p>	<p>Ansvarig sjuksköterska:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Efterfrågar och dokumenterar smärta rutinmässigt i samband med första kontakten med patienten och därefter vid varje nytt vårdtillfälle.</li> <li>– Informerar patienten om vikten av en adekvat smärtbehandling och uppmuntrar patienten att i ett tidigt skede informera vårdpersonalen om eventuell smärta.</li> <li>– Informerar och undervisar patienten i användandet av olika smärtbedömningsinstrument.</li> <li>– Genomför initialt en smärtbedömning med hjälp av ett multidimensionellt instrument i kombination med strukturerat frågeformulär.</li> <li>– Upprättar en vårdplan i samverkan med vårdteamet, patienten och ev. närstående. Vårdplanen omfattar mål för behandlingen, prioriteringar, val av smärtbehandling samt en plan för när och hur utvärdering ska ske.</li> <li>– Skattar, följer och utvärderar smärtintensitet och graden av obehag hos patienten med hjälp av t.ex. NRS:               <ul style="list-style-type: none"> <li>* Rutinmässigt en gång per dygn,</li> <li>* I samband med insättande eller förändring av behandling tre gånger per dygn.</li> </ul> </li> <li>– Genomför en förnyad smärtbedömning med hjälp av ett multidimensionellt instrument i kombination med strukturerat frågeformulär i samband med behandlingssvikt, nyttillkommen smärta och vid besvärande bieffekter av behandlingen.</li> <li>– Dokumenterar rutinmässigt smärtbedömning, intervention, uppföljning och utvärdering under eget sökord i patientjournalen.</li> </ul>	<p>Patienten upplever att hans/hennes rapport om smärta lett till omedelbara åtgärder.</p> <p>Patienten har kunskap om och kan hantera smärtbedömningsinstrument.</p> <p>Patienten upplever att den smärtstillande behandlingen har god effekt.</p> <p>Patientens skattning av smärtans intensitet, enligt t.ex. NRS, överstiger inte överenskommet gränsvärde.</p>

---

**Finns lokala anvisningar gällande bedömning av patienter med cancerrelaterad smärta?**

**Finns lokala anvisningar gällande dokumentation av bedömning av patienter med cancerrelaterad smärta?**

---

Nästa steg i kvalitetsuppföljningen blir att granska i vilken omfattning de lokala anvisningarna följs vad gäller bedömning och dokumentation inom den enskilda enheten. Om anvisningarna innebär att t.ex. daglig skattning av smärtans intensitet ska göras med hjälp av NRS och dokumenteras under egen rubrik i patientjournalen kan följande *processindikatorer* formuleras:

---

**Antalet patienter med cancerrelaterad smärta hos vilka daglig skattning av smärtintensitet sker med NRS relaterat till det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta.**

---

---

**Antalet patienter med cancerrelaterad smärta hos vilka daglig skattning av smärtintensitet dokumenterats under eget sökord i patientjournalen relaterat till det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta.**

---

På motsvarande sätt kan ytterligare processindikatorer formuleras med de egna överenskomna rutinerna som utgångspunkt för kvalitetsuppföljning. Det är dock nödvändigt med en tydlig dokumentation för att indikatorerna ska kunna följas upp.

Patientenkäten i bilaga 2 kan användas för att regelbundet följa upp kvaliteten på smärtbehandlingen där smärtans intensitet bedöms liksom påverkan på patientens funktioner såväl fysiskt som emotionellt. *Resultaten* kan sammanställas och användas för kvalitetsuppföljning, dels av den enskilde patienten, dels av patientgruppen enligt exemplet nedan:

---

**Antalet patienter med cancerrelaterad smärta som i genomsnitt skattat smärtans intensitet till  $NRS \geq 4$  under sista dygnet relaterat till det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta.**

---

Vid uppföljning av resultatindikatorer är det viktigt att noga beskriva det patienturval som används för kvalitetsuppföljning samt förklara begrepp och tillvägagångssätt vid resultatredovisning.

Att fastställa ett gränsvärde, t.ex.  $NRS \leq 4$ , som ett mått på god vårdkvalitet kan vara av värde vid granskning av måluppfyllelse. Alla patienter kommer dock inte att vara nöjda med detta gränsvärde. Ett mer individfokuserat sätt kan vara



att diskutera fram en målsättning för smärtbehandlingen med den enskilde patienten och använda den som utgångspunkt vid kvalitetsuppföljning:

---

**Antalet patienter med cancerrelaterad smärta hos vilka underbehandlad smärta enligt patientens individuella målsättning omedelbart åtgärdats av personalen relaterat till det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta.**

---

Att tillsammans med sina kolleger granska journaler för att diskutera hur bedömning av smärta har skett hos enskilda patienter är ett sätt att bedöma i vilken utsträckning överenskomna rutiner följs eller att diskutera fram vilka rutiner som borde finnas.

Det är viktigt att notera att ”det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta” måste ersättas med det patienturval som är aktuellt inom den egna enheten eller det patienturval som används för kvalitetsuppföljning, t.ex. ”det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta och bröstcancer”, ”det totala antalet patienter som remitteras och behandlas av smärtteamet” och ”det totala antalet patienter med cancerrelaterad smärta och opioidbehandling”.

Innehållet i detta kapitel har i stor utsträckning hämtats ur:

Carleson B (red). Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling. Omvårdnad 7. Svensk sjuksköterskeförening och Spri, Spris förlag, Stockholm 1999.

Riktlinjerna har utarbetats av en expertgrupp bestående av *Barbro Carleson, Gertrud Grahn, Marianne Gustafsson, Christina Holmberg, Ewa Idvall, Christina Jönsson* och *Helle Wijk*.

---

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005* [elektronisk version]. 2005. [cited 2006 Aug 19]. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm>
2. Peng WL, Wu GJ, Sun WZ, Chen JC, Huang AT. Multidisciplinary management of cancer pain: a longitudinal retrospective study on a cohort of end-stage cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2006;32:444–452.
3. Ger LP, Ho ST, Wang JJ, Cherng CH. The prevalence and severity of cancer pain: a study of newly-diagnosed cancer patients in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1998;15:285–293.
4. Yates P, Edwards H, Nash R, Walsh AM, Fentiman BJ, Skerman HM, Najman JM. Barriers to effective pain management: a survey of hospitalized cancer patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002;23:393–405.
5. Rustøen T, Fossa SD, Skarstein J, Moum T. The impact of demographic and disease-specific variables on pain in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26:696–704.
6. Wells N. Pain intensity and pain interference in hospitalized patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27:985–991.

7. Wang XS, Cleeland CS, Mendoza TR, Engstrom MC, Liu S, Xu G, Hao X, Wang Y, Ren XS. The effects of pain severity on health-related quality of life. *Cancer*. 1999;86:1848–1855.
8. Owen JE, Klapow JC, Casebeer L. Evaluating the relationship between pain presentation and health-related quality of life in outpatients with metastatic or recurrent neoplastic disease. *Quality of Life Research*. 2000;9:855–863.
9. McMillan SC, Small BJ. Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice home care. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29:1421–1428.
10. Coyle N, Adelhart J, Foley KM, et al. Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1990;5:83–93.
11. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines*. 2nd Ed. Geneva: WHO; 2002.
12. Socialstyrelsen. *Smärtbehandling i livets slutskede* [elektronisk version]. 2001. [cited 2006 Aug 19]. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2001/2627/2001-110-6.htm>
13. World Health Organization. *Cancer pain relief*. 2nd Ed. With a guide to opioid availability. Geneva: WHO; 1996.
14. Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. *Management of cancer pain: clinical practice guideline no 9*. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Publication no 94–0592. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Rockville MD; 1994.
15. Zech DF, Grond S, Lynch J, et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*. 1995;63:65–76.
16. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, Stute P, Lehmann KA, Grond S. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptoms prevalence, severity and etiology. *Pain*. 2001;93:247–257.
17. Fainsinger RL, Nekolaichuk CL, Lawlor PG, Neuman CM, Hanson J, Vigano A. A multi-center study of the revised edmonton staging system for classifying cancer pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002;29:224–237.
18. Hwang SS, Chang VT, Kasimis B. Dynamic cancer pain management outcomes: The relationship between pain severity, pain relief, functional interference, satisfaction and global quality of life over time. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002;23:190–200.
19. Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. Cancer patients' experiences of care related to pain management before and after palliative care referral. *European Journal of Cancer Care*. 2004;13:238–245.
20. Rustøen T, Moum T, Padilla G, Paul S, Miaskowski C. Predictors of quality of life in oncology outpatients with pain from bone metastasis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005;30:234–242.
21. Wells N, Murphy B, Wujcik D, Johnson R. Pain-related distress and interference with daily life of ambulatory patients with cancer with pain. *Oncology Nursing Forum*. 2003;30:977–984.
22. Caraceni A, Portenoy RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain*. 1999;82:263–274.
23. Paul SM, Zelman DC, Smith M, Miaskowski C. Categorizing the severity of cancer pain: further exploration of establishment of cutpoints. *Pain*. 2005;13:37–44.
24. Arnér S, Killander E, Westerberg H. Dåligt ledarskap bakom dålig smärtvård. Medicinsk revision av cancersmärtvård. *Läkartidningen*. 1999;96:33.
25. International Association for the Study of Pain (IASP). *A sample list of frequently used terms from: Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy* [monograph on the Internet]. 2005. [cited 2006, Aug 15]. <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>

26. Boström B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average levels of pain. *Journal of Clinical Nursing*. 2003;12:726–735.
27. Maunsell E, Allard P, Doroval M, Labbe J. A brief pain diary for ambulatory patients with advanced cancer. *Cancer*. 2000;88:2397–2397.
28. Coyle N. In their own words: Seven advanced cancer patients describe their experience with pain and the use of opioid drugs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004;27:300–309.
29. Serlin RC, Mendoza T, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995;61:277–284.
30. Grond S, Zech D, Diitenbach C, et al. Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2266 cancer patients referred to a pain service. *Pain*. 1996;64:107–114.
31. De Wit R, van Dam F, Hanneman M, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, et al. Evaluation of the use of a pain diary in chronic cancer pain patients at home. *Pain*. 1999;79:89–99.
32. Carleson B (red.). *Cancerrelaterad smärta. Riktlinjer för smärtbedömning, patientundervisning och komplementär smärtbehandling*. Omvårdnad 7. Svensk sjuksköterskeförening och Spri. Stockholm: Spris förlag; 1999.
33. Jensen MP. The validity and reliability of pain measure in adults with cancer. *The Journal of Pain*. 2003;4:2–21.
34. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, De Conno F; the Steering Committee of the EAPC Research Network. 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;23:239–255.
35. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, Lipman AG, Bookbinder M, Sanders SH, Turk DC, Carr DB. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. *Archives of Internal Medicine*. 2005;165:1574–1580.
36. Paice JA, Cohen F. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nursing*. 1997;20:88–93.
37. Cleeland CS, Ryan KM. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals Academy of Medicine Singapore*. 1994;23:129–138.
38. Doucet CR. Beliefs about the controllability of pain: congruence between older adults with cancer and their family caregivers. *Journal of Family Care Nursing*. 2005;11:225–241.
39. Bookbinder M, Coyle N, Kiss M, Goldstein LM, Holritz K, Thaler H, et al. Implementing national standards for cancer pain management: program model and evaluation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996;12:334–347.
40. Lin CC, Chou PL, Wu SL, Chang YC, Lai YL. Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain*. 2006;122:271–281.
41. Fortner BV, Okon TA, Ashley J, Kepler G, Chavez J, Tauer K, Clements-Thompson M, Schwartzberg, Demarco G, Houts AC. The Zero Acceptance of Pain (ZAP)<sup>™</sup> Quality Improvement Project: evaluation of pain severity, pain interference, global quality of life, and pain-related costs. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;25:334–343.
42. De Wit R, van Dam F, Abu-Saad HH, Lonstra S, Zandbelt L, van Buuren A, et al. Empirical comparison of commonly used measures to evaluate pain treatment in cancer patients with chronic pain. *Journal of Clinical Oncology*. 1999;17:1280–1287.

**Bilaga 1**(Finns för utskrift som pdf-fil på [www.gothiaforlag.se](http://www.gothiaforlag.se))**Frågeformulär för smärtbedömning**

		<b>Frågor</b>	<b>Hjälpmedel</b>
Lokalisation och utbredning	1. 2.	Var gör det ont? Förekommer utstrålning av smärtan?	Smärtans lokalisation/lokalisationer och utbredning kan kartläggas genom att: a) be patienten att peka ut var det gör ont b) låta patienten markera lokalisationen på en kroppsschablon, se BPI (bilaga 2).
Karaktär	3. 4. 5.	Hur känns smärtan? Hur upplevs smärtan? Förändrad känsel inom smärtande området? skillnad vänster/höger?	Smärtans karaktär kan kartläggas genom att: a) låta patienten med sina egna ord beskriva hur det känns. b) låta patienten markera lokalisationen på en kroppsschablon.
Intensitet	6. 7.	Hur ont gör det? Gör det lika ont hela tiden?	Smärtans intensitet kan kartläggas genom att man ber patienten att skatta hur ont han/hon har med hjälp av olika intensitetsskalor; VAS, NRS eller VDS.
Varaktighet och variation	8. 9. 10.	Hur länge har Du haft ont? Är smärtan konstant eller kommer den i intervaller? Vad tror Du själv att smärtan beror på?	För kartläggning av smärtans variation över tid kan en smärtdagbok användas.
Lindrande eller förvärrande faktorer	11. 12. 13.	Finns det något som lindrar/förvärrar smärtan? Vilka behandlingsmetoder har prövats och vilken effekt har dessa haft? Hur effektiv är den smärtbehandling Du har idag?	Effekten av nuvarande behandling kan kartläggas genom att använda BPI-SF där patienten får skatta hur effektiv behandlingen är.
Funktionell status	14. 15. 16.	Medför smärtan funktionshinder? Förändrad motorisk kraft? Skillnad vänster/höger? Begränsas Du av smärtan i ditt dagliga liv?	Smärtans påverkan på funktionsförmågan kan kartläggas genom att: a) använda BPI-SF som också mäter i vilken grad funktionsförmågan påverkas. b) observera och låta patienten skatta smärtans intensitet vid vila och rörelse/belastning.
Andra störande symtom	17. 18.	Upplever Du några bieffekter av smärtbehandlingen? Besvärar Du av andra symtom?	
Psykosocial situation	19.	Hur påverkas familjelivet, arbetet, sexlivet, vänskapskretsen och den ekonomiska situationen?	Den psykosociala situationen kan delvis kartläggas genom att använda BPI-SF.

(Svensk sjuksköterskeförening / Får kopieras och användas för kliniskt bruk.)

## Bilaga 2

(Finns för utskrift som pdf-fil på [www.gothiaforlag.se](http://www.gothiaforlag.se))

### Brief Pain Inventory – Short form (BPI-SF), svensk version

## SMÄRTFORMULÄR BPI-SF

Sjukhus: ..... Klinik/avd: .....

Namn: ..... Född: .....

Dagens datum: .....

1. De flesta människor har någon gång i livet känt smärta (såsom lite huvudvärk, värk från en stukad led eller tandvärk). Har Du sista veckan känt någon annan smärta än dessa vanliga typer?

☐ Ja ☐ Nei

Om Du har känt någon smärta – fortsätt med resten av formuläret

2. Skugga på figuren de områden av kroppen där Du upplever smärta. Markera med X det område som gör mest ont. Markera även vilken typ av smärta Du besväras av på de olika ställena på kroppen.

Smärtans karaktär är:

M = Molande

T = Tryckande

$$I = I_{\text{lande}}$$

P = Pulserande

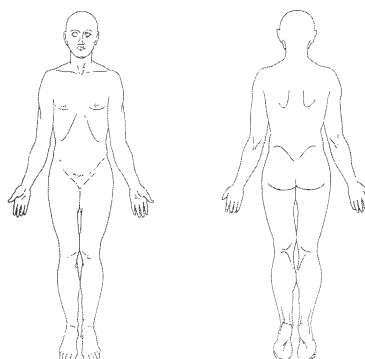
S = Stickande

H = Huggande

B = Brännande, svidande

D = Domningar

Ö = Övrigt



3. Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit som värst under det sista dygnet.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Ingen smärta      Värsta tänkbara smärta

4. Gradera Din smärta genom att ringa in den siffra som bäst beskriver smärtan när den har varit som minst under det sista dygnet.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Ingen smärta      Värsta tänkbara smärta



**F. Din sömn**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan							Mycket stor inverkan			

---

**G. Din förmåga att njuta av livet**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ingen inverkan							Mycket stor inverkan			

*Från Brief Pain Inventory – Short Form, med tillstånd av Charles C. Cleeland, Ph.D., Pain Research Group, Dept. of Neurology, University of Wisconsin Madison och Bengt Bergman: Lungdivisionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Får kopieras och användas för kliniskt bruk.*