

ANDREAS PAHLE

Smertefri

HVA LANGVARIGE SMERTER
EGENTLIG ER – OG HVORDAN
DE KAN BEHANDLES

© Kagge

Kapittel 1:

Jakten på skaden

DA JEG I sin tid begynte å interessere meg for smertebehandling, befant jeg meg i en faglig, men også personlig, krise. Nesten daglig følte jeg at jeg ikke mestret faget mitt, og at ingen av behandlingene jeg hadde i verktøykassen, så ut til å hjelpe de av pasientene mine som slet med langvarige smerter – enten det var snakk om smerter i hode, nakke, mage, fot, hånd eller munn. Oppgaven min som fastlege var jo å gi en forklaring og en behandling til dem som hadde vondt, men oftere og oftere kom pasientene tilbake med det samme spørsmålet: Hvorfor har jeg så vondt?

Jeg kjente meg nedstemt av å ikke klare den jobben jeg var satt til å gjøre, og liksom for å gni det inn ringte NRK på den tiden og lurte på om jeg ville sitte i legepanelet i serien *Hva feiler det deg?*, et program hvor lekfolk konkurrerte med leger om å finne riktig diagnose til ulike symptomer: «Hvorfor ringer dere meg? Jeg skjønner jo ikke hva jeg holder på med!»

Slik jeg husker det, var det spesielt én pasienthistorie som virkelig fikk problemet mitt opp i dagen. Cathrine

var 35 år og hadde stått på pasientlisten min i årevis.¹³ Jeg hadde aldri møtt henne før hun en dag bestilte time til utredning av hodepine. Det første møtet vårt var kort. Vi hilste, og Cathrine fulgte opp med å beklage at hun tok opp tiden min, det var helt sikker andre som trengte den mer. Det var bare det at hun hadde så vondt i hodet, og nå hadde hodepinen vært der i snart tre uker, kanskje jeg kunne gi henne noe for den?

Jeg husker ikke selve konsultasjonen den dagen, men i det korte journalnotatet mitt skrev jeg: «Pasienten er bankeøm over etmoidalsinus og maxillarsinus. Klinisk suspekt sinusitt, langvarig forløp med smertelplager som går ut over funksjon. Indikasjon for behandling med antibiotika, som også vil gi henne smertereduksjon, men kan eventuelt ta Paracet og Ibux i tillegg. Rekontakt ved forverring.» Notatet mitt konkluderer med andre ord med at hun hadde en bihulebetennelse, og at infeksjonen var årsaken til smertene hennes.

Jeg skrev ut en pakning med antibiotika, og den hadde Cathrine tatt til punkt og prikke, men noen måneders senere bestilte hun likevel en oppfølgingstime. Igjen beklaget hun. «Jeg er vel en håpløs pasient», sa hun og fortalte at smerten ikke var blitt noe bedre, snarere hadde hun det nå litt verre. Forsiktig lurte hun på hva jeg trodde kunne være galt med henne, og siden det nå var gått lang tid, sendte jeg henne til en CT-undersøkelse av bihulene. Den viste noe grums i den største av dem, på venstre side av kinnet. Jeg pustet lettet ut. «Her har vi årsaken til plagene dine»,

forklarte jeg henne, og selv om Cathrine stusset over at forandringen var på *venstre* side, det var jo i den *høyre* det gjorde vondt, ga det vel mening på et eller annet vis. Også øre-nese-hals-legen jeg henviste henne til, var enig i at smerten hennes nok stammet fra grumset i bihulen. Cathrine ble tilbudt en operasjon, takket ja, og litt senere samme høst ble hun operert.

Operasjonen var en suksess! I to uker. Etter det kom smertene tilbake, og da de ikke så ut til å gi seg, bestilte kirurgen et nytt CT-bilde av henne. Denne gangen var det ikke lenger noe grums å finne – alt så helt fint ut, mente han. «Hva feiler det meg, da?» undret Cathrine. «Det er ikke alt vi kan se på bilder», sa kirurgen og foreslo en mindre operasjon i lokalbedøvelse, som kanskje kunne hjelpe. Også denne gangen takket Cathrine ja, og etter operasjonen følte hun seg bedre i et par måneder før smertene igjen gradvis kom tilbake. Hun tok kontakt med kirurgen og fortalte meg i etterkant at han nå på en empatisk måte hadde sagt at det dessverre ikke var mer å gjøre i hennes *tilfelle*.

Jeg på min side begynte å grue meg til oppfølgings-timene, men noe måtte skje, for smerten ilte nå oppover pannen hennes som et brennende lyn! «Jeg mener ikke å klage, og ingen synes synd på dem som klager heller, men er det ikke noe annet vi kan gjøre?» spurte hun.

«Selvfølgelig er det noe å gjøre, men vi må finne årsaken til at du har vondt», svarte jeg og undersøkte henne på nytt. Mistanken hadde vært at infeksjonen forårsaket smerten hennes, men hva om jeg hadde

tatt feil? Kunne det være nervene hennes det var noe galt med? tenkte jeg og følte meg med ett litt lettere til sinns.

Jeg henviste henne til en nevrolog, som rask konkluderte med at smerten måtte skyldes en skade i *nervus supratrochlearis*, en liten nerve som strekker seg fra overkanten av øyet og opp langs pannen. Det underlige med Cathrines smerte var at den i løpet av all denne tiden hadde flyttet seg til *begge* sider av pannen. Ettersom *nervus supratrochlearis* bare dekker halvparten av pannen på hver side, måtte det være snakk om påvirkning av både den høyre og den venstre nerven – på samme tid! Det var sjelden, *uhyre* sjelden, opplyste nevrologen, men det kunne skje. Og hva annet skulle det være? Heldigvis fantes det en behandling for denne smerten i form av en botoxinjeksjon som kunne lamme nerven og dermed føre til smertefrihet.

Men heller ikke botoxbehandlingen fungerte – om noe ble Cathrine faktisk enda dårligere de neste månedene, og det var vel på dette tidspunktet at forsvarsverket hennes kollapset. Selv hadde jeg begynt å få en del ubehag i nakken på den tiden, men det var jo småtter i forhold til Cathrines smerter. For henne var det som om demningen brast og smertebølgen formelig veltet over henne: først via skuldrene og overarmene, og etter hvert rant den nedover ryggen og beina. I løpet av de neste månedene fikk hun økende plager med søvn, og kroppen var konstant sliten. «Jeg orker ikke mer», sa hun til slutt. Og jeg skjønte henne godt og tilbød henne derfor en sykemelding.

Selv ikke på dette tidspunktet ga vi opp håpet om å finne en forklaring på hvorfor Cathrine hadde så mye plager, men jeg var gått tom for ideer og spurte derfor om den lokale smerteavdelingen kunne ta en titt på henne. Overlegen hadde lest henvisningen og gått gjennom alt som var gjort av behandlinger. Han undersøkte henne grundig før han så på henne og sa: «Du har i hvert fall ikke fysiske smerter.» Cathrine ble paff. «Hva mener du?» spurte hun. «Er ikke smerten min ekte?»

Overlegen hadde sukket tungt, han var åpenbart lei av å måtte forklare det samme om og om igjen. «Det jeg kan si, er at det ikke er fysiske smerter du har», hadde han gjentatt før han tok henne i hånden, geleidet henne ut av kontoret og ønsket henne god bedring. I epikrisen kunne hun senere lese at han vurderte smerten hennes som *idiopatisk*, et fint ord som betyr «uten kjent årsak».

Tilbake på fastlegekontoret var Cathrine i oppløsning. Ikke bare var vi gått tom for diagnostiske alternativer, beskjeden om at smertene hennes heller ikke var fysiske, var et ekstra hardt slag. Hun begynte å tvile på seg selv, på om smertene var reelle, om de var ekte. Hva skulle hun si til folk hun møtte? Jeg på min side vekslet mellom å synes synd på henne og litt på meg selv, for nakkesmerten min var der nå nesten daglig. Hva var det dypest sett som feilte henne?

Alt er normalt!

Cathrine ble gradvis mer alene i verden. Smerte over lang tid fører ofte til det, en sosial tilbaketrekning fra livet, fra venner og fra samfunnet. Om det hjalp henne å vite at hun ikke var alene om å ha det på den måten, er jeg sannelig ikke sikker på, men sånn er det nå en gang: De siste 15 årene har andelen med langvarige smerter økt jevnt og trutt, og tall fra 2025 viser at én av tre nordmenn nå har langvarig smerte.¹⁴ På langt nær alle har det like fælt som Cathrine, men antallet er likevel høyt. Mange i denne statistikken lever et liv som er sterkt innskrenket, de jobber ikke, og ikke sjelden har de et stort forbruk av smertestillende. Og oppi det hele lurер det en ubehagelig sannhet: Hos de aller færreste finnes det noen åpenbar årsak til at de har vondt. Faktisk viser den store HUNT-undersøkelsen, som kartlegger helse- og sykdomsutviklingen hos nordmenn, at det for to av tre ikke finnes noen klar årsak til de langvarige smertene. Det tilsier altså at én million nordmenn har det vi kaller for *primære smerter*.¹⁵ For noen undergrupper er tallet enda høyere. Av de med rygg smerter har bare 20 prosent påviste sykdommer og skader i ryggen, hos de resterende 80 prosent er alle undersøkelser komplett normale.¹⁶ Tilsvarende funn opptrer hos hodepinepasienter, pasienter med smerter i blæren¹⁷ og hos dem som har magesmerter som er relatert til matinntak.¹⁸

I vår tid har altså flesteparten av dem med langvarige smerter *ingen* påvist fysisk skade eller sykdom. Denne typen smerte er derfor på mange måter et mysterium,

men ikke av den kule formen for medisinske mysterier, à la dem vi ser i *Dr. House*, hvor det alltid finnes en eksotisk løsning i form av en underlig orm eller en sjelden genetisk sykdom. Nei, dette mysteriet er ullent og ubehagelig og egner seg svært dårlig som underholdning, også i programmer som *Hva feiler det deg?*, hvor hele premisset er at man til slutt finner en årsak! Ingen, absolutt ingen, synes det er særlig gøy om svaret på en langvarig smertetilstand er «idiopatisk».

Så hvordan går vi videre i forsøket på å løse dette mysteriet? Kanskje vi kan begynne ved å forstå hvorfor det i utgangspunktet er et mysterium? Og skjønne at Cathrines smerte først og fremst er en konsekvens av en tenkning om smerte som har preget samfunnet og legevitenskapen i mange hundre år.

Smerte som skade

I 1644 forestilte den franske filosofen René Descartes seg en mann som satt så nærme et bål at han brente seg på foten.¹⁹ En brannskade gjør vondt, tenkte han. Men hvorfor? Etter å ha tenkt seg nøye om konkluderte han med at skaden i foten på et eller annet vis måtte produsere et *signal* som vandret opp til hjernen, og at dette signalet – når det var kommet inn i skallen vår – utløste smerte. Filosofen foreslo at skaden ble *fraktet* opp til hjernen via *tråder* i kroppen, og erstatter vi Descartes' *tråder* med *nerver*, er vi ganske tett på en forklaring som minner om den moderne medisin har

lagt til grunn for opplevelsen vår av smerte: Smerte oppstår fordi vev i kroppen, enten det er nerver eller annet vev, blir skadet – og det er denne skaden hjernen får et signal om.

Utover 1800- og 1900-tallet utviklet Descartes' teori seg, og etter hvert fikk den navnet «spesifisitetsteorien». Den grunnleggende tanken var at smertesystemet vårt består av et sett med *spesifikke* smertereseptorer i kroppen – såkalte nociseptorer – og når disse blir aktivert på grunn av skade eller sykdom i for eksempel ryggen, sendes det et nervesignal fra ryggen opp til hjernen. I 1965 ble denne modellen utfordret av teorien som ble hetende Gate Control Theory.²⁰ Den sa ganske enkelt at det finnes en *sluse* i sentralnervesystemet som nervesignalene fra den skadede delen av kroppen sendes gjennom. Slusen kunne være stor eller liten, og jo større den var, desto flere signaler ble sendt gjennom, og desto mer smerte ville vi oppleve. Størrelsen på slusen var styrt av flere ting, blant annen måten vi tenkte og følte om smerten vår på, så jo mer frykt og bekymring, desto mer åpnet slusen seg, og desto vondere fikk vi. Gate Control-teorien var et stort vitenskapelig fremskritt fordi den tok inn over seg at smerteopplevelsen vår kan påvirkes av *mentale* faktorer som følelser. Samtidig var den egentlig mer av det samme, siden den la til grunn at Descartes hadde rett når han mente at det *måtte* en skade til for å kjenne smerte: Uten en skade ville det ikke bli sendt noen smertesignaler, og som vi allerede nå skjønner, vil derfor Gate Control ha en ganske stor utfordring med å forklare alle de tilstandene hvor

man *ikke* finner skade eller sykdom i kroppen til den som har vondt.

Grå hår gjør ikke vondt

Når vi kommer til legen med et problem, bærer vi alle med oss en ryggsekk av forventninger om hva årsaken til problemet kan være. Da jeg studerte medisin, ble jeg for så vidt lært opp til å se på et smerteproblem som noe bio-psyko-sosialt, hvor smerte må forstås i en helhet.^{21 22} Men selv om det var mye snakk om en slik «holistisk sykdomsforståelse», var det i praksis det biologiske som trumfet og var det vi leger egentlig lette etter når vi lette etter smertens årsak. Det var mer håndfast, mer vitenskapelig, med fysiske funn enn ulne ting som følelser og sosiale relasjoner. Og uansett hva vi leger måtte mene, har jeg til gode å oppleve at pasienter etterspør en sånn forklaring. Ingen jeg har møtt som lege, har sagt: «Jeg har så vondt i hodet, kan det være en bio-psyko-sosial årsak?», og fortsatt er det Descartes' tankegods som preger den kollektive forståelsen av hva smerte er.

Hintene om at Descartes' skadehypotese ikke holdt vann, særlig for langvarige smerter, har imidlertid vært mange. For hvis det var sånn at skader gir smerter, skulle vel alle med en påvist skade ha en viss grad av dem? I 1996 ble det i det anerkjente tidsskriftet *New England Journal of Medicine* publisert en vitenskapelig artikkel hvor man så på ryggen til helt smertefrie mennesker. De hadde altså ingen plager,

men MR-undersøkelsen av ryggen deres viste at omtrent 66 prosent av dem hadde en eller flere skader likevel!²³ Hvis skadeteorien skulle stemme, burde vel de hatt vondt?

I dag vet vi mer: Blant friske 50-åringer vil 67 prosent ha påvist skader i form av *degenerative forandringer* i ryggen, noe som vil si at vev i ryggen er brutt ned, og 37 prosent av dem vil også få påvist *skiveutbukning*, altså at mellomvirvelskivene i ryggen buler utover.²⁴ Også prolapser er vanlige for dem *uten* smerter. I forbindelse med dokumentarserien *Harald og sytepavene* rekvirerte jeg et MR-bilde av Harald Eias rygg. Der fant radiologen blant annet tre store prolapser som alle klemte på nerver i ryggen hans. Da jeg fikk svaret, sendte jeg ham en tekstmelding hvor jeg skrev: «Det er et under at du står på beina!» «Problemet» er bare at Harald Eia sier at han aldri har hatt vondt i ryggen.

Alder øker forekomsten av skader i kroppen, så blant *friske* 80-åringer vil vi finne skader hos nesten 90 prosent. Skader er med andre ord helt vanlig i en aldrende kropp. Såpass vanlig at en kollega av meg mener vi helst bør slutte å snakke om skader og heller kalle disse forandringene for «grå hår som kommer med alderen og som ikke gjør vondt» (med mindre man er av den forfengelige sorten).

Mange av oss går likevel rundt og *tror* at smerten vår skyldes en skade, selv om det ikke stemmer, og det er lett å skjønne hvorfor. En pasient med rygg-smerter går til fastlegen sin, som rekvirerer en MR-undersøkelse. Resultatet av skanningen er påviste

forandringer som legen bruker som bevis på smerten. Men i lys av all forskningen kan det like gjerne være snakk om «et grått hår» som ikke trenger å ha noe som helst med smerten å gjøre. Og det er alvorlig av to grunner. Den første er at oppfatningen «skade gir smerte» gjør at mange som får en sånn beskjed, tenker at det ikke er noe annet å gjøre for å bli frisk enn å la skaden leges. Men ikke sjelden kan forestillingen om at det *må* være en skade også utløse drastiske tiltak som ikke er velbegrunnet, inkludert omfattende operasjoner.

Vi ser altså ganske ofte at fysiske skader *ikke* gir smerter. I tillegg er det vanskelig å si hvor vondt en pasient med en viss type skade har det. For eksempel kan pasienter med dårlig regulert diabetes få skader i de tynne nervene i kroppen. I alle lærebøker står det at en slik nerveskade vil gjøre vondt. Det interessante er at mange med nerveskader etter diabetes *ikke* har smerter. Hvor stor eller liten en skade er, kan heller ikke si noe om hvor vondt den enkelte har det: Pasienter med helt like skader rapporterer om helt ulike smerteopplevelser. Smerte, altså, for et mysterium!

Narrekirurgi

Moderne medisin har innrettet mye av sin virksomhet mot å behandle skadene i kroppen der det gjør vondt. Å behandle en lokal skade er ofte effektivt mot akutte smerter: Et brudd i armen blir smertelindret av å bli satt på plass. Når man kutter opp en pusslomme, får

pasienter umiddelbart smertelindring i takt med at pusset tyter ut (det er også underlig tilfredsstillende for legen). Smerter på grunn av akutte prolapser kan gå bort nærmest over natten etter en vellykket operasjon. Men den dokumenterte effekten av medisiner, kirurgi og fysikalske behandlinger er svak når det gjelder behandling av langvarige smerter. Det finnes de som kan få et bedre liv av denne typen behandlinger også, det er ikke det. Men på gruppenivå er effekten liten.

Andre ting ser derimot ut til ha effekt. *Troen* på at en skade er behandlet, kan for eksempel være en veldig effektiv form for smertelindring. Det er vist i studier av såkalt sham-kirurgi, eller narrekirurgi som det heter på godt norsk. Narrekirurgi betyr at pasienter *tror* de er behandlet med et kirurgisk inngrep, slik som en meniskoperasjon, når de i realiteten aldri er blitt operert. I en kjent studie ble 100 pasienter med knesmerter og påvist meniskskade lagt på operasjonsbordet. En tilfeldig halvpart av dem fikk utført vanlig kirurgi, men i den andre halvparten bare lot kirurgen som om hen opererte dem. For å gjøre det så realistisk som mulig bøyde og tøyde kirurgen på kneet og ba om ulike former for instrumenter som hen la utenpå kneet, som om det skulle vært en ekte operasjon.²⁵ Resultatet av studien var at de som hadde fått den ekte operasjonen, ble bedre og fikk mindre smerter. Men det gjorde de som bare hadde fått narrekirurgien også! Faktisk var effekten helt lik. Tilsvarende studier er gjort med skulderkirurgi, ryggkirurgi og bekkenkirurgi.^{26 27} Og konklusjonen er

den samme: Alle er blitt bedre av denne kirurgiske narrebehandlingen.

Cathrine

Ingenting av det jeg nå har fortalt deg, visste jeg for bare noen få år tilbake. Erfaringen min med mine egne smerter var én ting, men kunnskapen jeg satt igjen med fra legestudiet, var altså at langvarige smerter i praksis skyldtes en form for skade – til tross for at vi som studenter ble bedt om å tenke på smerte som en bio-psyko-sosial, helhetlig og sammensatt problemstilling.

Og for all del, det kan jo være at skader og sykdommer er det som først og fremst er årsaken til en smerte; veldig ofte begynner også langvarige smerter med en akutt påvisbar fysisk skade eller sykdom, slik som et beinbrudd eller en bihulebetennelse. Jeg mener det derfor er avgjørende med grundige utredninger for å *påvise* eller *utelukke* skader og sykdommer som skal behandles med medisiner, kirurgi eller andre metoder. Men ettersom de som har langvarige smerter av for eksempel kreft, MS eller leddgikt, utgjør en mindre del av alle med langvarige smerter, har vi behov for en forklaring til alle dem som får høre at det ikke er noe galt, men fortsatt har vondt. Hvis ikke vil de ende opp som Cathrine, med en følelse av at ingen egentlig vet – og at ingen egentlig kan hjelpe.

Hvordan det gikk med henne, vet jeg ikke. På et tidspunkt sluttet hun å komme, og jeg skjønner henne

godt, jeg hadde jo ikke mer å tilby. Parallelt vokste mine egne plager seg større, og jeg gikk inn i noen vante spor med dårlig søvn, økende bekymringstanker og en følelse av å være syk hele tiden. Om natten grublet jeg på hva det var som feilte henne, men også på hva det var som feilte meg selv.

Og sånn gikk no dagen, men så skjedde det plutselig noe. Ved en tilfeldighet ble jeg kjent med professor og psykologspesialist Silje Endresen Reme, som har brukt hele sin karriere på å forstå hvorfor vi har langvarige plager som smerte. Innsikten hennes, og den jeg etter hvert også fikk fra sjefen for smerteavdelingen, overlege Lars-Petter Granan, ga meg en helt ny forståelse av hva både pasientene og jeg selv sto overfor. Brått var ikke smerten like mystisk som den hadde vært for bare kort tid siden. Det var håp i horisonten.