

Studier tyder på at pasienter med kreft ikke får god nok smertebehandling

Kreftpasienter skal ikke ha smerter

Smerte er det symptomet kreftpasienter frykter mest, og optimal smertelindring har i økende grad vært tema i den medisinske grunnutdanningen og i legers videre- og etterutdanning. Verdens helseorganisasjon har publisert den såkalte smertetrappen, som er modifisert til norske forhold (1), og større internasjonale studier har vist at 80–85 % av alle kreftpasienter med smerter kan få god nok lindring når de enkle prinsippene i smertetrappen følges (2). Når analgetika ikke er nok, må man gi palliativ strålebehandling, hormonbehandling, cytostatika og/eller bisfosfonater i tillegg. Spesielt bør pasienter med skjelettmetastaser bli vurdert for palliativ strålebehandling, og det er vist at én strålebehandling kan være like effektivt som ti (3, 4). Strålebehandling er også effektiv hos pasienter med nevrologiske smerter, spesielt når tumor infiltrerer inn i nerver.

Likevel får ifølge større tverrsnittsstudier kun 50–60 % av pasienter med erkjent kreftdiagnose god nok smertelindring (5), også ved bruk av opioider (6). Holtan og medarbeidere rapporterer i dette nummer av Tidsskriftet tilsvarende resultater fra en tverrsnittsstudie med 309 inneliggende pasienter ved 13 sykehus i Helseregion Sør (7). Det kan være flere årsaker til at man ikke oppnår bedre behandlingsresultater. For det første er det mulig at forskningsmetoden som er anvendt i den norske studien, tverrsnittsstudie, ikke gir et korrekt bilde av situasjonen. Flere av pasientene kan nylig ha blitt hospitalisert nettopp på grunn av smerter uten at man har kommet i gang med behandlingen på studietidspunktet. En annen forklaring kan være at studiepopulasjonen er selektert i retning av pasienter med mer smerter. Men disse forklaringene utgjør antakelig bare en mindre feilmargen. Dette innebærer at man står overfor en betydelig utfordring hva gjelder diagnostikk, behandling og informasjon til pasienter og pårørende. Man bør også se nærmere på dagens organisering av palliativ behandling, inkludert smertebehandling av kreftpasienter, gjennom hele tiltakskjeden i helseforetakene.

Det er anbefalt at man som et minimum måler pasientens smerter og andre symptomer ved bruk av en numerisk måleskala (numerical rating scale, NRS). Dette er i tråd med anbefalinger i *Standard for palliasjon*, som nylig er utarbeidet av Norsk forening for palliativ medisin på oppdrag fra Legeforeningen (8). Viktige elementer i symptomregistreringen er systematikk, regelmessighet og at registrering er tilgjengelig for behandlende lege til enhver tid. Tumors utbredelse må, så langt det er mulig, fastslås, og alle diagnostiske metoder bør anvendes etter behov. Ved St. Olavs Hospital har vi god erfaring med å bruke MR også for kreftpasienter med svært kort forventet levetid for å forstå et komplisert smertebilde.

Pasienten må få analgetika etter nasjonale og internasjonale anbefalinger (1). I studien til Holtan og medarbeidere kan det synes som at flere leger ikke følger disse anbefalingene. Blant annet stod flere pasienter på trinn 2- og trinn 3-opioider samtidig, og mange pasienter som brukte opioider, hadde sterke smerter. Årsaker til dette kan være at behandlende lege ikke fulgte prinsippene om opptrapping av dosen etter behov samt at pasienter med nevrologisk smerte ikke fikk flere typer analgetika i kombinasjon. Disse funnene er i tråd med våre erfaringer: For å oppnå tilfredsstillende smertelindring er det hos mange pasienter nok å øke morfindosen etter enkle prinsipper. Det må understrekes at noen pasienter er svært vanskelig å behandle. Da kreves spisskompetanse fra flere fagområder: palliativ medisin, anesthesiologi, onkologi og kirurgi.

Mange pasienter lider under den oppfatning at man må vente med å bruke opioider til man er «syk nok». Denne myten, som fortsatt blir formidlet av noen leger, må avlives. Slik feilinformasjon gjør at pasienter har unødige smerter over lengre tid. Allmennpraktikere og andre leger som behandler kreftpasienter, må henvise pasienter tidlig nok til spesialistbehandling, men må behandle «enkle» pasienter selv etter gitte retningslinjer. Det er nok også en tendens til at sykehus ikke erkjenner et totalansvar for egne innlagte pasienter, men begrenser sitt tilbud til den spesialitet man representerer eller den prosedyre man skal gjennomføre.

Studien til Holtan og medarbeidere tyder på at smertebehandlingen i Norge ikke er god nok. Man har nylig fått opprettet kompetansesentre i palliasjon i alle helseregioner; i Helse Sør ved Radiumhospitalet. Disse sentrene bør være pådrivere innen palliativ medisin generelt og innen smertelindring spesielt. Ved mange sykehus er det dessuten etablert smerteklinikker, som etter vårt syn bør samorganiseres med miljøene for palliativ medisin. I en slik organisasjonsplan må også onkologiske avdelinger og poliklinikker trekkes inn. På den måten vil man få tilstrekkelig mange kompetente fagfolk med bred klinisk og akademisk erfaring. Dette er i tråd med norsk *Standard for palliasjon* (8).

Stein Kaasa

stein.kaasa@medisin.ntnu.no

Pål Klepstad

pal.klepstad@medisin.ntnu.no

Stein Kaasa (f. 1953) er professor ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norsk teknisk-naturvitenskapelig universitet og seksjonsoverlege ved Seksjon lindrende behandling, Kreftavdelingen, St. Olavs Hospital

Pål Klepstad (f. 1962) er førsteamanuensis ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norsk teknisk-naturvitenskapelig universitet og overlege ved Avdeling for anestesi og akuttmedisin, St. Olavs Hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Borchgrevink P, Klepstad P, Kongsgaard UE et al. Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 337–8.
2. Zech DFJ, Grond S, Lynch J et al. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain 1995; 63: 65–76.
3. Wu JS, Wong R, Johnston M et al. Meta-analysis of dose-fractionation radiotherapy trials for the palliation of painful bone metastases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 55: 594–605.
4. Sze WM, Shelley M, Held I et al. Palliation of metastatic bone pain: Single fraction versus multifraction radiotherapy (Cochrane Review). I: The Cochrane Library. 3. utg. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
5. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330: 592–6.
6. Klepstad P, Borchgrevink PC, Dale O et al. Routine drug monitoring of serum concentrations of morphine, morphine-3-glucuronide and morphine-6-glucuronide do not predict clinical observations in cancer patients. Palliat Med 2003; 17: 679–87.
7. Holtan A, Kongsgaard UE, Ohnstad HO. Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 416–8.
8. Norsk forening for palliativ medisin. Standard for palliasjon, 2004. www.palliativmed.org (30.11.2004).