

Clas Mannheimer, docent, överläkare, Multidisciplinärt smärtcentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg; gästredaktör för Läkartidningens serie om smärta och smärtbehandling

Ny serie:

Smärta och smärtlindring en försummad specialitet

II Smärta är troligen den vanligaste orsaken till att patienter söker läkarvård. Alla läkare i kliniskt arbete möter patienter med smärta. Det kan därför te sig anmärkningsvärt att klinisk algologi (läran om smärta och smärtlindring) har tilldragit sig förhållandevis lite intresse. Detta gäller såväl klinisk forskning, t ex utvärdering av redan »accepterade« behandlingsmetoder på ett vetenskapligt korrekt sätt, som utveckling av nya behandlingsmöjligheter. En orsak kan vara att algologiskt arbete ofta kräver ett multiprofessionellt (flera olika yrkesgrupper) samt multidisciplinärt samarbete.

Två huvudkomponenter

Det internationella samfundet för smärtstudier, International Association for the Study of Pain (IASP), har definierat smärta som »en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada«.

Det innebär att man vid alla former av smärta kan urskilja två huvudkomponenter:

- dels den diskriminativa sensoriska komponenten,
- dels den affektiva, emotionella komponenten.

Bearbetningen av den diskriminativa sensoriska komponenten, dvs den subjektiva uppfattningen av smärtans intensitet, lokalisation och duration, sker i sensoriska cortex och har intellektuell karaktär (»jag har ont«). Den affektiva, emotionella komponenten, vilken sannolikt är den viktigaste, bearbetas i anslutning till frontalloberna och representerar den affektiva delen av smärtupplevelsen (»jag har obehag«) samt inbegriper den emotionella olustbetonade och plågsamma upplevelse som smärtan ger upphov till.

Aktivitet prefrontalt en förutsättning för att känna smärta?

Positronemissionstomografi (PET) på patienter med grav myokardischemi trots avsaknad av smärta (tyst ischemi) visar inga eller obetydliga flödesförändringar prefrontalt, vilket är fallet vid symtomgivande angina pectoris. Däremot ses flödesförändringar i djupare strukturer vid både asymtomatisk och symtomatisk angina, exempelvis i talamus. Detta tyder på att aktivitet prefrontalt är en förutsättning för att man skall

SAMMANFATTAT

Två huvudkomponenter finns vid alla typer av smärta: dels den diskriminativa sensoriska komponenten, dels den affektiva, emotionella komponenten.

Man skiljer också på akut och kronisk smärta.

Patienter med långvarig smärta har ofta andra svåra problem som inte är direkt relaterade till smärtan, men som bör komma i fokus vid smärtanalys, smärtbehandling och smärtrehabilitering.

Smärta är ingen enhetlig entitet, utan ett samlingsbegrepp som utgörs av olika tillstånd skilda från varandra avseende behandlingsorsaker och behandlingsstrategier. Ämnet är multidisciplinärt och multiprofessionellt. Det kräver därför en lokal samordnare av utbildningen både vid länsdels- och länsjukhus samt, inte minst, vid universitetssjukhus.

Se även artiklarna med start på sidan 1642.

känna obehag vid smärta, kanske också för att överhuvudtaget uppleva en smärtsignal.

Det förefaller också som om det är den senare komponenten som är av störst betydelse för att lindra patientens obehag av smärta. Detta är praktiskt viktigt i den kliniska vardagen vid behandling av smärta.

Den akuta smärtan går oftast att avhjälpa

Man skiljer på akut och kronisk smärta. Behandlingsätt och förhållningssätt mellan dessa tillstånd skiljer sig åt. Den akuta smärtan (t ex vid akut buk, hjärtinfarkt, akut torticollis, skelletfraktur) är ofta inget svårhanterligt kliniskt problem. Det finns ett stort utbud av analgetika, och man kan vid svår smärta använda sig av starka opiatanalgetika. Vid akut smärta

finns också ett flertal invasiva metoder att tillgå; utvecklingen av dessa har gått framåt de senaste 20 åren. Ett bra exempel på detta är utvecklingen av spinal farmakologisk behandling. Problemet när det gäller akut smärta är framför allt av organisatorisk och administrativ art avseende t ex att skapa en välorganiserad postoperativ smärtvård. Bristerna finns framför allt vid stora sjukhus. Förhållandet mellan terapeut och patient vid akut smärta är okomplicerat: terapeuten är aktiv och patienten tar passivt emot vård. Detta är en roll som läkare och paramedicinsk personal är väl förtrogen med och som de flesta patienter förväntar sig.

Kronisk smärta kräver andra insatser

Med kronisk smärta avses en kontinuerlig eller intermitterande smärta som varat sex månader eller längre. Det finns smärtheter där man sätter gränsen vid tre månader. Man brukar indela kronisk smärta i smärta sekundär till ej livshotande sjukdom, s k långvarig smärta, och smärta på grund av malign eller annan livshotande sjukdom.

Långvarig smärta av icke malign orsak behandlas oftast efter samma principer som akut smärta, dvs man rekommenderar regelbunden användning av analgetika och försöker lindra smärtan via olika typer av blockader eller kirurgiska ingrepp. Detta är olyckligt och en felaktig terapeutisk strategi. Långtidseffekterna av avancerade behandlingsmetoder där patienten är passiv visar sig i allmänhet vara helt verkningslösa. Patienten förbättras inte utan hamnar i stället i sjukvårdens ekorrhjul, med rundvandring och inadekvat överbehandling som följd.

Fokus på rehabilitering

Erfarenhetsmässigt har det visat sig att behandling av dessa patienter i allt högre grad måste syfta till att rehabilitera patienten till bästa möjliga fysiska och sociala funktion samt ökad livskvalitet. Passiva behandlingsmetoder som t ex analgetika, transkutan nervstimulering (TENS) och akupunktur har ofta

Enskilda nervcellers funktion i det komplexa förlopp som framkallar smärta är ännu ofullständigt klarlagd. Ändå är smärta troligen den vanligaste orsaken till att patienter söker läkarvård. Smärta är ingen enhetlig entitet, utan ett samlingsbegrepp som utgörs av olika tillstånd skilda från varandra avseende behandlingsorsaker och behandlingsstrategier. Ämnet är multidisciplinärt och multiprofessionellt. Dagens utbildning i klinisk algologi, läran om smärta och smärtlindring, är marginell. Behovet av utbildning är mycket stort.

ILLUSTRATIONER: ANNIKA RÖHL

II Fakta 1

Fullständig smärtanalys av patienter med långvarig smärta

1. Somatisk diagnos.
2. Är patienten adekvat utredd?
3. Smärtyyp:
 - nociceptiv
 - neurogen
 - smärta av okänt ursprung
 - psykogen
4. Föreligger somatoform »pain disorder»? Är patienten inne i en »smärtcirkel»?
5. Förekomst av psykiatrisk sjukdom eller andra psykologiska faktorer som primärt styr patientens långvariga smärta.
6. Prognos?
7. Probleminventering.
8. Behandlingsförslag.
9. Fortsatt uppföljning (Skall patienten gå kvar hos inremitterande läkare? Remitteras till allmänläkare? Annan uppföljning?).

Obs! En läkare skall ha behandlingsansvar!

endast marginella långtidseffekter på patientens totala livskvalitet.

Förhållningssättet vid långvarig smärta bör vara annorlunda än det vid akut smärta. Smärtrehabilitering förutsätter t ex att patienten skall ha en mer aktiv roll (elev), terapeuten en mer passiv roll (handledare eller lärare). Enligt kliniska erfarenheter bör patienter med muskuloskeletal smärta ha påbörjat ett rehabiliteringsprogram med långsiktig planering efter tre veckors sjukskrivning.

Vid kronisk smärta på grund av malign sjukdom kan man i viss mån tillämpa de behandlingsprinciper som används vid akut smärta, såsom starka opiatanalgetika, nervblockader, spinal smärtbehandling och smärtekirurgiska ingrepp. Dessa metoder ger en temporär smärtfrihet och bör därför i första hand ges till patienter med förhållandevis kort förväntad överlevnad. Relationen mellan terapeut och patient liknar den vid akut smärta, dvs läkaren är aktiv medan patienten är passiv.

Smärtanalys

Det basala i en fullständig smärtanalys är att få en somatisk diagnos samt att avgöra om patienten är färdigutredd (Fakta 1). Vid bedömning av smärtan skall 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 att ytterligare diagnostiska undersökningar inte är aktuella.

Smärta klassificeras såsom:

- *Nociceptiv smärta*: smärta på grund av aktivering av nociceptorer i perifer vävnad.

- *Neurogen smärta*: smärta på grund av patologiska nervimpulser efter skada i nervsystemet.
- *Smärta av okänt ursprung*: smärta som inte kan förklaras med nociceptiva eller neurogena mekanismer.
- *Psykogen smärta*.

Med psykogen smärta avses här smärttillstånd där psykosociala faktorer eller psykiska sjukdomar anses spela en primär roll för smärtan och därmed försvårar smärtdiagnostiken. Psykogen smärta kan ibland ses vid depression, psykoser och neurotiska tillstånd. Framför allt den sistnämnda gruppen kan vara svår att bedöma.

Vid misstanke om psykogen smärta bör alltid en smärtinriktad psykiater och/eller psykolog delta i bedömningen av patienten.

Somatoforma smärttillstånd

Patienter med långvarig smärta har ofta andra svåra problem som inte är direkt relaterade till smärtan, men som bör komma i fokus vid smärtanalys, smärtbehandling och smärtrehabilitering. Det är därför av största vikt att bedöma om patienten har ett s k somatoformt smärtsyndrom, »somatoform pain disorder» (SPD). Somatoformt smärtsyndrom är en beteendestörning som innebär att smärtan helt har tagit över och styr patientens och oftast också omgivningens liv (Fakta 2). Man talar då ofta om att patienten är inne i en »smärtcirkel».

Då detta tillstånd i allra högsta grad påverkar och försvårar behandlingen och rehabiliteringen av patienter med långvarig smärta samt försämrar prognosen är det av stor vikt att kunna identifiera riskgrupper på ett tidigt stadium (Fakta 3).

För att en smärtanalys skall betraktas som fullständig bör man ha tagit ställning till om patienten har karakteristika förenliga med somatoformt smärtsyndrom, eller om patientens smärta aggraveras eller styrs av en primär psykiatrisk sjukdom. Detta gäller framför allt vid långvarig smärta. Det är då också av stor vikt att göra en långsiktig prognosbedömning avseende patientens potential för rehabilitering och funktionsförbättring samt en probleminventering.

En smärtanalys bör avslutas med en sammanfattande bedömning, behandlingsförslag samt förslag till fortsatt uppföljning.

Här behövs resurser och utbildning

Akut smärta. Det är allmänt känt att de flesta patienter som genomgår någon form av kirurgi behöver postoperativ smärtlindring. Som tidigare nämnts föreligger problem av organisatorisk art, framför allt vid stora sjukhus, vilket gör att den postoperativa smärtlindringen ofta är bristfällig trots att de organisatoriska förändringar som behövs kan göras till en förhållandevis låg kostnad.

Det borde vara en självklar rätt för alla patienter med postoperativ smärta att få tillgång till de tekniska resurser för smärtlindring som faktiskt finns.

Långvarig smärta. Det finns flera epidemiologiska studier avseende prevalensen av långvarig smärta, som varierar mycket. Detta beror till stor del på de metoder man använder för att kartlägga prevalensen. Senare studier visar på en prevalens på 40–50 procent [1–4]. En nyligen publicerad studie från Skottland visar att 48,5 procent av befolkningen lider av långvarig smärta [4]; 15,8 procent av dessa har svåra, behandlingsrefraktära besvär. De skulle behöva bedömas av specialist i algologi.

Idag finns i Sverige 122 sådana specialister. Ett stort ut-

II Fakta 2

Karakteristika för patienter med somatoformt smärtsyndrom, »smärtcirkel«

1. Rundgång i sjukvården.
2. Överbehandling (polykirurgi, polyfarmaci).
3. Diskrepans mellan objektiva fynd och patientens upplevelser, med åtföljande konsekvenser för livsföringen.
4. Social inaktivitet.
5. Fysisk inaktivitet.
6. Allmän trötthet, ofta kombinerad med allmän dysfori.
7. Störd sömn, störd dygnsrytm.
8. Utpräglad sjukroll, smärtan styr patientens (och anhörigas) liv.

II Fakta 3

Riskfaktorer för somatoformt smärtsyndrom

1. Patienter utan specifik diagnos.
2. Patienter som ej är i karriären.
3. Patienter med rigid personlighet.
4. Patienter med dåligt socialt nätverk.
5. Försäkringsfall, arbetsskadeärenden.
6. Debut i samband med fysiskt eller psykiskt trauma.
7. Alexitymi; patienter med oförmåga att verbalisera känslor.
8. Kulturbyte.

bildningsbehov föreligger alltså. Ett ökat antal specialister skulle inte bara vara ekonomiskt lönsamt för samhället (mindre sjukskrivning och förtidspensionering) utan också ge en högre livskvalitet åt en stor grupp människor.

Kronisk malign smärta. Mer än 60 procent av patienter med tumörrelaterad sjukdom har en behandlingskrävande smärta. Trots att flera sjukhus i Sverige har någon form av smärtenhet föreligger en underbehandling av denna patientgrupp. På grund av resursbrist har flera enheter fått minska eller helt lägga ner sina verksamheter.

Liksom vid postoperativ smärta är det organisatoriska förändringar som behövs. De tekniska resurserna och kunskaperna finns även här till stor del. Enligt SoS-rapport 1994:4 får mer än 50 procent av patienterna med tumörrelaterad

smärta i livets slutskede otillräcklig smärtlindring. Detta är milt uttryckt otillfredsställande.

Multidisciplinära insatser krävs

Dagens utbildning i klinisk algologi såväl för läkarstuderande som för läkare i allmäntjänstgöring och specialisttjänstgöring är marginell. Behovet av utbildning är mycket stort. Detta gäller samtliga kliniska specialiteter. Det föreligger dock svårigheter. Smärta är ingen enhetlig entitet, utan ett samlingsbegrepp som utgörs av olika tillstånd skilda från varandra avseende behandlingsorsaker och behandlingsstrategier. Ämnet är multidisciplinärt och multiprofessionellt. Det kräver därför en lokal samordnare av utbildningen både vid länsdels- och länsjukhus samt, inte minst, vid universitetssjukhus.

Smärtlindring (algologi) är sedan den 1 december 1996 en egen specialitet. I den artikelserie som Läkartidningen inleder i detta nummer kommer olika aspekter på området att presenteras. Både kliniska problem och aktuell forskning kommer att dryftas.

Referenser

1. Becker N, Thomsen A, Olsen A, Sjogren O, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic nonmalignant pain patients referred to a Danish multi-disciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393-400.
2. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37: 215-22.
3. Elliott A, Smith B, Penny K, Cairns Smith W, Chambers A. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248-52.
4. Verhaak P, Kerssens J, Dekker J, Sorbi M, Bensing J. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77: 231-9.