

- Et stort helseproblem

Kronisk smerte er et av Norges vanligste helseproblemer og påfører samfunnet store kostnader.

TEKST OG FOTO:

Svein Arthur Kallevik

Svein Arthur Kallevik

Svein Arthur Kallevik

PUBLISERT 1. august 2008



FORSKER PÅ SMERTE: - Rundt 40 prosent av utgifter til sykmelding, uførhet og rehabilitering går til mennesker med kroniske smertelidelser, forteller Christopher Sivert Nielsen.

Psykolog Christopher Sivert Nielsen ved Folkehelseinstituttet mener følgelig det er viktig å satse på forskning og forbedret behandling, noe som vil kunne redusere både omfanget og konsekvensene av kronisk smerte som folkehelseproblem. Sammen med Audun Stubhaug ved Rikshospitalet har han ansvaret for Smerteundersøkelsen i Tromsø, som igjen er en del av den store Tromsøundersøkelsen.

I dette prosjektet håper man å få større kunnskap rundt individuelle forskjeller i smertefølsomhet, hvilke årsaker som kan ligge bak, og hvilke helsekonsekvenser dette har. Forskerne vil se på sammenhenger mellom smertefølsomhet, kronisk smerte, blodtrykk og hjerte- og karsykdommer.

Smerte og angst

Smerte er trolig det mest omfattende enkeltstående helseproblem i den vestlige verden, både målt i antall tilfeller og etter hvor mye det koster samfunnet.

– Det er overraskende hvor omfattende problemet er. Norge er det landet i Europa hvor man finner høyest forekomst av kronisk smerte, og 25–30 prosent av befolkningen angir at de har moderat til sterk smerte med varighet på seks måneder eller mer. Anslagsvis kan 40 prosent av trygdeutgiftene tilskrives smerte, og smerte er også en av de vanligste årsakene til at folk oppsøker lege.

– Kroniske smertepasienter har tre- til firedoblet risiko for å utvikle angst og depresjon, sier Christopher Nielsen.

Når det gjelder sammenhengen mellom smerte og angst eller depresjon, er det noe usikkerhet omkring årsak og virkning. Selv om det er sannsynlig at depresjon og angst reduserer evnen til å mestre smerte, og kanskje også øker smertefølsomheten, viser prospektive studier at psykiske symptomer normaliseres ved vellykket smertebehandling, eksempelvis gjennom en ryggoperasjon.

Han viser til foreløpige analyser av data fra helse- og levekårsundersøkelsen 2005, som viser at over halvparten av dem med symptomer på angst og depresjon også angir å ha kronisk smerte. Det er viktig at man også innenfor det psykiske helsevesenet spør pasienter om de har vedvarende smerter.

Få psykologer

Smerte er et sammensatt fenomen som består av sensoriske, emosjonelle og kognitive komponenter. Smertestimuli aktiverer både sensorisk cortex og frontale områder som bearbeider den emosjonelle siden av smerte, og som er nær forbundet med det limbiske system.

– Det er altså en hjerneanatomisk forbindelse mellom smerte og emosjoner. Ved enkelte typer hjerneskade ser man at personer opplever smerte, men er likegyldige til den. Samme effekt kan man også oppnå ved hypnose, noe som kan gjøre hypnose til en effektiv metode i smertebehandling, sier Nielsen. Han viser til at det er en overordnet bred enighet om at en god smertebehandling må være multimodal.

– Kognitiv behandling er en av de beste dokumenterte behandlingsformene mot kronisk smerte. Dessverre er det få psykologer som har spesialisert seg på smertebehandling, og jeg tror nok at legene gjerne skulle sett at det var flere, sier han.

Størst i verden

Smerteundersøkelsen i Tromsø pågår i hele 2008. Totalt håper man å undersøke 10 000–11 000 personer, gjennom denne sjette Tromsøundersøkelsen, som blir den største eksperimentelle smerteundersøkelsen i verden i antall deltakere. De norske forskerne samarbeider med blant andre amerikanske forskere som er tilknyttet OPPERA-studien, hvor 3500 friske personer gjennomgår smertetesting og prospektiv oppfølging i flere år.

Smerteundersøkelsen i Tromsø og OPPERA-studien er de eneste store studiene som kartlegger smertefølsomhet uavhengig av sykdom.

Blant problemstillingene i smerteprojektet er spredningen av smertefølsomhet i befolkningen, alders- og kjønnseffekter, sammenhengen med angst og depresjon, sammenhengen med utvikling av kroniske smertelidelser, kartlegging av genetiske faktorer bak smerte, og kartlegging av sammenhengen mellom blodtrykk og kronisk smerte.

– Under smertetestingen måler vi blodtrykket. Det er et nært forhold mellom blodtrykk og smerte. Høyere blodtrykk er forbundet med lavere smertefølsomhet og lavere forekomst av kronisk smerte, sier Nielsen, som mener dette muligens kan ha en funksjonell forklaring.

– Tenk deg at du er ute i naturen. Du møter en løve og må rømme. I en slik situasjon er høyt blodtrykk og lav smertefølsomhet adaptivt. Da stanser du ikke opp for å ta en stein ut av skoen, men bruker all energi på å komme deg vekk.

Smertefølsomhet varierer kraftig fra individ til individ og en stimulus som for enkelte er uutholdelig, er ikke i nærheten av å gjøre vondt for andre.

– Vi vet lite om hva dette betyr for sykdom, men det er holdepunkter for at «stumt» infarkt, det vil si hjerteinfarkt uten smerte, er assosiert med lavere smertefølsomhet. Om dette fører til økt dødelighet, vet vi ikke, men det vil være ett av de forholdene som vil kunne undersøkes med data fra Smerteundersøkelsen i Tromsø.

Tro på pasientene

Smerte over tid vil gjøre folk slitne og deprimerte. Da orker man kanskje ikke å oppsøke venner og familie, og kan lett bli sosialt isolert.

– Jeg mener det er viktig å ta folk på alvor. Det har vært mye snakk om at folk kanskje overdriver eller underdriver når de rapporterer smerte, men forskningen tyder faktisk på at folk kan rapportere smerte på en pålitelig og objektiv måte. Man bør derfor ha som utgangspunkt at pasientens beskrivelse er troverdig, sier Christopher Nielsen. Å bruke omfanget av lidelsen eller skaden som et mål på hvor smertefullt det *bør* være, er uansett ikke et godt alternativ når variasjonen i smertefølsomhet er så stor.

– At smertene er reelle, gjør imidlertid ikke psykologens rolle mindre viktig. Selv om man ikke klarer å fjerne smertene, kan man hjelpe folk til å mestre dem bedre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 8, 2008, side 993-994

TEKST OG FOTO:

Svein Arthur Kallevik, psykolog og journalist. Han er påtroppende spesialrådgiver hos RVTS ØST - Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmord, Region Øst

Svein Arthur Kallevik, psykolog og journalist. Han er påtroppende spesialrådgiver hos RVTS ØST - Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmord, Region Øst

Svein Arthur Kallevik, psykolog og journalist. Han er påtroppende spesialrådgiver hos RVTS ØST
- Regionalt Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmord, Region Øst