

# Fysisk smärta

Varför är det viktigt att uppmärksamma fysisk smärta i palliativ vård?

När man frågar patienter som skrivs in i den specialiserade palliativa vården vad de är mest oroadе över är det påfallande många som svarar smärta. Det är kanske inte så svårt att förstå eftersom de flesta av oss någon gång har upplevt smärta som något plågsamt. Men det finns ibland även en föreställning om att smärta är ett oundvikligt symtom i livets slutskede som man får räkna med. Symtombilden kan se lite olika ut beroende på bakomliggande sjukdom, men oavsett diagnos är smärta ett av de vanligaste symtomen i livets slutskede.

TEXT: EVA-LENA ANDERSSON

**H**os cancerpatienter som är den största patientgruppen i palliativ vård visar litteraturgenomgångar att behandlingskrävande smärta förekommer hos cirka 70 procent av alla patienter med avancerad cancersjukdom och hos omkring 90 procent hos patienter under sista levnadsveckan<sup>1</sup>.

Hos patienter med långt framskridna sjukdomar som KOL, hjärtsvikt, njursvikt, Aids och neurologiska sjukdomar förekommer smärta hos över 50 procent även om en del andra symtom kan dominera sjukdomsbilden<sup>2</sup>.

## DEN MULTIDIMENSIONELLA SMÄRTAN

Ett av huvudmålen i palliativ vård är att förbättra livskvalitet för patienter i livets slutskede. Vi vet att fysisk smärta har en påtagligt negativ effekt på livskvalitet och är därför viktig att uppmärksamma och behandla. Förutom att vara ett plågsamt symtom bidrar fysisk smärta även till ökad psykologisk belastning, påverkan på det sociala livet och kan kanske mer än vid andra smärttillstånd få en existentiell betydelse<sup>3,4,5</sup>.

Vi vet också att oro, ångest, depression, existentiellt lidande och psykosocial stress kan förstärka smärtupplevelsen<sup>6</sup>. Det finns smärtfysiologiska förklaringar till

detta. I palliativ vård brukar vi därför prata om den multidimensionella smärtan eller den totala smärtan.

Men det är viktigt att vi inte stirrar oss blinda enbart på den farmakologiska behandlingen av smärta utan också försöker behandla smärta utifrån ett helhetsperspektiv.

Det är en fördel att arbeta i ett multiprofessionellt team där olika yrkesgruppers kompetens kan utnyttjas i arbetet med patientens smärta. Generellt sett är vi troligen bättre på att behandla den fysiska smärtan än på att möta existentiella behov.

Ibland går det inte att lindra smärta förrän patienten har fått ordna upp sitt sociala liv eller försonats med skuld känslor och oföretter. Smärtlindring kräver därför ibland att vi konsulter-



rar och samarbetar med andra medicinska specialiteter som kan bidra med kompletterande smärtlindrande åtgärder.

Förutom nedsatt livskvalitet har fysisk smärta även andra negativa effekter. Smärta som innebär stress för såväl kropp som själ får också somatiska konsekvenser bland annat genom aktivering av det endokrina systemet med frisättning av skadliga stresshormoner<sup>7</sup>.

Det finns även smärtlösliga aspekter. En återkommande eller kontinuerlig aktivering av smärtsystemet leder till såväl strukturella som funktionella förändringar i centrala nervsystemet, så kallad plasticitet. Konsekvensen blir central sensitisering, innebärande att smärtan förstärks.

Så det är verkligen sant att ”smärta föder smärta”. Därför är tidig och förebyggande smärtbehandling en av grundprinciperna i palliativ vård.

En av förutsättningarna för att lyckas med behandling av smärta är grundläggande kunskap om hur smärtsystemet fungerar och vilka smärtmekanismer som är involverade. Att kunna särskilja på de två huvudtyperna av smärta, nociceptiv vävnadsmärta och neuropatisk smärta är en grundförutsättning för val av farmakologisk behandling.

### SMÄRTANALYS

Basen för smärtdiagnostik är smärtanalys som förutom klinisk kroppslig undersökning innefattar smärtanamnes eventuellt kompletterad med frågeformulär och smärtefigur samt numerisk skattningsskala (NRS) från 0–10 för bedömning av smärtans intensitet.

Utifrån patientens beskrivning av sin smärta och kliniska undersökningsfynd brukar man få en uppfattning om bakomliggande smärtmekanism/er och orsak till smärtan för att kunna ta ställning till behandling.

Verkligheten är dock inte alltid så enkel. Det finns patientgrupper som varken kan klara av eller orkar medverka till en smärtanalys. I dessa situationer får vi

försöka observera smärtbeteende och använda smärtskattningsskala som VRS (Verbal Rating Scale), en verbal skala som med ord karakteriserar smärtans intensitet och för patienter som inte kan kommunicera rekommenderas beteende och observationsskalor som FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) eller Abbey pain scale.

### VARIERANDE KOMPETENS

Det finns äldre studier som bekräftar att uppemot 90 procent av patienter inom specialiserad palliativ vård kan få tillfredsställande smärtlindring om vi diagnostiserar smärta på rätt sätt, använder rätt behandlingsmetoder mot rätt typ av smärta samt arbetar i multiprofessionella team<sup>8,9,10</sup>.

Samtidigt finns studier gjorda på cancerpatienter som är inskrivna på vårdenheter utan palliativ kompetens som visar att hälften av patienterna inte upplever sig tillräckligt väl smärtlindrade<sup>11,12</sup>.

Detta antyder en kompetenslyfta. Kunskap och erfarenhet varierar beroende på vem som behandlar patienten.

”Det är bekräftat att patienter som är välinformerade och förstår behandlingsupplägg blir både bättre smärtlindrade och mer följsamma i behandlingen.<sup>15,16</sup>”

*Eva-Lena Andersson  
är specialist i onkologi och diplomerad i  
palliativ medicin. Hon arbetar  
som överläkare på ASIH  
Kristianstad/Hässleholm*



Foto: Anna Majak

## FLERA ORSAKER TILL OTILLRÄCKLIG SMÄRTBEHANDLING

Att vårdpersonal i allmänhet har otillräckliga kunskaper om smärtsfysiologi och smärtbehandling kan man förstå om man tittar på vårdutbildningarnas innehåll. På läkarutbildningen har man någon enstaka lektion i smärta och smärtlindring trots att smärta generellt sett är ett stort folkhälsoproblem.

En anledning är att farmakologisk behandling ordnas utan genomförd eller otillräcklig smärtanalys. Det finns framförallt en risk att man underskattar neuropatisk smärta som är mer svårbehandlad.

En annan orsak kan vara bristande följsamhet (compliance). Hos patienter och anhöriga finns fortfarande sociala tabun eller missuppfattningar som kan bidra till att patienten inte tar sina mediciner eller ställer sig tveksam till behandling, särskilt när det gäller starka opioider. Man uttrycker ibland en rädsla för beroende och utveckling av missbruk, rädsla för biverkningar, samt rädsla för terapivikt längre fram i sjukdomsförloppet om morfinpreparat sätts in för tidigt. Morfinbehandling är för en del associerat med livets slutskede men det finns också föreställningar om att morfinpreparat förkortar livet trots att studier visar tvärtom<sup>13,14</sup>.

Det finns smärttillstånd som är så svårbehandlade att vi inte alltid når ända fram, till exempel vid neuropatisk smärta och akut genombrottsmärt (Breakthrough

Pain). Det kan också vara mer komplicerat att behandla smärttillstånd när det finns psykologisk belastning eller påtagliga existentiella inslag. ●



### FAKTA

#### MÖJLIGHETER TILL FÖRBÄTTRAD SMÄRTBEHANDLING

- Kunskapsspridning med utbildning och fortbildning i smärta. Palliativ medicin och smärtutbildning måste få större plats på schemat i vårdutbildningar.
- Mekanismbaserad smärtbehandling med smärtanalys och smärtskattningsinstrument för att förstå underliggande smärtemekanism innan ställningstagande till behandling.
- Arbete i multiprofessionellt team och i vissa fall multidisciplinärt samarbete för kompletterande smärtlindringsmetoder.
- Noggrann information och smärtbehandling i samråd med patienten bidrar till bättre smärtlindring och följsamhet.
- Regelbunden uppföljning och justering av behandlingen.
- Följa aktuella behandlingsriktlinjer

#### Referenser

- 1 Van den Beuken-van Everdingen MH et al. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology* 18:1437-49, 2007
- 2 Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *J Pain Symptom Manage* 31:58-69, 2006
- 3 Zaza C, Baine N, Cancer Pain and Psychosocial Factors: A Critical Review of the Literature *J Pain Symptom Manage* 24:526-42, 2002
- 4 Strang P. Existential consequences of unrelieved cancer pain. *Palliat Med* 11:299-305, 1997
- 5 Tavoli A, Montazeri A, Roshan R., et al. Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer* 8:177, 2008
- 6 Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E et al. Psychological distress of patients with advanced cancer: influence and contribution of pain severity and pain interference. *Cancer nurse* 29: 400-5, 2006
- 7 Chapman CR, Gavrin J. Suffering: The contribution of persistent pain *Lancet* 353:2233-7, 1999
- 8 Cherny N, et al. Opioidpharmacotherapy in the management of cancer pain. *Cancer* 1995;76 (7):1283--93
- 9 Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patients with advanced cancer who receive follow-up care at home. *Cancer* 85:1849-1858, 1999
- 10 Portenoy R.K., Lesage P. management of cancer pain. *Lancet* 353 ( 9165) 1695-1700, 1999
- 11 Cleeland CS, Gonin R, et al. Pain and Its Treatment in outpatients with metastatic cancer *N Engl J Med* 330:592-596. 1994
- 12 Deandrea S, Montanari M, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A Review of published literature. *Ann Oncol* 19 (12):1985-91, 2008.
- 13 Azoulay D, Jacobs JM, et al. Opioids, survival, and advanced cancer in hospice setting. *J Am Med Dir Assoc.* 12(2):129-34, 2011
- 14 Bengoechea I, Gutiérrez S.G, et al. Opioid use at the end of life and survival in a Hospital at Home unit. *J Palliat Med.* 13(9):1079-83, 2010
- 15 Bennett MI, Bagnall AM, Closs SJ. How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain;* 143(3):192-199, 2009
- 16 Oliver J, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ. Individualized Patient Education and Coaching to Improve Pain Control Among Cancer Outpatients, *JCO* 19 ( 8 ) 2206-2212, 2001