

Langvarige smerter

Hva er det? Hva skjer når nye stressorer oppstår? Hva gjør vi?

Konsulent Solveig Vik

Hvem er jeg?

- Utdannet sykepleier i 2018
 - Master i klinisk helsevitenskap, retning smerter og palliasjon i 2021
 - Videreutdanning i ledelse i helse- og sosialsektoren i 2021
 - Pågående master i klinisk avansert sykepleie
-
- Erfaring fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten
 - Hjemmetjeneste
 - Sykehjem
 - Sykehus
 - Privat smerteklinikk
 - Nåværende: forskningssykepleier for Helse Fonna

Hva er smerte?

- “Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” - IASP
- **Hva betyr det?**
Smerteopplevelsen er unik og personlig. Selv om to personer kan ha samme skade eller diagnose, vil omstendighetene aldri være helt like. Derfor vil heller ikke smerteopplevelsen være lik

Akutt eller langvarig?

Definisjon akutte smerter, fra felleskatalogen (u.å)

- “Akutte smerter er smerter man får ved skade eller sykdom, f.eks. I hud, knokler, muskler, sener eller indre organer. Disse smertene forsvinner når skaden er helet eller sykdommen er behandlet”

Definisjon langvarige smerter (Treede et al, 2019)

- Langvarige smerter er vedvarende eller tilbakevendende smerter med varighet over tre måneder

Undergrupper til langvarige smerter

Det er vanlig å skille mellom disse tre inndelingene:

- Nevropatisk smerte
 - Skade eller sykdom i nervesystemet
- Nociseptiv eller inflammatorisk smerte
 - Skade eller sykdom i vev
- Nociplastisk smerte
 - Smerter man ikke finner en klar årsak til, f.eks. fibromyalgi, uspesifiserte ryggsmarter

Smertetilstandene kan overlappe i flere grupper.

[Terminology | International Association for the Study of Pain \(iasp-pain.org\)](https://www.iasp-pain.org/)

Litt informasjon

- Ca 1/3 av voksne i Norge har det. Det er mange variasjoner, og man finner ikke årsaken hos 4/5.
- Risikofaktorer: Kvinne, gener, fysiske og psykiske belastninger, overvekt, undervekt, søvnforstyrrelser, fysisk inaktivitet, utdannelsesnivå, ubehandlede akutte smerter
 - Hva kom først, av høna og egget?

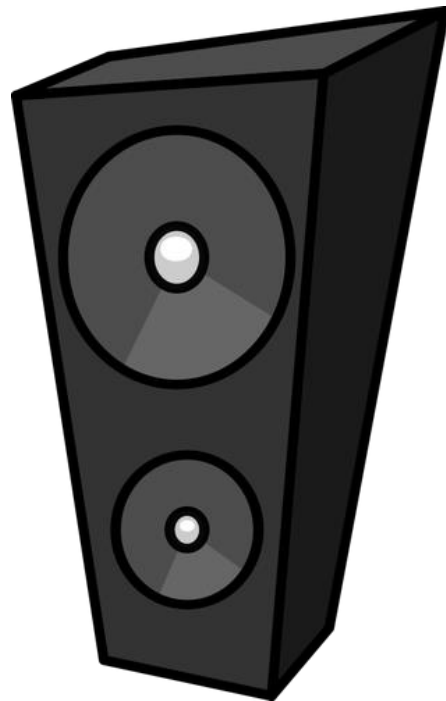


Litt om patofysiologi

Langvarige smerter kan medføre varige endringer i nervesystemet, eksempelvis:

- Sensitisering (perifer og sentral)
 - Økt respons fra nociseptive nevroner = overfølsomt nervesystem
 - Feks sentralt ved fibromyalgi, perifert ved overtråkk
- Allodynii
 - Når man får vondt av noe som vanligvis ikke gjør vondt
 - Feks stryke på ryggen
- Hyperalgesi
 - Mye mer vondt av noe som egentlig bare gjør litt vondt
 - Feks dunke armen i dørkarmen

<https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>



Forenklet smertefysiologi

Smerteportteorien - Melzack & Wall (1965)

Descenderende inhibitoriske baner

Eksempel: svømmetur, endorfiner, tå i dørkarm



Placeboanalgesi

Trening med høy intensitet - kortvarig effekt

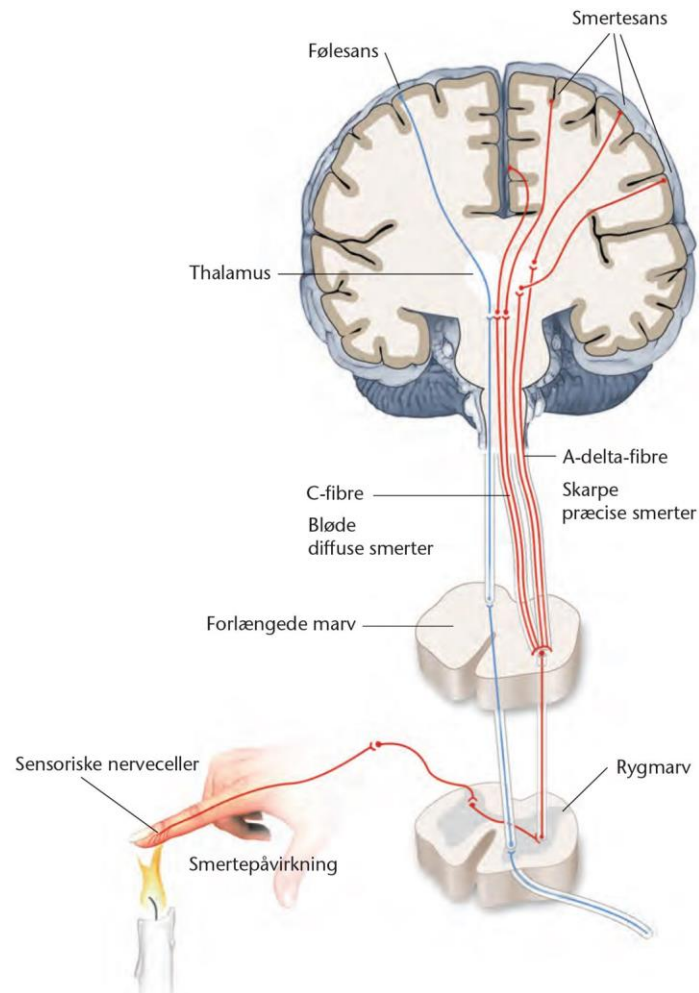
Hypertensjon



Angst, depresjon

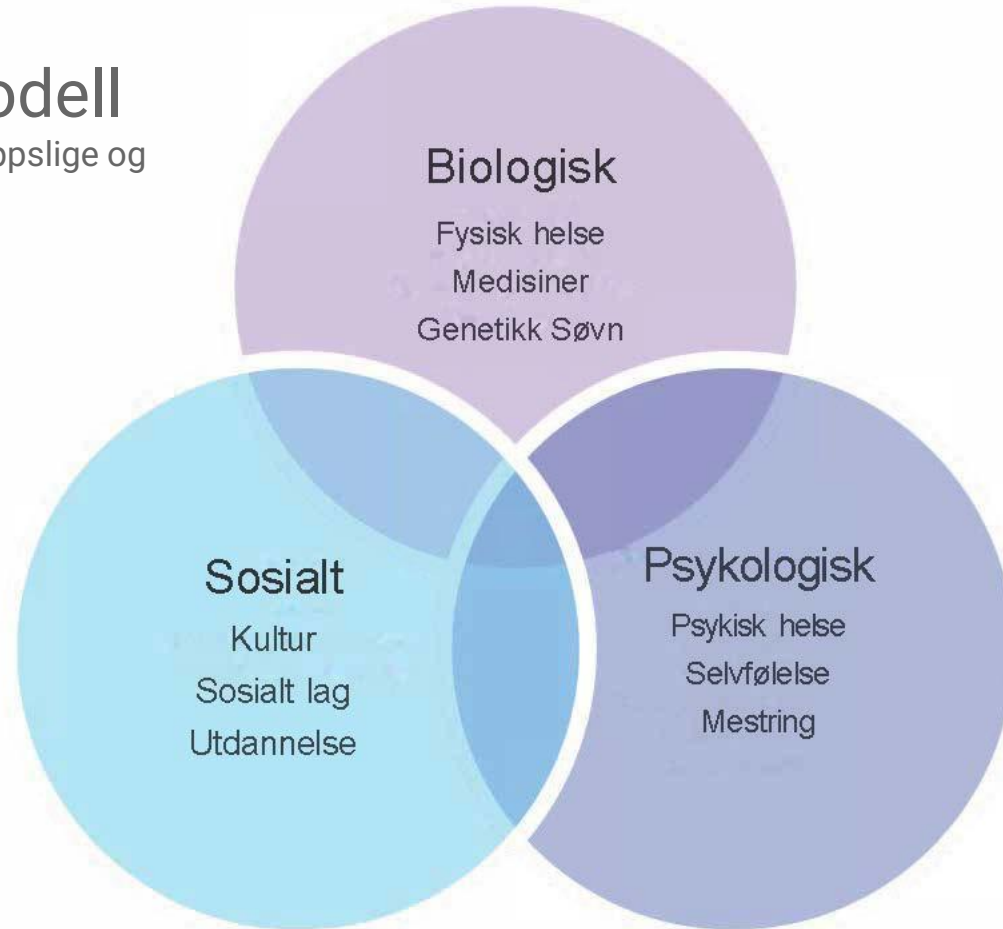
Traumer, fysisk eller psykisk

Stress



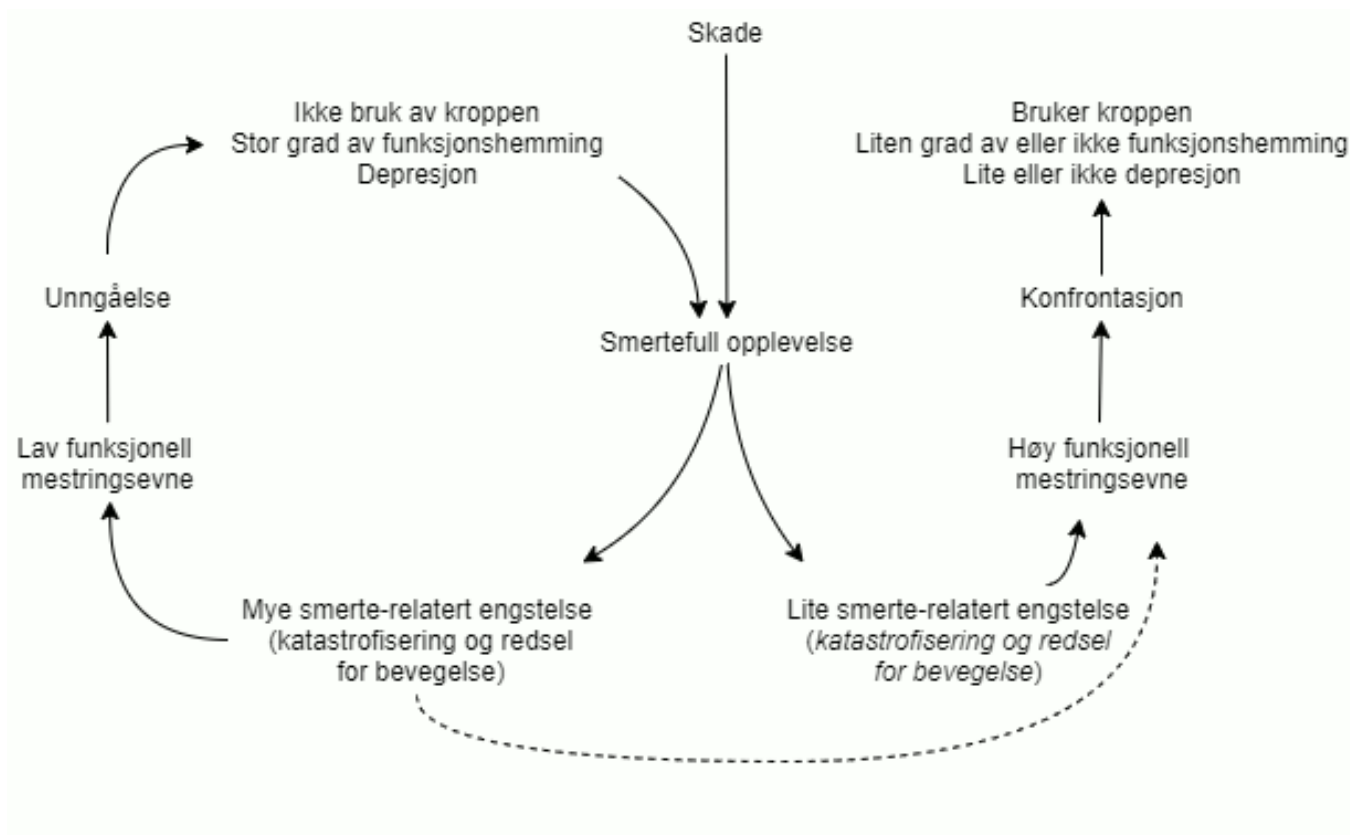
Biopsykososial modell

- En forståelsesmodell for kroppslige og psykiske sykdommer



Teori av Georg Engel (1977)

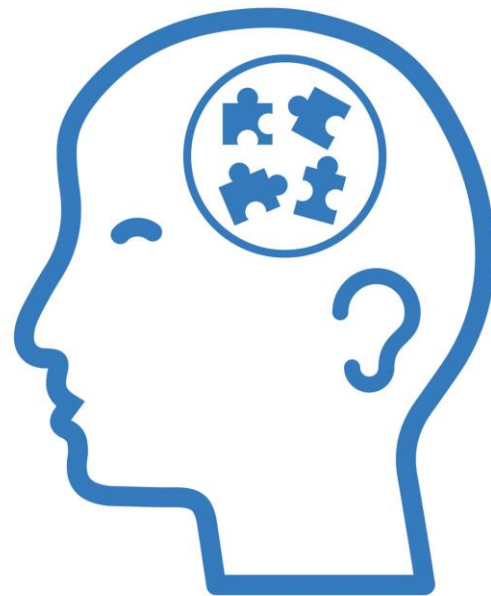
Frykt-unngåelsesmodellen



Kanskje det er psykisk?

Nå har vi sett på flere modeller som viser sammenheng mellom det fysiske og det psykiske. Betyr det at smertene “ligger i hodet?”

Forhåpentligvis har dere nå sett at det er mer innviklet enn som så.



Redusere smerteintensitet
Bedre funksjon
Bedre søvn
Øke mestring
Øke kunnskap



Endret smerteopplevelse

Pasientkasus

Fredrik (50):

- Ryggsmerter, operert x flere
- Knesmerter
- Pågående skilsmisse
- Gode venner og kollegaer



Kneprotese

Fredrik kommer på preoperativ dag, før et elektivt inngrep - kneprotese. Han får informasjon om hva som skal skje, og dere får informasjon om hans helsetilstand.

Fastlegens dosering av smertestillende i habituell tilstand:

- Paracetamol 1g x4
- OxyContin 20 mg x2
- Oxynorm 10 mg inntil x4



Plan for smertelindring

Legen må lage en individuell plan for postoperativ smertelindring!

- Må ta utgangspunkt i pasientens nåværende smertenivå og behandling, samt forventet smertenivå
 - Kartlegging av smerter i habituell tilstand (hvile og i ro)
 - Samarbeid med pasient og FL om behandling, både ikke-medikamentell og medikamentell, opp- og nedtrapping
- Ofte lengre varighet enn hos ikke-opioidbrukere (inntil 14 dager)
 - Ny vurdering hver 14. dag hos FL frem til habituet bruk
- Akutt smertebehandling = 150% av tidligere dosering
 - Oxynorm 10 mg p.o blir til 15 mg inntil x 4
 - Fortsett doseringen med 150% inntil smertelindring oppnås - evt. vurder overgang til IV

Skepsis til opioidbruk

- Mange helsepersonell er med god grunn skeptiske til bruk av opioider
 - Risiko for avhengighet og misbruk
 - Risiko for overdosering
 - Det kan gi økt smertefølsomhet
 - Kognitiv påvirkning
 - Nedtrappingen kan være tøff

Dessverre medfører dette ofte at pasienter med langvarige smerter stigmatiseres, og underbehandles for smertene sine.

“Pasienten forstår ikke hvor farlig det er”

“Han hiver bare innpå med piller mot smertene”

“Han vil bare ha flere piller for å ruse seg”



Litt oppdatert forskning

- Pasienter som bruker opioider **feilvurderes** ofte til å ha opioidavhengighet
- Pasienter som trenger høyere doser av opioider er i risiko for underbehandling pga bekymringer for overdosering og avhengighet
- Vurdering av opioidavhengighet bør utføres av lege med trening i dette (!)
- Det bør foreligge en fleksibel smertebehandlingsplan - behovet er uforutsigbart hos pasienter som bruker opioider fra før
- Det er stor forskjell på misbruk og bruk av opioider etter legens anbefaling

Fredriks forløp

- Nytt traume for kropp og sjel
- Fredrik er mindre aktiv, mindre sosial, mer alene
- Smerter fra kneet og fra ryggen tar seg opp, og Fredrik har mye vondere enn før
- God, men noe kortvarig effekt av blokade
- Isposer og andre ikke-medikamentelle tiltak har sparsom effekt

Fredrik ber om mer smertestillende



Hva skjer med Fredrik?

- Sykepleieren har fulgt Fredrik over flere dager, og er skeptisk til “smertepasienter”. Hun synes at han får nok smertestillende fra før, og tilbyr derfor ikke mer smertestillende. Dette til tross for forordning fra legen, og mangelfull effekt av ikke-medikamentelle tiltak
- Legen har det travelt, og Fredrik utskrives etter noen dager med kun sporadisk akuttbehandling av smertene
- **Fredrik ender opp med nye langvarige smerter i kneet, samt forverring av ryggsmertene**
 - Dette gjør at han ikke mestrer hverdagen like godt, og havner i en ond sirkel som det er vanskelig å komme ut av



Huskeregler

- Pasientens grunnleggende smertebehandling mot langvarige smerter dekker **ikke** forverringen som oppstår ved akutte hendelser, ei heller de akutte smertene
- Om pasienten ikke får ekstra smertelindring etter inngrepet, er de nye smertene å betrakte som ubehandlet
- Med mindre pasienten er innlagt for avrusning, er det ikke din jobb å avvenne pasienten fra opioider. Det er en problemstilling til en annen tid og sted - ikke under et nytt traume
- **BRUK** og **MISBRUK** av opioider er to forskjellige ting
- Du hadde vel ikke villet vært innlagt, og ikke fått smertelindring mot de akutte smertene du opplever?
- (Fleksibel) plan for smertebehandling bør baseres på eksisterende og forventede smerter, både medikamentell og ikke-medikamentell. Snakk med pasienten og evt. smertebehandler, forbered på nedtrapping

Oppsummering

Hvordan gi god pleie til en pasient med en akutt tilstand, som også har langvarige smerter fra før?

- ☐ Ta pasienten på alvor
- ☐ Vær bevisst volumknappene på "smertehøytteren"
- ☐ SPØR pasienten om de langvarige smertene
- ☐ Sørg for at pasienten blir smertelindret, slik du hadde gjort for enhver annen pasient!
- ☐ Se på smertetilstanden som enhver annen sykdom eller tilstand - du sjekker vel blodtrykket på pasienten med kjent hypertensjon?

