**Smärtdiagnostik**

Såväl diagnostik som behandling av smärta ska baseras på den underliggande smärtmekanismen. Smärta bör därför analyseras på samma sätt oavsett orsak eller underliggande sjukdom. Det innebär att anamnes och smärtstatus bör leda fram till en bedömning av om den fysiska smärtkomponenten är nociceptiv, det vill säga utgående från smärtstimulering av nociceptorer i vävnaden, eller om smärtan har sin grund i en skada eller dysfunktion i det perifera eller centrala nervsystemet, så kallad neuropatisk smärta.

I status inkluderas inspektion av berört område avseende rodnad, svullnad samt palpation för att undersöka eventuell värmeökning och ömhet talande för inflammation. Neurologisk status vid misstanke om en neuropatisk smärtkomponent inkluderar undersökning av nervfunktion genom test av kyla, värme, smärta och lätt beröring. Denna smärtpatofysiologiska grund behöver kompletteras med andra perspektiv som förekomst av smärtgenombrott eller annan variation av smärtans intensitet, smärtutlösande faktorer, effekt av insatt farmakoterapi, psykologiska komponenter med oro och ångest samt eventuella biverkningar av behandlingen.

Det är av största vikt att identifiera såväl nociceptiv som neuropatisk smärta då behandlingen skiljer sig åt. Ibland finns nociceptiv och neuropatisk smärta samtidigt och ibland är smärtan psykogen, existentiell eller idiopatisk. Komplicerande faktorer för framgångsrik smärtbehandling kan vara obehandlad neuropatisk smärta, förekomst av genombrottssmärta trots bra grundläggande smärtlindring, psykologisk belastning, tidigare eller aktuell överkonsumtion av alkohol eller narkotika och kognitiv dysfunktion. Det är angeläget med samråd mellan minst två kollegor när insatt behandling inte ger tillfredsställande effekt. Detta gäller speciellt vid behandling med ovanliga preparat, vid risk för biverkningar eller om sedering övervägs.

**Smärtanalys**

Följande anamnestiska parametrar och undersökningsfynd bör bedömas i en analys av smärt­ situationen hos en patient i livets slutskede:

 Intensitet: vila, rörelse, smärtgenombrott

 Tidsperspektiv: variation över dygnet, akut, nytillkommen, kronisk, smärtgenombrott

 Utlösande faktorer: kända, okända, påverkbara

 Lokalisation

 Orsak: relation till aktuell sjukdom, cancerrelaterad, samtidig inflammation

 Smärtstatus: smärtutbredning, sensibilitet, rodnad, svullnad, värmeökning, palpationsömhet

 Smärtmekanism: nociceptiv, neuropatisk

 Psykologisk påverkan: oro, ångest, stress, missbruk

 Påverkan på livskvalitet: funktion, ADL, vardagliga aktiviteter

 Behandling: grundbehandling, behandling vid behov, hjälper/hjälper inte

 Biverkningar av insatt behandling: obstipation (förstoppning), illamående, trötthet eller annan kognitiv påverkan

**Smärtskattning**

En förtroendefull och lugn dialog med patienten är förutsättningen för en bra smärtanamnes och en välfungerande skattning av smärtan. Att som komplement använda sig av systematisk och upprepad skattning av smärta med hjälp av ett skattningsinstrument och efterföljande dokumentation kan förbättra och kvalitetssäkra smärtbehandlingen. Det är viktigt att patientens subjektiva skattning respekteras och dokumenteras eftersom det inte går att se på en patient hur ont han eller hon har. Flera studier visar att patienter skattar smärta högre än vårdpersonal. Detta i motsats till ångest där patienter tenderar att skatta ångestnivå lägre än när personalen gör skattningen. Smärtskattning möjliggör ett gemensamt språk vid tal om smärtintensiteten och vid bedömningen av effekten av insatt behandling. På detta sätt undviks också underdiagnostik av patientens smärta. Smärtlindring baserad på hur vårdpersonalen ”läser av” patientens smärta är den vanligaste orsaken till otillräcklig smärtlindring.

Val av skattningsinstrument kan variera beroende på verksamhet och patienter. Den Visuella Analoga Skalan (VAS) är mest känd men i stället för att mäta antalet millimeter på den 100 millimeter långa skalan används oftast en motsvarande elvagradig NRS skala från 0 till 10 (Numeric Rating Scale). Intensitetsskattning av smärta utgör en vanlig kvalitetsindikator såväl i Socialstyrelsens riktlinjer för vissa cancerformer som i många lokala vårdprogram och i kvalitetsuppföljningar. Det finns flera andra instrument som används i palliativ vård, exempelvis det sammansatta instrumentet ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) som har tio parallella NRS skalor för smärta och andra symtom.

För barn används exempelvis FLACC (F = Face, L = Legs, A = Activity, C = Cry, C = Consolability) eller en ansiktsskala.

För kognitivt sviktande patienter kan ”Abbey pain scale” vara ett alternativ