

# SMÄRTANALYS – BASEN FÖR HANDLÄGG- NING AV LÅNG- VARIG SMÄRTA

Grunden i en smärtanalys är att få en somatisk diagnos och ta ställning till om patienten är färdigutredd. Man bör avgöra vilken typ av smärta det är fråga om, då det påverkar behandlingsvalet. Att återställa patientens basala hälsa är det primära.



**CLAS MANNHEIMER**, professor, sjukhuset/Östra, Smärtcentrum, medicinkliniken, Göteborg Sahlgrenska Universitets- clas@gu.se

Den internationella organisationen för klinik och forskning om smärta, International Association for the Study of Pain (IASP), definierar smärta som »en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada«.

Alla former av smärta kan urskiljas i två huvudkomponenter: en diskriminativ sensorisk och en affektiv emotionell. Bearbetningen av den förra, dvs den subjektiva uppfattningen av smärtans intensitet, lokalisering och duration, sker i sensoriska korttex och har intellektuell karaktär (»jag har ont«). Den affektiva emotionella komponenten bearbetas i anslutning till frontalloberna och representerar den känslomässiga delen av smärtupplevelsen (»jag har obehag«). Detta inbegriper den emotionella, olustbetonade och plågsamma upplevelsen som smärtan kan ge upphov till och som sannolikt är den kliniskt mest betydelsefulla.

Som exempel kan nämnas att man vid undersökning med positronemissionstomografi (PET) av patienter med grav myokardischemi utan angina pectoris (tyst ischemi) inte ser någon flödesförändring prefrontalt i hjärnan, vilket förekommer vid symtomgivande angina pectoris [1]. Däremot ses vid båda tillstånden flödesförändringar i djupare strukturer, som talamus. Dessa fynd antyder att aktivitet prefrontalt är en förutsättning för att man ska kunna känna obehag vid smärta och kanske också för att uppleva en smärtsignal. Det förefaller således som om den affektiva komponenten är av störst betydelse för patientens upplevelse av smärta. Detta är praktiskt viktigt i den kliniska handläggningen av patienter med långvarig icke-tumörrelaterad smärta.

»Något tillspetsat kan man säga att långvarig smärta är ett tillstånd som vi inte förstår och som vi behandlar med metoder som vi inte vet hur de fungerar.«

Man brukar indela smärta i

- nociceptiv smärta – smärta på grund av aktivering av nociceptorer (smärtreceptorer)
- neurogen eller neuropatisk smärta – smärta på grund av patologiska nervimpulser efter skador eller dysfunktion i nervsystemet
- smärta av okänt ursprung – smärta som inte kan förklaras med nociceptiva eller neurogena mekanismer.

Man har tidigare talat om »psykogen smärta«. Detta är extremt ovanligt, och jag har därför valt att utelämna detta begrepp här. Däremot spelar psykologiska faktorer ofta en stor roll vid långvarig smärta oavsett somatisk genes.

## Akut och tumörrelaterad smärta

Behandlings- och förhållningssättet vid akut- och tumörrelaterad smärta skiljer sig från det vid långvarig, icke tumörrelaterad smärta. Den akuta smärtan (t ex vid akut buk, hjärtinfarkt, akut tortikollis, skelettfraktur eller förlossning) är vanligen inget svårhanterligt kliniskt problem. Patienten är ofta påverkad, och det sker fysiologiska förändringar som t ex omfördelning av blodflöde från hud till inre organ och autonoma reaktioner med puls- och blodtrycksförändringar. Här är behandlingsperspektivet kort, vilket gör att man kan vara mer frikostig med tyngre smärtstillande farmaka, såsom opiatanalgetika. Vid akut smärta finns också flera invasiva metoder att tillgå, och här har utvecklingen gått framåt de senaste 20 åren. Ett bra exempel på detta är utvecklingen av epidural och indradural farmakologisk behandling.

Problemen när det gäller akut smärta är framför allt av organisatorisk och administrativ natur, t ex när det gäller att skapa en välorganiserad postoperativ smärtvård. Dessa brister återfinns framför allt vid stora sjukhus.

Förhållandet mellan läkare och patient vid akut och tumör-

## SAMMANFATTAT

**Smärta är** troligen den vanligaste orsaken till att patienter söker läkarvård.

**Långvarig smärta** är den vanligaste orsaken till långtids-sjukskrivning och sjukersättning.

**Läkares förhållningssätt** vid långvarig smärta bör vara rådgivande, medan patienten ska vara mer aktiv.

**Ämnet smärtmedicin** har litet intresse och marginellt utrymme i läkarutbildningen. Det finns således ett stort utbildningsbehov i ämnet för läkare.

**Denna utbildning** bör omfatta kunskaper och färdigheter för

att självständigt kunna diagnostisera, bedöma och behandla olika smärttillstånd hos patienter med såväl akut, tumörrelaterad smärta som långvarig dito.

**Arbetsättet är** multidisciplinärt och multiprofessionellt, och det krävs därför en lokal samordnare vid länsdels-, läns- och universitetssjukhus.

**Det är angeläget** att utveckla klinisk smärtforskning så att den utförs på ett vetenskapligt korrekt sätt. Detta gäller såväl redan accepterade behandlingsmetoder som nya behandlingsmöjligheter.

## FAKTA 1

### Fullständig smärtanalys av patienter med långvarig smärta

- Somatisk diagnos
- Är patienten adekvat utredd?
- Smärtytp: nociceptiv, neurogen, smärta av okänt ursprung
- Föreligger det somatiskt smärtsyndrom? Är patienten inne i en smärtcirkel?
- Förekomst av psykisk sjukdom eller andra psykologiska faktorer som primärt styr

- patientens långvariga smärta.
- Tillgång till basal hälsa
- Prognos
- Probleminventering
- Behandlingsförslag
- Fortsatt uppföljning (ska patienten gå kvar hos inremitterande läkare? Remitteras till allmänläkare? Annan uppföljning?).

Observera att *en* läkare ska ha behandlingsansvaret!

## »Tillgång till basal hälsa utgör grunden för att känna sig frisk.«

relaterad smärta är okomplicerat; läkaren är aktiv och patienten passiv vårdmottagare. Detta är en roll som läkaren och medicinsk vårdpersonal i övrigt är väl förtrogen med och som de flesta patienter förväntar sig. Förhållningssättet och behandlingsstrategierna vid tumörrelaterad smärta liknar dem man använder vid akut smärta. Här är också behandlingsperspektivet förhållandevis kort, och man bör vid behov vara frikostig med tyngre analgetika och invasiva behandlingsmetoder, som vid akut smärta. Förhållningssättet mellan läkare och patient är också det samma (aktiv läkare – passiv patient).

### Långvarig icke-tumörrelaterad smärta

Smärta är troligen den vanligaste orsaken till att patienten söker läkarvård. Långvarig icke-tumörrelaterad smärta ger upphov till stora personliga lidanden och stora kostnader för samhället. Den utgör också den vanligaste orsaken till långtids-sjukskrivningar och sjukersättning. De samhällsekonomiska kostnaderna för långvarig smärta i Sverige beräknas till 87,6 miljarder kronor per år (2003) [2]. Av dessa var 7,6 miljarder direkta och vårdrelaterade kostnader och 80 miljarder indirekta kostnader, som avspeglar produktionsbortfall till följd av sjukdomsrelaterad arbetsfrånvaro.

Det är därför anmärkningsvärt att ämnet smärtmedicin har tilldragit sig så litet intresse och fått ett minimalt utrymme i läkarutbildningen, AT, ST och i utbildning av specialistläkare. Man räknar med att 12 procent av befolkningen har ett vårdbehov på grund av långvarig smärta och att 7 procent har ett stort vårdbehov [3]. Med det senare avses betydande smärta med högre grad av fysiskt och socialt handikapp som följd, vilket således drabbar ca 500 000 svenskar i vuxen ålder. Vårdkonsumtionen inom denna grupp är fem gånger högre än i befolkningen i övrigt. Enligt andra beräkningar behandlas upp till hälften av alla patienter med muskuloskeletal smärta i onödan i slutenvården. Dessa patienter har mycket låg livskvalitet.

Med långvarig smärta avses en kontinuerlig eller intermitterande smärta som varat sex månader eller mer. Ibland sätts gränsen vid tre månader, såsom i SBU:s utredning från 2006 [2]. Ofta har de patienter man möter inom primärvård, företagshälsovård, slutenvård eller specialiserad smärtvård en väsentligt längre smärtanamnes. Det påverkar såväl förhållningssätt som val av behandlingsmetoder. Patienter med långvarig smär-

ta erhåller sällan eller aldrig adekvat smärtlindring med enbart passiva behandlingsmetoder. Flera och andra åtgärder behövs. Dessa patienter behöver börja arbeta med friskfaktorer och lära sig förstå vad basal hälsa innebär. Tillgång till basal hälsa utgör grunden för att känna sig frisk.

### Brist på basal hälsa

Patienter som tillfrågas om vad en människa behöver för att må bra kan ofta inte svara på detta, men om frågan omformuleras till »Vad behöver ett barn för att må bra?« så svarar de flesta: »Leka, vila, äta, dricka, få trygghet och kärlek.« Nästan alla kan ta till sig att vuxna behöver det samma. Varje människa behöver kunna pendla mellan att använda sin kropp till muskelarbete och fysisk aktivitet och vila såväl muskulärt som mentalt. Vi behöver också mat, vatten och social gemenskap.

Patienter med långvarig smärta saknar i hög grad tillgång till basal hälsa. Pendeln mellan fysisk aktivitet och vila har oftast stannat. Detta innebär fysisk och mental inaktivitet och svårigheter att slappna av och sova. Tillgången till social gemenskap är bristfällig. Många patienter behöver hjälp och stöd med sitt arbete att återvinna basal hälsa och normalisera sina kropps-funktioner. Bristande tillgång till basal hälsa kan inte åtgärdas med sjukskrivning, läkemedel, kirurgi eller andra passiva behandlingsmetoder.

Det som ofta sker är att dessa patienter behandlas efter samma principer som vid akut smärta, dvs man förlitar sig i huvudsak på passiva behandlingsmetoder, såsom regelbunden användning av tyngre analgetika och försök att lindra smärtan via olika typer av blockader eller kirurgiska ingrepp. Det är olyckligt och innebär en felaktig terapeutisk strategi, med ogynnsamma effekter som följd. Långtidseffekterna av avancerade behandlingsmetoder eller analgetika där patienten är passiv mottagare visar sig i allmänhet ge oönskade effekter. Patienterna förbättras inte utan hamnar i stället i en rundgång i vården, med överbehandling och överutredning som följd. För varje åtgärd som inte får effekt blir patienten allt mer bekräftad och befäst i sin uppfattning att sjukdomen är så svår att funktion och livskvalitet inte kan förbättras.

Patienter med långvarig/ofta upprepad smärta har oftast sökt akutmottagningar, slutenvården och vårdcentraler många gånger och under lång tid. Med ökat fokus på betydelsen av basal hälsa och hjälp med att skapa sådan skulle adekvata åtgärder påbörjas i ett tidigare stadium än vad som nu sker. Hos många patienter är det ofta inte fråga om en smärtrehabilitering utan om smärthabilitering.

### Läkarens förhållningssätt

Sammanfattningsvis tar ofta läkare och vårdpersonal med sig samma förhållningssätt vid långvarig smärta som man har vid akut smärta, vilket är olyckligt och vilket sannolikt kan bidra till att patienten ytterligare passiviserar och ge upphov till iatrogena sjukdomar. I stället bör man sträva efter att ha en mer rådgivande roll och få patienten att börja arbeta med sina problem. Det är ett förhållningssätt som såväl personal inom sjukvården som patienterna är ovana vid. Smärtrehabilitering, och i många fall habilitering, förutsätter t ex att patienten ska ha en mer aktiv roll (elev), dvs behöver ta ett mer aktivt ansvar för sin egen hälsa. Terapeuten, däremot, ska fungera mer som handledare eller lärare.

### Smärtanalys och diagnostik

En adekvat smärtanalys utgör grunden för bedömning och behandling av en patient med långvarig smärta. Det basala i en fullständig smärtanalys är att få en somatisk diagnos och att avgöra om patienten är färdigutredd (Fakta 1). Det är av stor vikt

»Det är därför anmärkningsvärt att ämnet smärtmedicin tilldragit sig så litet intresse och fått ett minimalt utrymme i läkarutbildningen ...«

att avgöra om smärtan är nociceptiv eller neurogen, alternativt av okänd orsak, eftersom detta påverkar behandlingsstrategierna. Vid bedömning av smärtan ska också föregående utredningar värderas. Man bör ta ställning till om utredningen bör kompletteras, och om så inte är fallet tydligt markera i journalhandlingar och informera patienten om att ytterligare diagnostiska undersökningar inte är aktuella.

Patienter med långvarig smärta har ofta andra problem, som inte är direkt relaterade till smärtan men som bör komma i fokus vid smärtanalys, smärtbehandling och smärtrehabilitering. En probleminventering bör därför alltid ingå i den basala utredningen av dessa patienter. Det är viktigt att bedöma om patienten har ett sk somatiformt smärtsyndrom (somatoform pain disorder). Somatiformt smärtsyndrom är ett tillstånd som innebär att smärtan helt tagit över och styr patientens och oftast också omgivningens liv (Fakta 2). Man talar då ofta om att patienten är inne i en smärtcirkel. Eftersom detta tillstånd i synnerlig grad påverkar och försvårar behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta och dessutom har stor betydelse för prognosen är det av yttersta vikt att riskgrupper identifieras på ett tidigt stadium (Fakta 3).

Av betydelse vid behandling av patienter med långvarig smärta är att bedöma om det föreligger psykisk sjukdom, såsom ångest, depression och/eller personlighetsavvikelse, eller andra psykosociala faktorer som utgör huvuddeterminanter till patientens smärta, eller andra somatiska symtom. Om så är fallet, bör alltid en psykiater med inriktning mot smärta och smärtbehandling eller psykolog med liknande utbildning delta i utvärderingen och bedömningen av patienten.

För att en smärtanalys ska betraktas som fullständig bör man ha tagit ställning till om patienten har karakteristika förenliga med somatiformt smärtsyndrom eller om patientens smärta aggraveras eller styrs av en primär psykiatrisk sjukdom. Det är då också av stor vikt att göra en långsiktig prognosbedömning avseende patientens potential för rehabilitering och funktionsförbättring samt en probleminventering. Patientens sk copingstrategier är ofta av avgörande betydelse. Ofta är patientens huvudsakliga problematik inte smärtan utan smärtans sekundära konsekvenser, såsom störningar i relationen till anhöriga, samliv, arbetsgivare, sjukvård och försäkringskassa.

Av vikt är också eventuella sekundära konsekvenser för patientens sociala liv i övrigt. En smärtanalys bör därför fokusera på patientens problem och resurser samt innehålla en sammanfattande bedömning, liksom ett förslag till fortsatt handläggning och detaljerade anvisningar om hur uppföljning ska ske.

Klinisk smärtforskning avseende utvärdering av redan »accepterade« behandlingsmetoder på ett vetenskapligt korrekt sätt och utveckling av nya behandlingsmöjligheter är dåligt utvecklad eller saknas oftast helt. Det framgår inte minst i SBU:s systematiska litteraturoversikt [2]. Något tillspatsat kan man säga att långvarig smärta är ett tillstånd som vi inte förstår och som vi behandlar med metoder som vi inte vet hur de fungerar. Kliniskt smärtmedicinskt arbete kräver ett multiprofessionellt (flera olika yrkesgrupper) samt multidisciplinärt samarbete (läkare från olika specialiteter). Detta sker sällan i den kli-

## FAKTA 2

### Karakteristika hos patienter med somatiformt smärtsyndrom – smärtcirkel

- Rundgång i sjukvården
- Överbehandling (polykirurgi, polyfarmaci)
- Diskrepans mellan objektiva fynd och patientens upplevelse, med åtföljande konsekvenser för livsföring-

en, såsom avsaknad av basala hälsa

- Social inaktivitet
- Fysisk inaktivitet
- Allmän trötthet, ofta kombinerad mellan allmän dysfori
- Utpräglad sjukroll, smärtan styr patientens (och anhörigas) liv
- Uttalad smärtkommunikation

## FAKTA 3

### Risikfaktorer för somatiformt smärtsyndrom

- Patienter utan specifik diagnos.
- Patienter som inte är i karriären.
- Patienter med rigid personlighet.
- Överbehandling med passiva behandlingsmetoder, som felaktigt bekräftar och befäster patientens problem.

- Patienter med dåligt socialt nätverk.
- Försäkringsfall, arbetsskadeärenden.
- Debut i samband med fysiskt eller psykiskt trauma.
- Alexitymi – patienter med bristande förmåga att verbalisera känslor.
- Kulturbryte/förändrad livssituation.

niska vardagen, där forskning och kvalitetssäkring av använda behandlingsmetoder har en tendens att ramla mellan stolarna.

## Stort utbildningsbehov

Dagens utbildning i smärtlindring (algologi eller smärtmedicin) är marginell för såväl läkarstuderande som för läkare i allmäntjänstgöring och specialisttjänstgöring. Det föreligger ett stort utbildningsbehov i ämnet för läkare. Detta bör omfatta kunskaper och färdigheter för att självständigt kunna diagnostisera, bedöma och behandla olika smärttillstånd hos patienter med såväl akut och tumörrelaterad smärta som långvarig dito. En tvärprofessionell helhetssyn är nödvändig. Den kliniska specialisten bör, förutom djup kunskap i smärtlindring inom den egna basspecialitetens kompetensområde, ha bred allmän kunskap om smärttillstånd och deras behandling vid akut tumörrelaterad och långvarig smärta utöver den egna basspecialiteten. Då ämnet är multidisciplinärt och multiprofessionellt krävs det en lokal samordnare av utbildningen både vid länsdels- och länsjukhus samt inte minst vid universitetssjukhus.

Smärtlindring är sedan december 1996 en tilläggspecialitet. I detta temanummer kommer olika aspekter i form av kliniska problem och aktuell forskning på långvarig smärta i övrigt att belysas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Rosen SD, Paulesu E, Nihoyannopoulos P, Tousoulis D, Frackowiak RS, Frith CD, et al. Silent ischemia as a central problem: regional brain activation compared in silent and painful myocardial ischemia. Ann Intern Med. 1996;124(11):939-49.
2. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: SBU; 2006. Rapport 177/1, 2.
3. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994. SoS-rapport 1994:4.