

Smertekartlegging

Svein Eirik Skåle, overlege, HAVO, Telemark

**«Ingen armer – ingen kaker!» Grusomheten i «gatevitsen» er langt utenfor det som er akseptabelt å si, men varianter av dette utsagnet på andre arenaer er ikke sjeldent. Dette kan fort bli hverdagen for våre pasienter med utviklingshemming og kommunikasjonsvansker. Intet språk – ingen smerter eller smerte-
stillende – mer presist. Smerte er definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som er forbundet med, eller likner opplevelsen forbundet med, faktisk eller potensiell vevsskade. Smerteopplevelsen er alltid subjektiv. Det er ikke mulig å se smerter fordi det er et symptom, men det er mulig å observere atferd som forårsakes av smerter.**

Nesten halvparten av dem som selv oppsøker lege, gjør det på grunn av smerter. I det ordinære arbeidslivet kan redusert arbeidsevne raskt bli synlig og fungere som en parameter på det ubehaget pasienten har. Smerter får fort økonomiske konsekvenser for den lidende i form av legebesøk, røntgenundersøkelser og annen utredning. For samfunnet er det heller ikke uten kostnader i form av sykepenger og tapt arbeidsinnsats. For den enkelte innebærer smerter betydelig lidelse, forverret psykisk helse og redusert sosial deltagelse. Det kan være nok å komme gjennom dagen, så får heller sosiale kontakter utsettes til senere. Livskvaliteten blir betydelig forringet og smertene blir altopplukende.

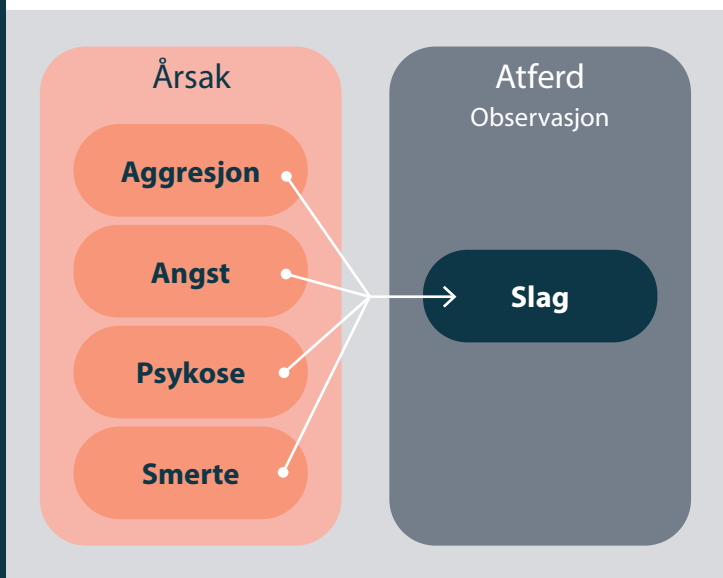
Personer med utviklingshemming har ikke en vanlig sykemelding som kan «vise» at de har vondt. Deres «attest» på lidelse kan fort bli en form for atferd og hvis denne er utfordrende for omgivelsene, blir det selve atferden som er det synlige problemet. Denne gruppen av pasienter har ikke alltid et funksjonelt språk og evnen til å fortelle om diffuse smerter og hvor de er lokalisert. De behersker kanskje heller ikke våre vanlige begreper som nyanserer graden av smerte og karakteren på denne.

Pasientgruppen har økt forekomst av både psykisk og fysisk lidelse. I Telemark har vi i en periode hatt økt oppmerksomhet på fenomenet smerte, og etter hvert som dette har blitt systematisk etterspurt, er det forbausende ofte vi avdekker en mulig smertetilstand. Smerter er et stort felt og tradisjonelt sett er det andre spesialiteter enn psykiatere som ivaretar kartlegging og behandling, som nevrologer og fysikalsk-medisinere. Ikke minst er anestesileger

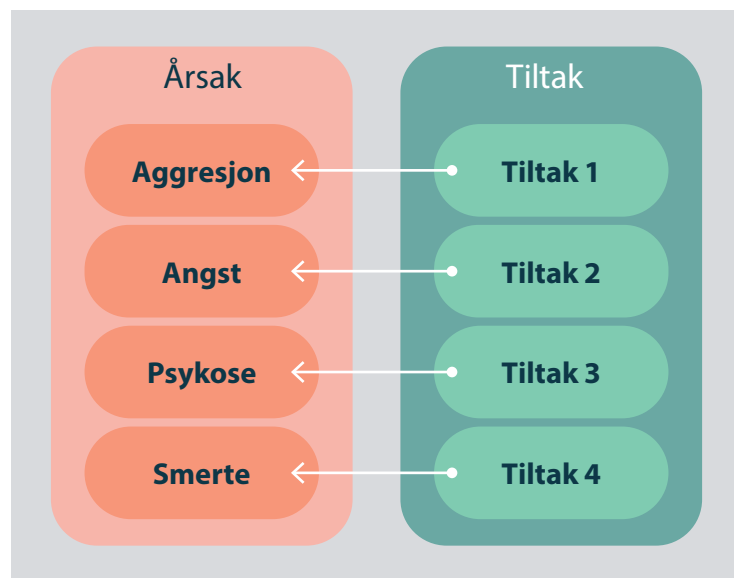
involvert når det kommer til invasive teknikker. I ambulant habiliteringsvirksomhet vil imidlertid vi som «feltarbeidere» komme i kontakt med et betydelig antall smertepasienter. Det er vanlig at denne gruppen blir underbehandlet. Der normalt-fungerende får moderat sterke smertestillende som for eksempel Tramadol, får våre pasienter lette smertestillende som Paracet i kort tid. Resultatet av dette kan være at de formelt sett har fått smertebehandling – men det hadde ikke effekt.

Hvordan oppdages smerter? Ikke sjelden hører vi i botiltak at pasienten har hatt aggressiv atferd og slått ansatte. Så vet man at slag kan være én uttrykksform i et begrenset atferdsrepertoar (fig 1a). I tillegg til sinne og aggresjon kan pasienten forsøke å «slå seg ut av situasjonen», eksempelvis der pasienten er påvirket av hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Grunnen til at det er faglig riktig å dele opp mulige årsaker på denne måten er at det er forskjellig tilnærming til de enkelte nevnte eksemplene (fig 1b). Ved psykose vil det være naturlig å vurdere anti-psykotika, og ved smerter vil det være fornuftig å gi smertedempende medikasjon.



Figur 1a



Figur 1b

Systematisk tilnærming

For å sikre systematikken, er det hensiktsmessig å ha sjekklister å støtte seg til (fig. 2). Relativt høyt prioritert på denne lista er punktet med smerte tatt med for å illustrere at smerte må etterspørres tidlig i kontakten med pasient og bolig.

Ved bruk av standardiserte skjemaer oppnår vi i større grad en felles forståelse og sikrer mer ensartede registreringer. Ved mistanke om smerter bør medikamentet prøves ut både i «**lengde og mengde**». Det anbefales bruk av «smertetrappen» som består av 3 trinn. Her starter vi med lette smertestillende som paracetamol og avanserer ved behov til morfinpreparater (fig 3). Dette illustrerer elementet «mengde». Når det gjelder «lengde», så må man gi seg tid til å eventuelt prøve ut hele doseringsintervallet opp til maksimaldosering av hvert trinn.

Hvis hypotesen om smerter som årsak til utfordrende atferd stemmer, så vil den grafiske framstillingen (fig. 4) vise dette tydelig. Mengden av registrert målatferd vil avta og grafen peke nedover parallelt med at doseringskurven for medikamentet går opp og viser økt medisinerings.

For tjenesteytere vil det være enklest å oppdage akutt innsettende smerter der årsak og virkning henger tett sammen i tid. Hvis pasienten har hatt et fall og vegrer seg for å bruke hånda etterpå er det naturlig å vurdere et røntgenbilde av eventuell skade. På den andre siden er det vanskeligere å oppdage smerter som er gradvis innsettende og ikke er dramatisk i sitt uttrykk. Eksempelvis vil misdannelser i muskel-skjellettapparatet kunne bidra til overbelastning i ledd og muskler som etter hvert blir smertefulle.

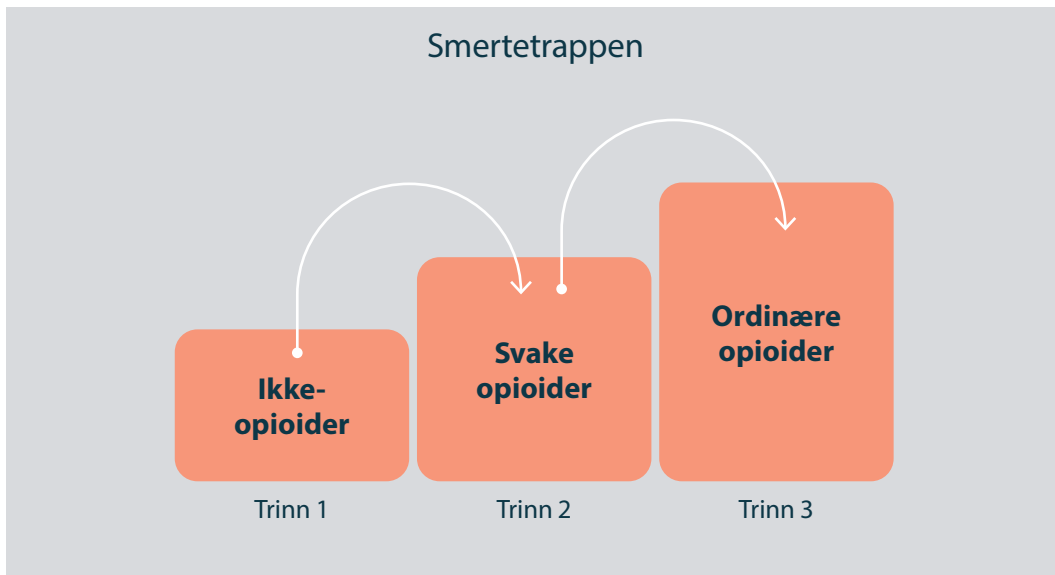
Legens oppgaver

- Sjekke digitale opplysninger – eget skjema
- Somatisk forhold
 - Generell undersøke
 - Spesiell undersøkelse
 - Smertekartlegging. Dele ut smerteskjemaet, CPS
- Blodprøver
 - Generelle blodprøver
 - CYP-prøver
 - Genetiske
 - Legemiddelanalyser
- Andre undersøkelser (rtg, Vineland,, PAC, etc)
- Etablere registrering og kartlegging
- Medikamenter
 - Medikamentliste
 - Interaksjoner
 - Bivirkningsskjema
- Samtykkekompetanse vurdert
- Møtestruktur presentert
- Avtale undervisning

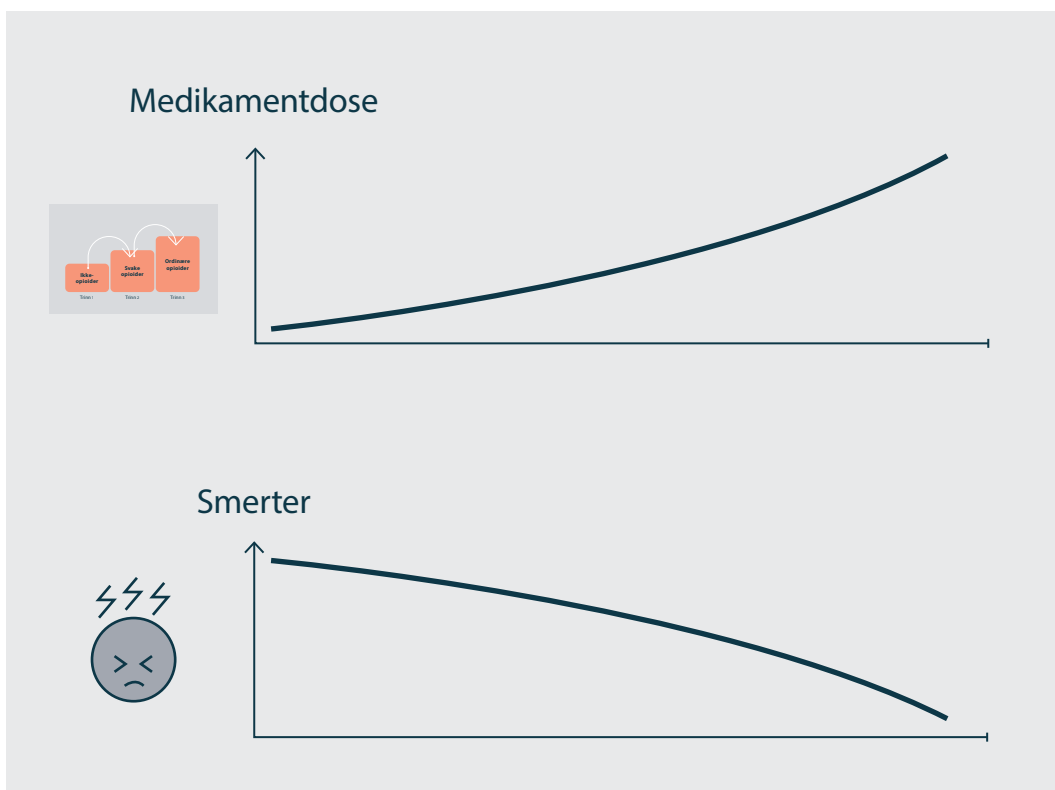
- Definere behandlingsmål 1. møte/besøk:
- Midtevaluering (dato):
- Info til fastlegen:
 - #1 (dato):
 - #2 (dato):
 - #3 (dato):

HAVO Telemark

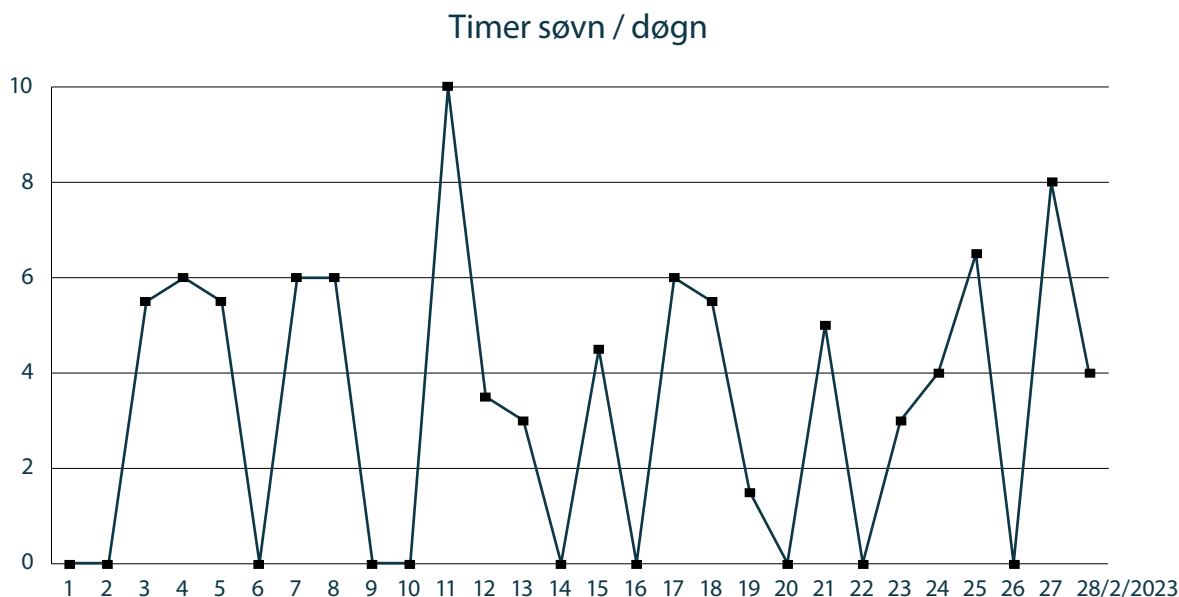
Figur 2



Figur 3



Figur 4



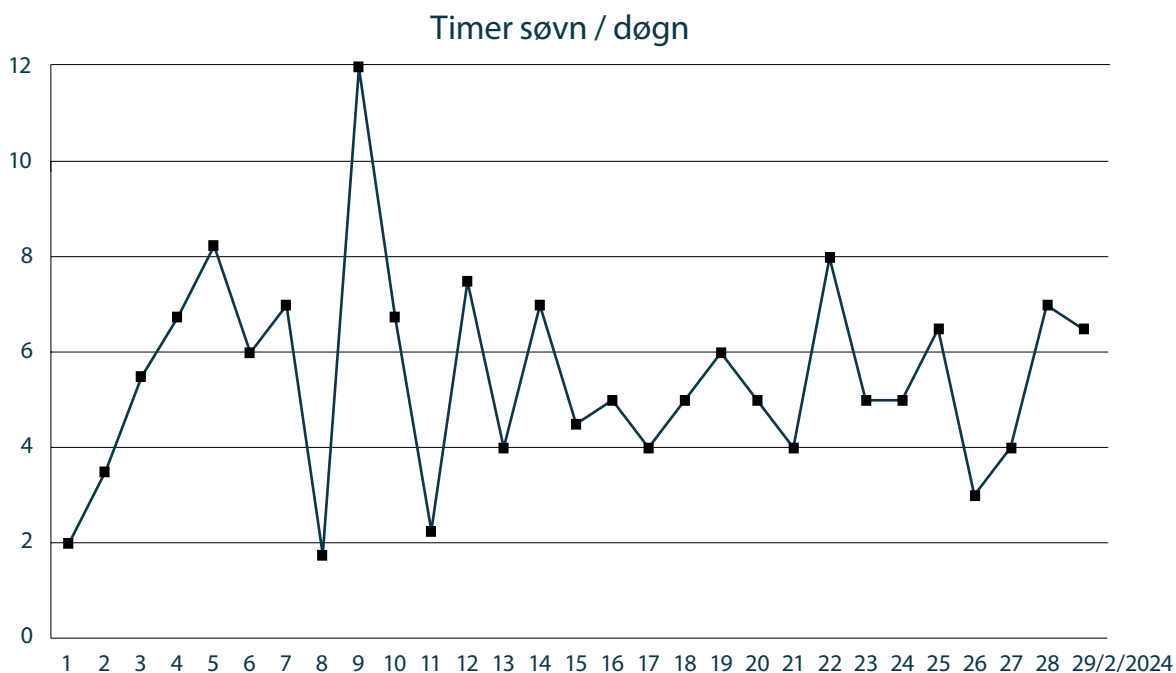
Figur 5

Smerter i forkleddning

Smerter kan være «forkledd» som atferd – for eksempel pasienter som plutselig ikke vil delta i aktiviteter. Slik atferd kan forbli et mysterium inntil man tar av sokken og ser en betent tå med en inngrodd negl. Vektnedgang kan være et synlig uttrykk på smerter i tenner eller tannkjøtt. Plager fra munnhulen kan forverres ved inntak av mat og drikke og følgelig vil ikke pasienten ta til seg næring og væske. I én sak kom vi i kontakt med en beboer som måtte trekke 4 tenner og bore i ytterligere 11 da hun endelig fikk tannbehandling i narkose.

Man skal ikke «bruke en pille for alt som er ille...», men adekvat smertebehandling kan også ha effekt på atferd som færre slag mot tjenesteytere, redusert spytting og mindre kasting av gjenstander.

Mye av dette kan nok forklares ved at en smertepåvirket pasient er både sliten og høyt aktivert av smertene. Bruken av smertedempende medikamenter er ikke et universalmiddel, men fordi også annen type atferd blir gunstig påvirket, vil det indirekte kunne gi mindre bruk av forskjellige typer psykofarmaka, både antipsykotika og angstdempende. Professor og leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin, Bettina S. Husebø, har i sin artikkel i *Tidsskrift for den norske legeforening* kommentert at smertebehandling er å betrakte som forebygging av agitasjon og aggresjon hos pasienter med demens. Pasienter med demens har noen likhetstrekk med våre pasienter, som at evne til å uttrykke seg verbalt er redusert og plager kan vises forkledd som utfordrende atferd.



Figur 6

Adekvat medisinerer kan raskt bedre søvnkvalitet, som igjen har gunstig effekt på fungering og velvære. Søvn er en svært følsom parameter og kan brukes som tegn på at «noe er galt», men er samtidig lite spesifikt for å fastslå type plager. Å kartlegge søvnmønsteret kan i vanskelighetsgrad variere fra lett til umulig. Hvis en bruker ligger bak en lukket dør og er lett å vekke, vil det være svært vanskelig å kartlegge den faktiske søvnen på en sikker måte uten å risikere og vekke vedkommende. Tidvis foregår denne kartleggingen «indirekte» fordi all erfaring tilsier at bruker står opp av senga hvis hen først er våken. I det aktuelle eksemplet (fig 5) var søvnen svært variabel og fragmentert med beregnet ca. 3 timer søvn per natt. Med så lite søvn over tid **bør** man gå ut fra at det er **usikkerhet** knyttet

til **nøyaktigheten av registreringene**. Etter flere måneder med adekvat smertebehandling var søvnmønsteret (fig 6) vesentlig bedret. På søvnskurvene var endringen tydelig med mindre «kirkespir» – mønster og antall våkenetter var nesten helt borte.

Tjenesteytere beskriver ofte en smertedempet pasient som enklere å komme i posisjon overfor for å iverksette gode miljøtiltak. Pasienten er roligere og det gir økt mulighet for samhandling. Det kan også observeres at pasienten har større overskudd og kan virke mer tilfreds.

Smertekartlegging

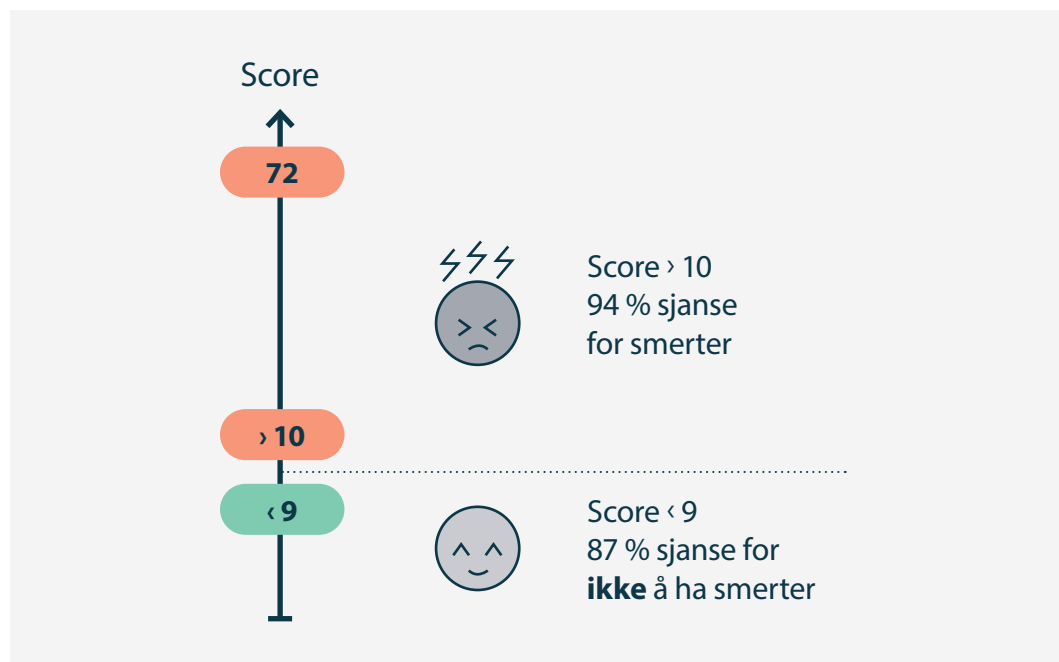
For nyhenviste pasienter er det behov for å samle inn mye informasjon; atferdsbeskrivelser, miljøfaktorer, resultater fra fersk somatisk undersøkelse. For eksempel

kan det være at det ikke er tatt blodprøver, da bør mulig gevinst vurderes opp mot kostnader for pasienten. Hvis lang transport er nødvendig for å ta rutineblodprøver i narkose, kan det bli urimelig slitsomt for pasienten. I tillegg til informasjon nevnt her, bør spørsmål om smerter være standard. Uten at jeg har konkret statistikk å vise til, er det overraskende ofte vi får utslag på smerteskjemaet CPS-NAID, Chronic Pain Scale for Nonverbal Adults With Intellectual Disabilities.

Skjemaet er basert på observasjoner av pasienter der atferd og framtoning kan tyde på smerter. I motsetning til somatisk undersøkelse og blodprøver kan personalet fylle ut dette skjemaet uten at pasienten er direkte berørt. Den danske versjonen av smerteskjemaet CPS-NAID finner

man i Kartleggingsbanken (kartleggingsbanken.no) hos stiftelsen SOR. **Bruken er enkel og intuitiv, der en skåre på mindre enn 9 poeng gir 87 % sjanse for at pasienten ikke har smerter og en skåre på mer enn 10 poeng gir 94 % sjanse for at pasienten har smerter.** (fig 7),

Mitt kliniske inntrykk er at dette er en sensitiv skala. Man får fort utslag når man går gjennom de 24 punktene for smertebeskrivelse, men jeg har sjeldent sett høyere skåre enn 24 poeng. Det er nok en sammenheng mellom antall poeng og nødvendigheten av smertestillende, men dette forholdet er ikke lineært. To pasienter fikk begge utslag på 24 poeng – denne ene ble adekvat behandlet med B-preparat, mens den andre pasienten måtte få A-preparat før man så sikker endring av smertebildet.



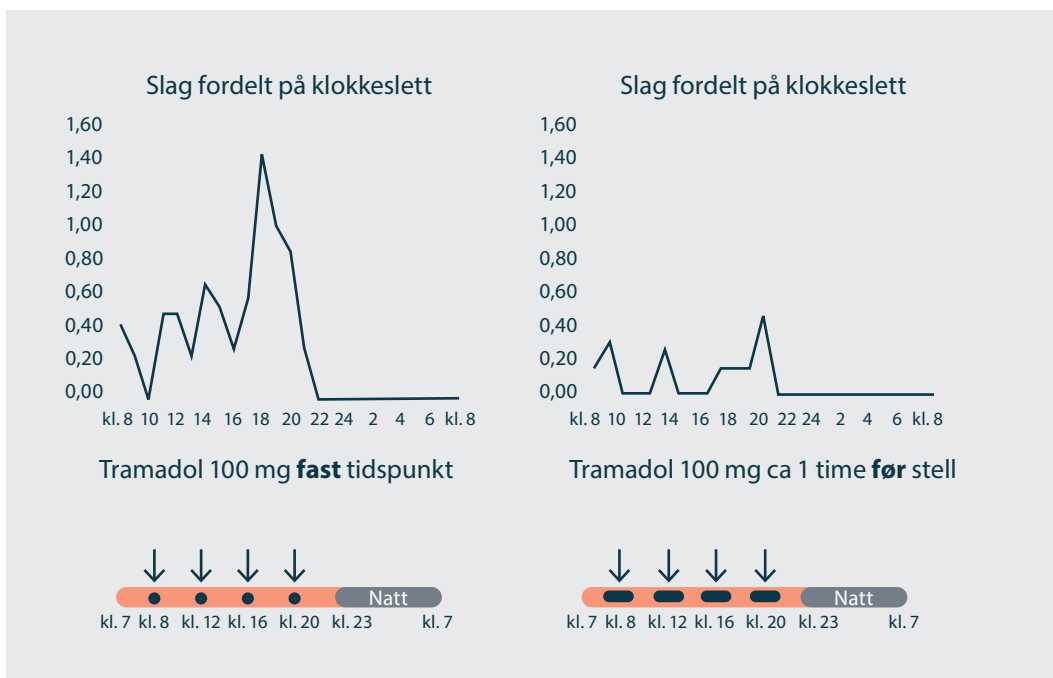
Figur 7

Fleksibel medisinerer

Vanligvis foregår medisinerer i den våkne delen av døgnet – i praksis fra kl. 7 til kl. 23. Noe avhengig av hvor ofte pasienten skal medisineres vil legen gi faste tidspunkter. Min erfaring på generelt grunnlag er at når smertestillende gis ved behov, vil dette stort sett medføre at totalforbruket blir mindre i og med at smerter ikke alltid er like intense. Men for pasienter med utviklingshemming kan såkalt «eventuelt-medisinerer» være ugunstig, fordi dette berører kjernen i problemet – at pasienten kan ha vansker med å tolke symptomet smerte og heller ikke ha evne til å uttrykke seg verbalt. Derfor bør generelle holdninger vike og pasienten må gis *fast medisinerer* for å kunne få en pålitelig evaluering av effekt.

Om pasienten eksempelvis får et medikament 4 ganger i døgnet er aktuelle tidspunkter kl. 08, 12, 16 og 20. Det kan være et intervall rundt tidspunktene slik at tjenesteytere har fleksibilitet til å gi medikamentene uten at dette reduserer effekten. Om doseringstidspunktet er kl 08 og det innføres et intervall på pluss/minus 30 minutter kan medisinen gis mellom 07.30 og 08.30.

I eksemplet over (fig 8) fikk pasienten det smertestillende medikamentet Tramadol. Først ble det gitt på **bestemte** tidspunkter uavhengig av stell. Etter at vi flyttet medisinerer til ca 1 time **før** stell, ble atferdskurvene redusert til et minimum og stellsituasjonene som før var preget av slag mot personalet, ble nesten eliminerte!

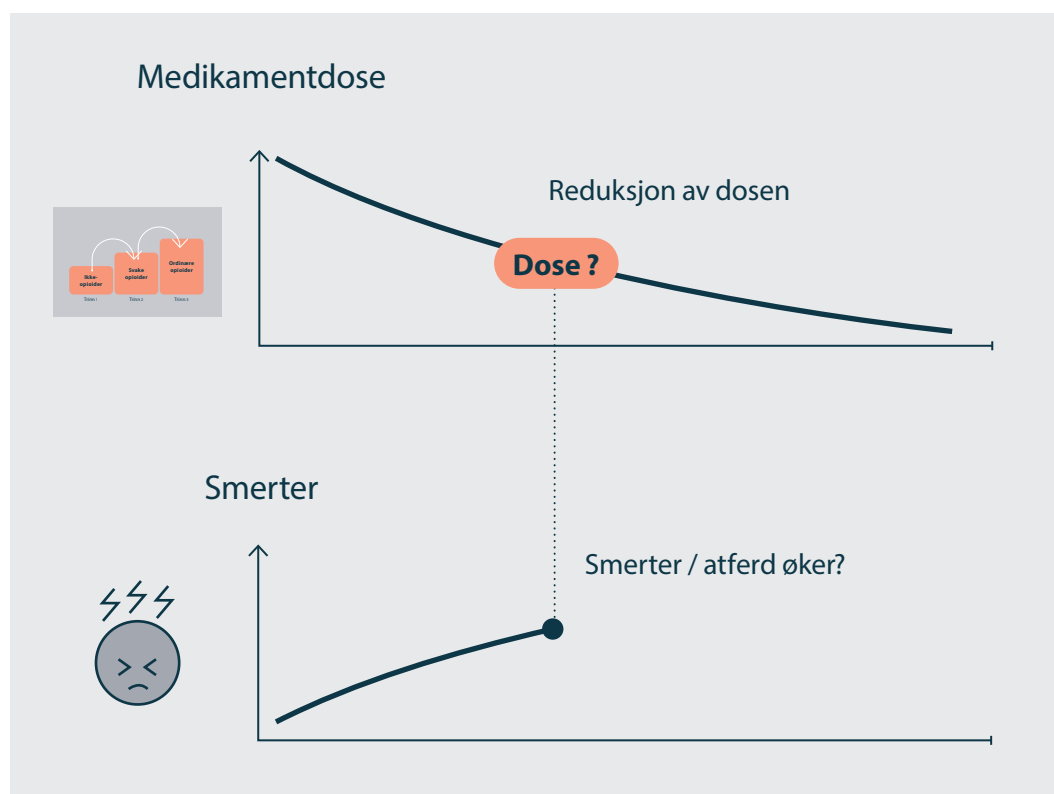


Figur 8

Evaluering av effekten

Hvordan vet vi når pasienten er adekvat behandlet? Systematisk overvåking av dosering / virkning av medikament og atferd (observert atferdsekvivalent) er svaret. En observert atferd som representerer smerten samholdes med gitt medikament. Når smertekurven flater ut, er det naturlig å tro at det er effekt av det aktuelle medikamentet. Det er et godt prinsipp å finne «*lavest effektive dose*» etter en tid med medikamentell behandling. Dette vil gjelde for flere medikamenter som skal brukes i lang tid, enten det er

antipsykotika eller smertestillende. Man reverserer prosessen med medisinopptrapping og går «motsatt» vei, med gradvis nedtrapping av dosen inntil aktuell atferd på nytt blir observerbar (fig 9). Parallelt med smertebehandlingen bør det foregå en monitorering (overvåking) av eventuelle bivirkninger. Det er en forutsetning at det foreskrevne medikamentet har god nok effekt, og i den graden pasienten har bivirkninger må man vurdere om disse er akseptable. Til slutt må man finne en fin balanse mellom tilfredsstillende effekt og bivirkninger.



Figur 9

Høy smerteterskel?

Vi kan tidvis treffe på utsagn som har overlevd både utvikling og faglig framgang. Et av disse er «... han har så høy smerteterskel ...» Dette aktualiserer gatevitsen i innledningen, underforstått at hvis du ikke *kan* uttrykke smerte på «vanlig måte», så *har* du ikke smerter. Det finnes riktignok svært sjeldne lidelser (CIPA, congenital insensitivity to pain with anhidrosis) som er en genetisk mutasjon som medfører at disse menneskene er ute av stand til å føle smerte. Dette er så sjeldent at vi i praksis kan se bort fra muligheten for at våre pasienter har lidelsen. Denne forståelsen av smerter hos brukergruppen kan være direkte skadelig og virkeligheten er sannsynligvis vesentlig annerledes. Grunnet overhyppighet av både somatisk og psykisk sykdom har våre pasienter i høyere grad enn andre forskjellige plager – deriblant smerter.

Medisinering og tilvenning

Adekvat medisinering og faren for tilvenning er to sider av sak – smerter. Straks man rekvirerer medikamenter fra reseptgruppe A og B bør man vite om faren for tilvenning og avhengighet. I denne artikkelen er det nevnt mange fordeler med adekvat smertebehandling. Men, det er samtidig **ikke** et argument for ukritisk og lite gjennomtenkt bruk av sterke smertestillende medikamenter. Gjennom søk på internett etter «mestring av langvarig smerte, vil du finne informasjon om temaet på nettsidene til blant annet Helsenorge. Her er det nevnt flere alternative tiltak – avspenning, avledning, varme pakninger og kalde

omslag før medikamenter prøves ut. Den store forskjellen mellom smertepasienten som skal ivareta plagene selv og de fleste i brukergruppen vår er at helsepersonell tar seg av forsiktighetsregler både under opptrapping og nedjustering av den smertestillende dosen. Ved at det er en faglig gjennomtenkt bruk av smertestillende vil man unngå de vanligste fallgruvene ved A- og B-preparater.

På de samme nettsidene nevnes opioider som årsak til store sosiale problemer og helseplager. Ved at lege og tjenesteytere er involvert fra begynnelsen vil man før oppstart av medisinering ha vurdert kausalbehandling der det trengs. Ved planmessig oppfølging av effekt og bivirkninger, vil dette være faglig god håndtering etter hvert som man prøver ut trinnene i smertetrappen. Når man etter en tid forsøker langsom nedtrapping for å finne «lavest effektive dose», så skulle de fleste faglige sider være ivaretatt. God tid på nedjustering av dosen vil redusere faren for abstinensplager.

Erfaringer fra Telemark

Hva har vi erfart? Smerte må vektlegges som fenomen inntil dette blir implementert i standardkartlegging av pasienter med utviklingshemming. CPS-smerteskjema gjør ikke krav på å være et diagnostisk instrument, men angir sannsynligheten for at pasienten har smerter. Skjemaet er lett å bruke, og skulle det vise seg at hypotesen om smerter som mulig årsak til atferden ikke stemmer, så kan dette viktige alternativet ses bort fra.

Det er atskillig verre hvis denne mulige forklaringen til utfordrende atferd glemmes.

Når lege i samarbeid med tjenesteytere etablerer et system for å følge effekten av smertebehandling kan dette gjøres trygt og planmessig. Uten sikker tilbakemelding fra pasienten må man prøve seg fram ved å sammenlikne kurver for smerte-registrering opp mot grafen for medisinerings. Registrering må gjøres relativt lenge. Medisindosen trappes forsiktig opp for å ha kontroll på eventuelle bivirkninger. En kontrollert nedtrapping av medikamentet senere vil være gunstig for å finne den dosen som gir god nok effekt uten at bivirkninger blir for plagsomme – den «lavest effektive dosen».

Til slutt

Se etter smerter – smerter er et symptom som kan manifestere seg som annen atferd. Ikke tro at høy smerteterskel er et fellestrekk for mennesker med utviklingshemming. De har like vondt som andre, men klarer ikke alltid å gi uttrykk for det. Hvis man først prøver ut smertestillende – tenk lengde og mengde. Hvis medikamenter prøves ut i for kort tid eller i for små doser, kan effekten utebli og pasienten er fortsatt plaget av smerter. Men med systematisk tilnærming til smerte som fenomen kan vi gjøre en viktig jobb for brukerne våre som gjør hverdagen smertefri og levelig.