

Smärta och lidande

2015-09-28

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #2 i september 2015.

För referenser och vidareläsning se: Strang P: *Cancerrelaterad smärta*. Studentlitteratur. 2003.

Smärta och lidande har ett samband men hur ser det ut? När blir smärtlidandet tydligt? Enligt Eric Cassell kan smärta i sig kan vara besvärande och störande men behöver inte nödvändigtvis skapa särskilt mycket lidande, bara fysiskt obehag. Men han beskriver också fyra situationer som verkligen gör att smärta skapar ovanligt mycket lidande:

Smärtsituationer som skapar ovanligt mycket lidande

1. Överväldigande eller outhärdlig smärta
2. Smärta som aldrig tar slut
3. Smärta där orsaken är okänd
4. Smärta som tagit kontrollen över patienten

1. Överväldigande smärta

En sådan situation är smärta som är helt överväldigande, d.v.s. en mycket svår eller outhärdlig smärta. Detta är lätt att förstå. Fortfarande förekommer sådana situationer i palliativ vård och det gäller därför att ha kunskap och kompetens för att bryta en ny svår akut smärta direkt. För att kunna ge snabb smärtlindring behövs som regel:

- En smärtanalys
- En riktad behandling med rätt läkemedel i lämplig dos
- Ett bra omhändertagande som handlar om närvaro, att skapa lugn och tillit
- Redskap för att även minska psykisk och existentiell ångest som kan bidra till smärtupplevelsen.

Till och med i IASP:s definition av smärta (International Association for the Study of Pain) slår man fast att smärta aldrig enbart handlar om kroppsskada – *det finns alltid både en fysisk och en psykisk eller känslomässig komponent* samtidigt. Definitionen ser ut på följande sätt:

”Smärta är en obehaglig sensorisk (=kroppslig) och emotionell (= känslomässig) upplevelse, förenad med verklig eller möjlig vävnadsskada, eller beskriven som sådan skada. Smärtan är alltid subjektiv.”

Den definitionen är särskilt viktig i palliativ vård: inte ens smärta vid spridd cancer handlar enbart om kroppen och om läkemedel, eftersom smärtan alltid även har en känslomässig del som bidrar till smärtans intensitet. Det vi ser i en VAS-mätning är egentligen individens egen summering av sin totala smärta med alla ingående komponenter. Även om smärta i palliativ vård ofta förknippas med cancer, är det viktigt att komma ihåg att smärtor är vanligt till exempel vid sena stadier av KOL, hjärtsvikt och ALS.

2. En smärta utan slut

En annan situation som skapar lidande är smärttillstånd som aldrig tar slut. Vid kronisk icke-cancerrelaterad smärta ser man ofta detta tillstånd, en smärta utan slut som patienterna ofta mår psykiskt dåligt av och där det finns ett stort inslag av lidande. Man kanske är för övrigt frisk och har 40 år kvar att leva, men man inser att man kommer att ha ont hela sitt kvarvarande liv. Då är det inte så konstigt att smärtan skapar lidande. Om man däremot kan bryta smärtan åtminstone tillfälligt, minskar lidandet och hoppet vaknar.

Samma sak kan man se vid cancerrelaterad smärta i livets slutskede. I en studie som jag gjorde för många år sedan, kunde jag påvisa två grupper med besvärande smärta, som hade samma medelsmärta (runt VAS=4). Grupperna skiljde sig åt i ett avseende: den ena gruppen bestod av de patienter som vissa dagar var i det närmaste smärtfria (VAS 0–2). Den gruppen hade betydligt mindre ångest och nedstämdhet än gruppen som aldrig fick vila från sin smärta. Kanske är det så att smärtfrihet, även under korta perioder väcker hoppet: *”Jag var smärtfri förra veckan, kanske kan jag bli smärtfri till helgen också...”*

3. Smärta av okänd orsak

Smärta av okänd orsak är en tredje källa till lidande. I dag är oklar smärta en av de vanligaste orsakerna till att människor söker läkarhjälp. Man har fått ont av okänd orsak och blir oroad. Det finns en risk att sjukvården bara fokuserar på att lösa smärtan och skriver ut ett recept men förklarar inte orsaken till smärtan. Patienten tar inte ut receptet men har kvar sin oro. Hade hon fått veta orsaken hade hon troligen stått ut med smärtan.

Samma sak gäller även i palliativ vård. Att bli väl informerad minskar lidandet. När patienten blir övertygad om att denna smärta är en vanlig form och att vården har stor erfarenhet av att behandla sådan smärta, minskar oron och lidandet, även om den fysiska kärnsmärtan finns kvar.

Nobelpristagaren, filosofen och teologen Albert Schweitzer skrev en gång att *"Smärtan är en värre Herre än Döden själv"* och avsåg just denna situation: att en okontrollerad smärta kommer att styra hela patientens liv. Smärtan gör att man varken kan eller vågar göra något, smärtan tar all energi. I livets slutskede innebär det att patienten inte har tid eller ork att prata med sin familj eller börja avsluta sitt liv.

Detta problem var större tidigare, när man underdoserade opioider och patienten inte fick extra medicin förrän *"fyra timmar hade gått"*. Smärtan hann komma tillbaka och skada patienten gång på gång. I dag arbetar vi profylaktiskt med smärtscheman som i princip skall skapa smärtfrihet.

Dessutom får patienten trygghetsdoser som han uppmanas ta direkt om smärtan bryter igenom, eller om han planerar att göra något mer ansträngande. På så sätt tar patienten kontroll över sin egen smärta, inte tvärtom.

Att minska smärtlidandet

Eftersom smärtlidandet har samband med de fyra ovan beskrivna situationerna, finns det anledning i den palliativa vården att:

- Ha god **reell kompetens** på smärtlindring – det gäller både den fysiska och den psykiska delen. Läkemedel har en central roll men det är viktigt att inte glömma bort icke-farmakologiska åtgärder (lägesändringar, sjukgymnastik, lugnande samtal osv).
- Att ha som delmål att vid svåra fall **åtminstone bryta smärtan tillfälligt**. Lyckas man med det, ökar hoppet och lidandet minskar.
- Att **förklara smärtan**, helt enkelt undervisa om vad smärtan beror på och vad vi har för planer. Det skapar trygghet och minskar lidandet.
- Att **vara medveten om att en okontrollerad smärta "tar över"** allt annat. Vi kan t.ex. inte tro att det går att ge bra samtalsstöd om patienten bara ligger och har ont. Vi måste bryta smärtan först.

Referenser

För referenser och vidareläsning se: Strang P: *Cancerrelaterad smärta*. Studentlitteratur. 2003.