

# Den komplekse kroniske smerte

En overordnet beskrivelse af de ofte komplekse, kroniske smerter, den non-farmakologiske behandling og fysioterapeutens rolle i den tværfaglige behandling af den kroniske smertepatient.

AF HANNE BIRKE

**PATIENTER MED KRONISKE SMERTETILSTANDE** kan være udfordrende at behandle, da kroniske smerter er komplekse. Kroniske smertepatienter er ofte på længerevarende smertestillende medicin for at lindre smerter og forbedre funktionsniveauet og livskvaliteten. Desværre opnår patienter i medicinsk smertebehandling oftest kun en beskedent smertelindring og ikke nødvendigvis et forbedret fysisk aktivitetsniveau. Erfaringen viser, at patientgruppen har brug for en tværfaglig indsats på grund af de komplekse problemstillinger, som de kroniske smerter kan føre til (1,2).

En kronisk smerteramt patient kan opleve, at smerten er en faktor, der kan sætte gang i en negativ spiral af andre faktorer, som tilsammen kan forringe livskvaliteten. Det er ikke ualmindeligt, at patienter med kroniske smerter trækker sig tilbage socialt, og de kan opleve at blive isolerede. For nogle smertepatienter kan smertetilstanden betyde et eventuelt karrierestop og dermed en

presset økonomi. Der kan opstå en følelse af kontroltab, som kan medføre angst og tvivl om, hvad fremtiden bringer. Disse faktorer kan hver især have en forværende effekt på smerterne. Hvis flere af de belastende faktorer er til stede samtidigt, kan det forstærke patientens oplevelse af smerten yderligere (3).

Det kan være en langvarig proces at få tilværelsen til at fungere igen, og i den fase kan psykologisk hjælp være nødvendig. Denne sammenvævning af bio-psyko-soziale problemstillinger lægger op til, at behandling af den kroniske smertepatient tager udgangspunkt i helheden (4).

Undersøgelser har vist, at fysioterapeuter med kendskab til den bio-psyko-soziale forståelsesmodel har en mere hensigtsmæssig tilgang til den kroniske smertepatient og opnår bedre behandlingsresultater (5). Omvendt kan fysioterapeuter med en mere bio-medicinsk tilgang have en større tilbøjelighed til at betragte ➡

➔ dagligdags aktiviteter som skadelige og være mere restriktive i forhold til anbefalinger af aktiviteter til denne patientgruppe (5). Et studie har vist, at den kliniske beslutningstagning er forbundet med fysioterapeutens holdning og tilgang til kroniske smerter og kan påvirke den rådgivning, der gives til patienterne (6). Ved at tilegne sig viden om den kroniske smerte, behandlingsmuligheder og anbefalede behandlingsstrategier, kan fysioterapeuter komme til at spille en vigtig rolle i den tværfaglige indsats (7).

### Jagten på diagnoser

Patienten gennemgår typisk flere faser under udviklingen af den kroniske smertetilstand (figur 1). Først søger patienten udredning og behandling for at blive smertefri. Patienten undersøges hos forskellige speciallæger og afprøver diverse behandlinger, derefter overgår patienten til en kronisk fase ofte med manglende diagnose og ingen varig behandlingseffekt. På dette tidspunkt er det ikke længere hensigtsmæssigt at søge specifikt efter en årsag eller fortsætte en mangelfuld smertestillende behandling. Såfremt livstruende sygdom er afkræftet, kan en diagnosejagt være klinisk irrelevant og fastholde patienten i en sygerolle. Der kan være en risiko for, at patienten mister tilliden til, at sundhedsvæsenet kan hjælpe dem (3).

Patienter med kroniske smerter bør informeres om, at smertelindring ikke kan opnås i samme grad som ved akutte smerter. Behandlingen bør derimod have fokus på aktivt at hjælpe patienten til bedre at kunne leve med sine smerter via ”hjælp til selvhjælp”.

### Smertes

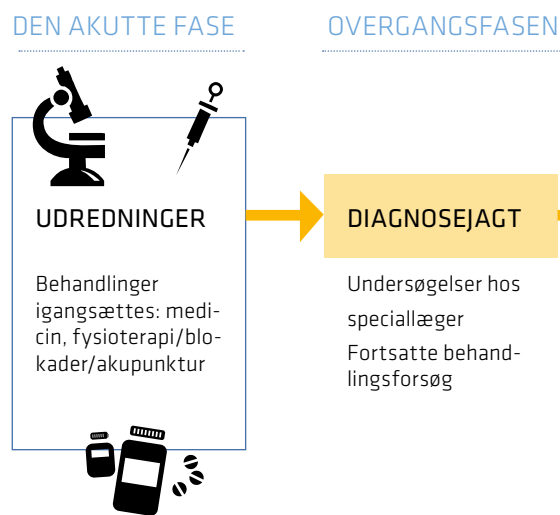
Tidligere blev smerter opdelt efter organer eller lokalisation. I dag opdeles smerterne oftere i forhold til varighed og den fysiologiske smertemekanisme, da denne opdeling giver bedre mening i forhold til smertebehandling.

Ved den primære vævsskade kan inflammation få smertereceptorer, nerveceller og forholdene omkring nervesignaler til at ændre sig. Nerveceller kan transformere sig, og slumrende nerveceller kan vågne op. Nervesystemets evne til at ændre sig kaldes neuroplasticitet, og det kan klinisk betyde en ændret sensibilitet hos patienten. Netop denne sensibilitetsændring er afgørende for, at akutte og kroniske smerter behandles forskelligt. Den ændrede

plasticitet kan betyde, at nervesystemet overreagerer eller er blevet overfølsomt (8). Der kan godt foregå ændringer i nervesystemets plasticitet, selvom den kroniske smertetilstand som regel ikke objektivt kan påvises.

### Forskellen på den akutte og kroniske smerte

Den akutte smerte er et resultat af en kraftig, ubehagelig stimulus med det formål at gøre opmærksom på truende vævsskade. Kroppen lagrer oplevelsen for at undgå fremtidige lignende stimuli. Typisk ses der tydelige vævsskader ved den akutte smerte, hvorimod vævet ved den kroniske smerte kan være helet, selvom smerten stadig er til stede. Overgangen fra den akutte smerte til den kroniske smerte kan være glidende. Kroniske smerter kan desuden udvikle sig til mere generaliserede og diffuse smerter (3,8,9), som f.eks.



Figur 1. Processen fra akut til kronisk smerte tilstand.

## FOREKOMSTEN AF KRONISKE SMERTEPATIENTER

- 27 % af den danske befolkning lider af kroniske smerter (smerter i mindst 3-6 måneder).
- Antallet af kroniske smertepatienter har været stigende gennem de seneste 15 år.
- Flere kvinder end mænd, og flere ældre end yngre fylder i statistikken.

## KRONISKE SMERTER - INDELING

Kroniske smerter inddeles i to hovedgrupper: neurogene og nociceptive smerter. Kroniske smertepatienter kan ofte have en smertetilstand, hvor både neurogene og nociceptive smerter er involveret.

- Neurogene smerter har baggrund i nervebeskadigelse.
- Nociceptive smerter er udløst af vævsskade med påvirkning af bevægeapparatets smertereceptorer.

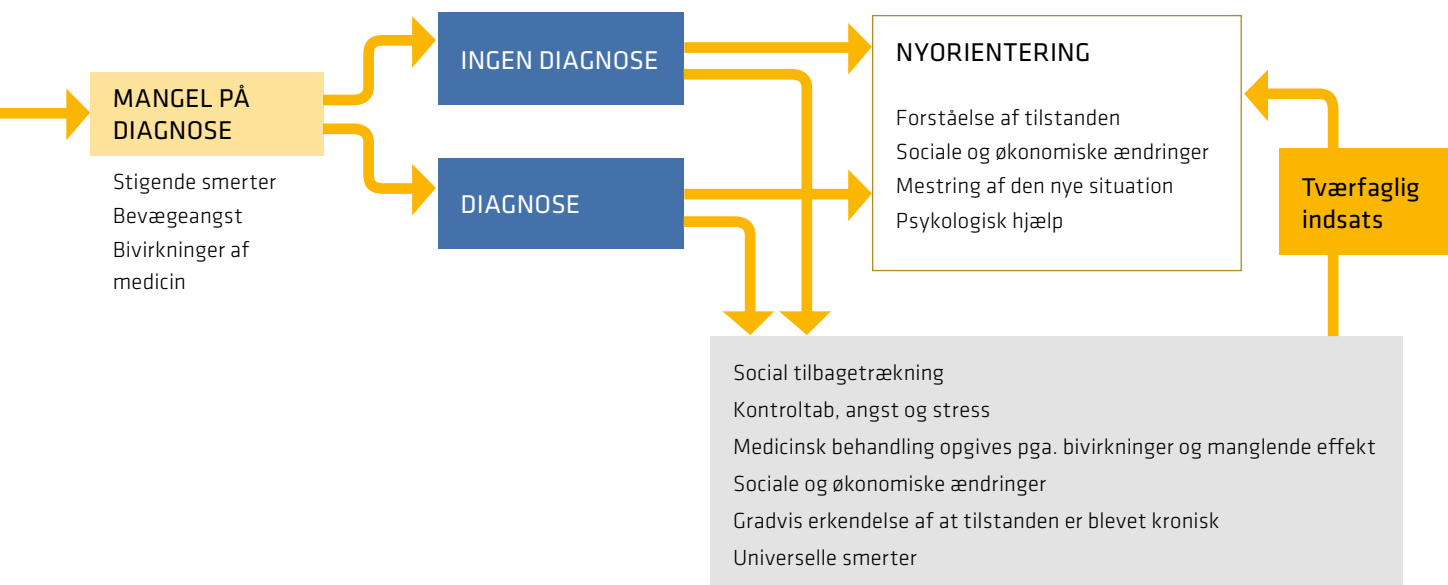
ved fibromyalgi. Det er vigtigt ikke at opfatte kroniske smerter som et advarselstegn som ved akutte smerter, men mere at betragte tilstanden som et tegn på en kompleks tilstand med påvirkning af biologiske, psykiske og sociale faktorer (3).

### Den non-farmakologiske smertebehandling

Den non-farmakologiske smertebehandling kan indeholde en række forskellige tiltag. Kognitiv terapi er den bedst dokumenterede te-

rapiform til kroniske smertepatienter. I denne terapi arbejdes der med patientens coping-strategier og automatiserede tanker omkring smerter og sygdom. Terapiformen forsøger at erstatte uhensigtsmæssige tanker og handlinger, som kan forstærke eller vedligeholde smerterne med mere hensigtsmæssige strategier. Et andet tilbud er patientuddannelse (psykoedukation) med undervisning/vejledning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder, psykosociale faktorerens betydning og mestringsstrategier i forhold til at leve bedst muligt ➔

## DEN KRONISKE FASE



➔ med sine kroniske smerter. Afspændingsteknikker og mindfulness er andre brugbare behandlingsmuligheder (10,11).

Andre eksempler på fysioterapeutisk smertebehandlinger er brug af el-terapi eller akupunktur. Studier har dog vist en varierende effekt af disse behandlinger.

### Fysioterapeutens møde med den kroniske smertepatient

Den kroniske smertetilstand er kompleks og udfordrende at håndtere og behandle. Fysioterapeuter kan være med til at skabe de bedste forudsætninger for rehabilitering af denne patientgruppe ved at have fokus på tværfagligt samarbejde, være bekendt med de bio-psyko-sociale sammenhænge, have større viden om den medicinske og ikke-medicinske smertebehandling og benytte de anbefalede behandlingsstrategier til denne patientgruppe. Den tværfaglige indsats er altafgørende for, at patienten kan få brudt den negative smertespiral og komme ind i en god udvikling. I forhold til smertelindring er det vigtigt, at fysioterapeuten som den sundhedsfaglige ekspert lægger kortene på bordet og ærligt forklarer patienten, at smertefrihed ofte ikke er realistisk opnåelig. Selvom det er en lægefaglig opgave at udskrive og vejlede i brug af smertestillende medicin, kan fysioterapeuten være opmærksom og anbefale patienten at søge læge eller få en henvisning til smerteklinik ved bekymring om medicinens virkning på patienten.

På trods af at der tages hensyn til patientens ressourcer under et træningsforløb, kan den fysiske aktivitet skabe en oplussen i smerterne. Her er det vigtigt at forklare patienten, at smerten ikke i sig selv er farlig og højst sandsynligt vil falde igen. Ændringer i smerter bør ikke forhindre patienten i at være fysisk aktiv på det niveau, hvor det kan lade sig gøre. Forskning på området har vist, at kroniske smertepatienter, som gennemgår et superviseret fysioterapeutisk træningsforløb, opnår større grad af smertelindring, nedsat forbrug af smertestillende medicin, forbedret funktionsniveau og forbedret livskvalitet (12,13).

### Den smertelindrende effekt af medicinen

Et langvarigt forbrug af smertestillende medicin kan have en tvivlsom smertestillende effekt og samtidig være forbundet med alvorlige bivirkninger, som kan påvirke patienten og dermed den fysioterapeutiske behandling. Hvis patienten er påvirket af forstop-

---

## PRÆDIKTORER FOR KRONIFICERING AF SMERTERNE

I Sundhedsstyrelsens anbefaling for tværsektorielle forløb til patienter med kroniske lænderygmerter (22-24) beskrives følgende prædiktorer:

- Smerternes omfang og intensitet
- Socioøkonomisk status
- Svagt socialt netværk
- Sygemelding af mere end 12 ugers varighed
- Komorbiditet
- Bevægeangst

Men også patientens sygdomsforståelse, forventninger og accept af tilstanden, graden af bekymring over helbredstilstanden, hjælpeløshed, pessimisme samt mestringsstrategier har betydning for forløbet (1).

---

## KONSERVATIV BEHANDLING AF KRONISKE SMERTER

### TNS (Transkutan Nerve Stimulation)

TNS har vist en god effekt ved eksempelvis osteoartrose, fibromyalgi og rygmarsvsskade. Afgørende for effekt er brug af en tilstrækkelig høj dosis og en korrekt elektrodeplacering i akupunkter. Hvis patienter bruger TNS dagligt, kan de dog over tid udvikle tolerans overfor behandlingseffekten (25).

### Low-level laser terapi (LLLT)

En metaanalyse har fundet utilstrækkelig evidens for LLLT's smertestillende effekt ved osteoarthritis (26). I forhold til patienter med reumatoid artrit har et Cochrane-review konkluderet, at der er evidens for, at LLLT nedsætter smerter og morgenstivhed i op til 4 uger, men langtidseffekten kunne ikke påvises (27).

### Akupunktur

Flere kliniske høj kvalitets-studier har vist, at akupunktur er effektivt ved menstruationssmerter, fibromyalgi, hovedpine, nakke og lændesmerter (9). Et nyt review har ligeledes vist en gavnlig smertestillende effekt af akupunktur til osteoartrose (28). Desværre er virkningen af akupunktur oftest ganske kortvarig, når det handler om kroniske smertetilstande (19).

---

## LÆR MERE OM PATIENTERNES MEDICIN



Danske Fysioterapeuter afholder kursus i farmakologi den 17.-18. november i København. Her kan du uddybe din viden om medicinens betydning for genoptræning og få redskaber til at opdage problemer med patientens medicinering.

Sidste frist for tilmelding den 15. oktober.

 [fysio.dk/farmakologi](http://fysio.dk/farmakologi)

---



pelse, øget smertefølsomhed, kvalme og træthed pga. langvarig opioid-behandling (14), eller lider af gastrointestinale smerter, svimmelhed, konfusion og nedsat vævsheling pga. NSAID-behandling (15,16) kan det skabe nogle behandlingsmæssige udfordringer.

Når litteraturen på området gennemgås, viser det sig, at kun omkring hver anden smertepatient har effekt af en langvarig behandling med de mest almindelige medikamenter med en forventelig maksimal smertelindrende effekt på omkring 30 % (17). De patienter, som opnår en smertelindring, opnår ikke nødvendigvis et forbedret funktionsniveau (10,17). På grund af medicinens begrænsede effekt bør patienterne have hjælp til at håndtere deres situation (18).

### Den bio-psyko-sociale cirkel

Kroniske smerter vil ofte have en voldsom påvirkning på patientens sindstilstand, og en stor del af patienterne udvikler depression, søvnforstyrrelser, stresstilstande, træthed, isolation og bliver fysisk inaktive. Længerevarende smerter kan give muskelspændinger, der i sig selv kan øge smerterne. Men også ændrede bevægelsesmønstre, som indlæres i et forsøg på at undgå smerter, kan øge belastninger andre steder i kroppen og medføre yderligere smerteproblematikker (19). En negativ spiral af faktorer som depression, nervøsitet og smerteintensitet kan indbyrdes påvirke og forstærke hinanden (20).

Principperne for behandlingen af kroniske smerter er grundlæggende forskellig fra behandling af akutte smerter. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at ikke-medicinsk tværfaglig behandling bør indgå som en central og integreret del af behandlingen til alle patienter med kroniske non-maligne smertetilstande. Fysioterapeuter har den faglige ekspertise til at kunne hjælpe patienten til at få genopbygget og vedligeholdt muskelstyrken og kroppens bevægelighed på trods af smertetilstanden ved brug af patientaktiverende strategier. Fysioterapeuter bør udover fokus på smertehåndtering også forsøge at inddrage nogle af de psyko-sociale faktorer, som kan være i spil.

### Undgå passiv behandling

Smertespecialister råder til forsigtighed med at bruge passive behandlingsformer til den kroniske smertepatient, da det kan øge risikoen for, at patienterne udvikler passive mestringsstrategier i håndteringen af deres kroniske smertetilstand (3,21). Der er ofte mangelfuld evidens i forhold til langtidseffekten af passive behandlinger samt en potentiel risiko for bivirkninger. Fysioterapeuten bør hellere støtte og vejlede patienten i, at deres kroniske smerter ikke skal forhindre dem i aktivt at forsøge at forbedre deres fysiske funktionsniveau med alle de sundhedsfordele, det kan give dem. ●



**SID DIG STÆRK**  
*Har du lange arbejdsdage?*

Prøv en stol gratis i 14 dage.

info@dynamostol.dk  
www.dynamostol.dk  
tlf.: 4675 0970

**Dynamostol®**  
SIT STRONG