

Krooniline valu ja valukliinik

Ursula Koorits – TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliinik

valu, krooniline valu, opioidravi, kognitiiv-käitumuslik teraapia

Euroopa täiskasvanud rahvastikust kannatab iga viies mõõduka või kroonilise valu all. Krooniline valu halvendab oluliselt patsiendi elukvaliteeti, töövõimet ja psühhosotsiaalset toimetulekut, selle ravi on kulukas. Kroonilise valu ravi nõuab erinevate erialade spetsialistide koostööd ja aktiivset haigega tegelemist. See töö on otstarbekas koondada spetsialsetesse ravikliinikutesse.

Valu tähendus

Rahvusvaheline Valu Uurimise Assotsiatsioon (IASP) määratleb valu kui ebameeldivat sensoorset ja emotsionaalset aistingut, mis tekib seoses olemasoleva või võimaliku koekahjustusega või on sellega selgitatav. Psühholoogid peavad valu eelkõige tugevaks negatiivseks tundeseisundiks, mis valitseb inimese teadvust.

Valul on inimeste eluspüsimisel oluline bioloogiline tähendus. Äge valu hoiatab hädaohu eest. Tänu valule saab juba laps aru, et on ohtlik puudutada teravaid või tuliseid asju või minna kohta, kust võib alla kukkuda. Valu takistab kõndimist murdunud jalaluuga ja sunnib pimesoolepõletiku puhul pöörduma arsti poole. Keha vigastusest või haigusest teatajana on valu hädavajalik. Kui valu kestab kauem ja jätkub veel ka siis, kui esialgne vigastus või haigus on paranenud, räägitakse kroonilisest valust. Krooniliseks muutunud valu on kaotanud oma kaitsva tähenduse.

Valu erinevad mudelid

Tänapäevase lääneliku meditsiini arengul ning biomeditsiinilise valumudeli tekkel on suur osa filosoof Rene Descartes'i õpetusel, mis väidab, et aisting välisest vigastusest, näiteks põletushaavast, liigub mööda närve aju, kus asub hing. Descartes (1664) kirjutab: "Kui näiteks tuli on jalale liiga lähedal, siis tule väikesed osakesed, mis teatavasti liiguvad suure kiirusega, panevad liikuma vastava koha jalas, mida nad puudutavad, sikutades harrast nõõrist, mille üks ots kinnitub nahale ning mille

teises otsas avanevad samaaegselt poorid, niisama kui kellanööri tõmbamisel hakkab selle teise otsa külge kinnitatud kell helisema" (1).

Meditsiini arusaam valust on olnud samasugune kuni eelmise sajandi lõpuni. Iga sümptomi põhjuseks peetakse orgaanilist põhjust, patoloogiat. Meditsiiniliste uuringute tulemusena see leitakse ja seda ravitakse. Nii on päästetud paljusid inimesi ja leevendatud paljusid valusid. Valu tugevust on peetud otseselt sõltuvaks vigastuse raskusest: mida suurem kahjustus, seda rohkem valu. Valu võib olla kas "orgaaniline" või "psüühiline". Sellise haiguspõhise mudeli puuduseks on teadmiste piiratus ja ebapiisav oskus tõlgendada kõiki kannatusi, millega inimesed pöörduvad arsti poole. Mudelist väljapoole jääb palju erinevaid valusid, mille taga ei leita haigust. Tundub, et neid valusid ei osata meditsiiniliste vahenditega ka ravida (1, 2).

Kui valu taga ei leita selget orgaanilist põhjust, räägitakse **psühhiaatrilisest** valumudelist ja psühhogeensest valust. Praktikas on nii mõnigi patsient kogunud, et tema valu peetakse "ebatõeliseks", "kõrvade vahel asuvaks" või "kujuteldavaks haiguseks". Keegi patsient on öelnud: "Kujuteldav haigus on see, kui arst kujutleb, et mina teesklen." Kasutu ning aegunud on mõtteviis, et "tõelise" valu puhul leitakse sellele alati mingi bioloogiline põhjus, mille kõrvaldamine võtab ka valu, ja muu valu on vaid väljamõeldud, ettekujutatud ehk "ebatõeline" valu.

Biopsühhosotsiaalse valumudeli järgi on valu paljude tegurite ühistulemus. Seda mõjutavad

nii bioloogilised ja psühholoogilised tegurid kui ka kogu keskkond.

Äge ja krooniline valu

Äge valu tekib mingi orgaanilise põhjuse, näiteks haava, luumurru, operatsiooni või põletiku tõttu. Põhjuse paranemisel valu tavaliselt kaob. Valu peetakse krooniliseks, kui see kestab kauem, kui tavaliselt kudede paranemiseks kulub. Näiteks võõrkehade- või operatsioonijärgset valu nimetatakse krooniliseks, kui valu pole kadunud 3–6 kuu möödudes. Kuid ägeda ja kroonilise valu erinevus ei seisne mitte ainult ajalises kestuses. Tänapäeval teatakse, et kroonilise valu mehhanism on ägeda valu omast erinev. Kroonilise valu taga võib olla häire kesknärvisüsteemi valuregulatsiooni mehhanismis, "vale alarm" või informatsiooni edasiandmise häire, mida toetavad erinevad bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid (3).

Krooniline valu ei ole pelgalt mööduva valu ajaline jätkumine. Kestev valuärritus põhjustab närvisüsteemis muutusi, mis tugevdavad ja säilitavad valuaistingud ka veel siis, kui esialgne koekahjustust põhjustanud ärritus on juba lakanud. Valuimpulsi edasikandumist ja valuaistingut tajuva süsteemi tähtsaim omadus on plastilisus ehk ümbervormitavus.

Kroonilise notsitseptiivse ehk kudede kahjustusest tingitud valu põhjustajaks on tavaliselt kroonilise kuluga põhihaigus, nt reumatoidartriit.

Närvikahjustuse puhul tekib neuropaatiline valu, mille vastu on organism vähem kaitstud. Kahjustus võib esineda perifeersetes närvides (nt diabeetiline polüneuropaatia), seljaajus (nt seljaaju traumaatiline läbilõige) või peaaigus (nt ajuinsult). Sõltumata kahjustuse asukohast, võivad kesknärvisüsteemi valuteedes kujuneda püsivad muutused.

Kroonilise idiopaatilise valu puhul näib inimene olevat igast küljest täiesti terve ning ka meditsiiniliste uuringute tulemused nagu röntgen-, kompuuterpildid, laboratoorsed näitajad on normis, kuid ometi tunneb inimene valu. Sellist valu aistetakse täpselt sama tõelisena nagu valu, mis kaasneb kudede orgaanilise kahjustusega.

Ägeda ja kroonilise valu mehhanismid

Vigastatud organist levivad valuimpulsid seljaaju tagasarve, mille sünaptsides vallanduvate spetsiifiliste mediaatorite ehk ülekandainete vahendusel levib erutus seljaaju neuronitele ning edasi vastaskehapoolse spinotalaamilist trakti mööda läbi talamuse peajaaju koorde. Kesknärvisüsteemis toimub valuimpulsside modulatsioon ehk töötlus, milles osalevad nii eksitatoorsed kui ka inhibeerivad faktorid. Valu vähendavad närvisüsteemis vabanevad endogeensed opioidid, mille tase stressi tingimustes tõuseb. Oluline osa on serotoniinil ja noradrenaliinil, mis aktiveerivad valu pärssivaid alanevaid valuteid. Seljaajus on ka valu pidurdavad neuronid, mis erutuvad näiteks puutenärvikiududelt tulevate impulsside toimele. Nii leevendab näiteks naha hõõrumine "väratikontrolli" kaudu valu, takistades valuimpulsside levikut (3, 4).

Kui impulsside voog on väga tugev ja kauakestev, aktiveeruvad seljaaju tagasarves NMDA (N-metüül-D-aspartaat) retseptorid ning peajaaju jõudvate impulsside voog muutub suuremaks, kuigi väline ärritaja jääb samaks. Seda valu endogeensed opioidid ei leevenda. Samal ajal suureneb ülekandainete tootmine. Pikaajalise põletiku tõttu võivad tekkida ka seljaaju tagasarve ganglionis fenotüübi muutused, s.t et teatud geenide aktiveerumisel produtseeritakse valu tugevdavaid ülekandaineid suuremas koguses. Neuronite üliaktiveerumine kaltsiumi ionide voo tõttu võib põhjustada raku hukkamist. Eriti tundlikud on seljaaju pidurdavad neuronid. Alanevad valu pärssivad teed ei täida kroonilise valu puhul oma funktsiooni.

Kestev autonoomse närvisüsteemi aktiveerumine põhjustab kudede sensibiliseerumist paljude väliste ärritajate suhtes, nagu toimub kompleksse regionaalse valusündroomi (CRPS) korral

Neuronite kahjustumisel võivad neis spontaanselt vallanduda elektrilised impulsid, mida peajaaju tõlgendab nahalt või siseelunditest tulevaina. Seljaajus võib valu üle kanduda vastaskehapoolsele, valuala võib laieneda. Neuronid sensibiliseeruvad paljude mehaaniliste, keemiliste ja ainevahetuslike ärritajate

suhtes (puudutus, külm, hapnikupuudus, adrenaliin). Kroonilist valu põhjustab ka valuteede piirkonnas asuvate ajurakkude kahjustumine. Näiteks keskajus tekkinud ajuvereringehäired, seljaaju vigastused ja *sclerosis multiplex* võivad anda kroonilisi närvi-valusid.

Psühhosotsiaalsed riskitegurid

Paljudel inimestel võivad esineda samalaadsed anatoomilised ja füüsilised muutused organismis, kuid ometi pole neil kõigil ei valu ega funktsioonihäiret. Valu ei ole ainult nootsitseptioon, vaid on biopsühhosotsiaalne nähtus. Valu võib suurendada halb meeleolu ning liigne tähelepanu pööramine oma valule, nn katastrofiseerimine. Riskiteguriteks on ka inimese arusaamad, uskumused, kogemused, ootused, pettumused, tõlgendused. Eelnevast kogemusest sõltub, kui hirmutav ja ähvardav tähendus on valul. Oluline on ühiskonna suhtumine valusse ja kannatajatesse, sotsiaalne, perekondlik, religioosne ja kultuuriline taust. Inimene on võimeline oma kogemustest õppima ning reguleerima oma käitumist vastavalt sellele, mis viib teda paremini sihile. Valu võib välja näidata tugevamana, kui see on kasulik oma eesmärkide saavutamiseks.

1950. aastatel on G. Engel kirjeldanud sarnaseid jooni rühmal valuhaigetel, keda ta nimetab valule kalduvateks patsientideks (*pain-prone patient*). Neil on ühisteks joonteks süütunne ja teostamata agressiivsed impulsid. Sageli on neil lapsepõlves olnud vägivaldsed vanemad, kehaline karistamine, turvatunde puudumine, alistumine ja ebaõnnestumised. See on muidugi ainult tõestamata hüpotees, nagu oleks olemas mingi kindel isiksusetüüp, kel on suurem tõenäosus kannatada kroonilise valu all. Lapseea traumasid võib esineda paljudel, kuid ometi ei kaeba kõik täiskasvanuna valusid. Siiski on lapsepõlves ja varasemas elus toimunud sündmused sageli kroonilise valu ravi võtmeks, mis aitavad paremini mõista valu psühhosotsiaalset külge (1).

Krooniline valu ja pärilikkus

Samalaadne närvivigastus põhjustab kroonilist valu vaid osal patsientidel. Selgituseks peetakse

näiteks kahjustuse ulatust, võimalikke varjatud häireid valusüsteemis ja muutust valu ülekandevahendite hulgas. Nii katseloomade kui ka inimeste geneetilised uuringud viitavad pärilikkustegurite osale kalduvuses vigastusele järgneva närvivalu tekkele. Loomkatsetes on näidatud, et samasugune närvikahjustus ühe roti jalal põhjustab pikenenud valukäitumist, teisel aga mitte. Ilmselt on mõnel isendil eriline võime kaitsta end valusüsteemi kahjustamise eest. Meie geenid pakuvad meile selles suhtes erinevat valmisolekut koe- ja närvikahjustuse ning neist tekkinud valu kontrollimiseks.

Kroonilise valu kõrvaltoimed

Peaaegu kõikidel valuhaigetel tekib paratamatult depressioon. Samuti on levinud unehäired. Paljude valuhaigete uni on katkendlik, öösiti ärkavad nad valu tõttu korduvalt üles. Väljapuhkamata inimene on päeval ärritunud. Valu mõjutab ka sotsiaalset läbikäimist. Vestluses sõpradega on raske otsustada, kui palju tohib oma valust rääkida, kartmata teisi oma jutuga tüüdata. Valu muudab inimese teistest erinevaks ning see suurendab valu veelgi. Keskendumine lugemisele või töötegemisele võib olla valu tõttu võimatu. Inimene ei saa tegelda oma harrastustega. Meeleheitlik abiotsimine tähendab sagedat jooksmist uuringutele ja vastuvõtudele, ootamist haigla koridorides ja tulutuid raviprotseduure. Meditsiinilisi sündmusi on rohkem kui teisi üritusi, kogu elu muutub meditsiiniliseks (1, 2, 4).

Valu mõjutab inimese mõttemaailma. Kauakestev valu tekitab pettumust, viha ja ärritust. Sageli pöördub see viha iseenda vastu ja inimese tunneb end kõlbmatuna, kuna ei saa millegagi hakkama. Olukord tundub olevat lootusetu ja täiesti ebaõiglane. Tekib küsimus, miks just mina. Valu ei puuduta mitte ainult haiget kehaosa, vaid inimest tervikuna.

Valuhaige ei suuda sageli teha oma endist tööd. Haige püüab vältida füüsilist pingutust ja vähendada aktiivsust, immobiliseerida haiget kohta. Tekivad majanduslikud mured. Kroonilise valu tõttu kannatab ka pere. Raske on kõrvalt vaadata kaaslase kannatusi, oskamata millegagi

aidata. Valu mõjutab seksuaalsuhteid. Ja lõpuks on tekkinud nõiarang, sest valu suureneb veelgi. Kroonilise valu haigetel on sageli järgmised füüsilised ja psühhoemotsionaalsed häired (1):

- unetus, korduv öine ärkamine;
- väsimus, keskendumishäired;
- masendus, halb meeleolu, langenud enesevaldus ja enesehinnang;
- ärevus, murelikkus, paanikahood;
- harrastuste vähenemine, vähene liikumine;
- füüsilise vormi nõrgenemine, valu suurenemine väikseimagi koormuse korral;
- pettumustunne;
- eraldatus teistest inimestest;
- suguelu raskused, huvipuudus, kooseluraskused;
- muutunud söögiisu (köhnumine või rasvumine).

Kroonilise valu esinemine

Kroonilise valu levikut on uuritud erinevates maailma piirkondades erinevate kriteeriumide järgi. Viimane usaldusväärne Euroopa valu-uuring pärineb aastast 2003, kui telefoniküsitluse teel koguti andmeid 16 erinevas Euroopa riigis rohkem kui 46 000 täiskasvanud inimeselt. Kriteeriumiteks olid valu kestus üle 6 kuu, valu pidevus või esinemine mitu korda nädalas, valu tugevus vähemalt 5 palli 10 palli skaalal (5).

Uuringu tulemusel kannatas Euroopa täiskasvanud rahvastikust mõõduka või tugeva kroonilise valu all keskmiselt iga viies inimene. Kõige rohkem oli kannatajaid Norras, Poolas ja Itaalias (üle 25%), kõige vähem Hispaanias (11%), meie põhjanaabritel Soomes oli vastav näitaja 19%. Uuringu tulemustega on võimalik tutvuda veebilehel (www.paineurope.com).

Kõige sagedamini kaebavad inimesed selja-, liigese- ja peavalu. Kõige sagedasemaks valu põhjustajaks oli artroos, selgroo diski patoloogia, traumad, reumatoidartriit ja migreen.

Krooniline valu halvendas inimeste elu kvaliteeti, piirates nende iseseisvust, mõjutades emotsionaalset tervist, põhjustades sotsiaalset isoleeritust ja takistades töölkäimist.

Ravi

Kroonilise valu ravi ei seisne mitte ainult valu leevendamises, vaid ka valu tagajärgede kõrvaldamises. Kroonilise valu raviprotsess on äärmiselt individuaalne ja eeldab kannataja enda aktiivset osalemist, õigeid teadmisi kroonilise valu olemusest ning kannatlikkust raviskeemide otsingul. Oluline osa on psühholoogilisel ja füüsilisel ravil, eriti just füüsilise vormi parandamisel.

Koos põhihaiguse raviga kasutatakse farmakoterapias episoodiliselt mittesteroidseid põletikuvastaseid aineid ja paratsetamooli. Põhiline osa on siiski antidepressantidel ja antikongulsantidel. Eriti just tritsüklilised, kuid ka mõned uuemad antidepressandid aktiveerivad serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibeerimise kaudu närvisüsteemi valu pärssivaid teid. Erinevate valu-sündroomide puhul on kasutatud kortikosteroidhormoone, klonidiini, lidokaiini, beetablokaatoreid, rahusteid, lihaskõõgasteid jt ravimeid, sh opioide eriti tugevate valude puhul (3, 6).

Kroonilise valu ravi opioididega

Euroopa juhtivad valuspetsialistid on võtnud ühise seisukoha tugeva kroonilise valu ravimisel opioididega 15. – 16. aprillil 2000. a Amsterdamis (nn Amsterdami konsensus). Nad on välja toonud põhilised soovitused, mida opioidravi korral peaks silmas pidama (7, 8):

1. Kroonilise valu ravi peab olema suunatud eelkõige valu põhjusele, kuid sellest sõltumata peab esmaseks eesmärgiks olema valu sümptomaatiline leevendamine. Vajalik on patsiendi informeeritud nõusolek (kirjalik või suuline), s.t et patsient peab teadma, millised on opioidravi kõrvaltoimed, mida tähendab tolerantsus, füüsiline ja psüühiline sõltuvus. Tuleb vältida nii ala- kui ka üleravi. Keerulisematel juhtudel on vajalik multidistsiplinaarne otsustamine (perearst koos eriarstiga).

2. Nii kroonilist **notsitseptiivset** (kudede kahjustusega seotud) kui ka **neuropaatilist** (närvide kahjustusega seotud) valu ravitakse opioididega alles siis, kui teised ravimeetodid pole andnud piisavat leevendust. Opioidravi ei pea olema monoteraapia. Vältida tuleks nõrga ja tugeva opioidi kombinatsiooni. Valu peab olema opioiditundlik.

3. Opioidravi ei tohi haiget mitte ainult rahustada, vaid peab **leevendama valu ja parandama elukvaliteeti**, mida ravi jooksul korduvalt hinnatakse. Optimaalne on selline ravi, mis annab piisava valuleevenduse talutavate kõrvaltoimetega.

4. Arst peab tundma haige **psühhosotsiaalset seisundit**. Vahel võib osutada vajalikuks psühholoogi või psühhiaatri konsultatsioon. Ravimi- või alkoholisõltuvus on suhteliseks (kuid mitte absoluutseks) vastunäidustuseks opioidravi alustamisel.

5. Soovitav on kasutada **aeglase vabane-misega opioide**, vältida süste ja piirata lühitoimeliste vormide kasutamist. Võõrutusnähtude tekke vältimiseks tuleks opioidi manustada regulaarselt, mitte ainult vajaduse korral.

6. Ravil peab silma peal hoidma. **Üks arst (üks meeskond)** peab olema haige eest vastutav. Meeskond peab tagama ravi järjepidevuse, kui arst on puhkusel või haige tahab ära sõita.

7. Opioidravi **ei pea olema eluaegne** – haige võib paraneda. Kui ravi on ebaefektiivne või ilmnevad probleemid (häirivad kõrvaltoimed, psüühiline sõltuvus), tuleb samuti alustada võõrutusravi.

Valukliinikud

Kroonilised valud võivad avalduda erinevalt. Näiteks võib valuhaigel olla diagnoositud somaatiline põhjusdiagnoos, kuid põhihaiguse ravist hoolimata valu püsib. Kui põhjuslik ravi on võimatu, rakendatakse palliativset ravi. Vahel ei leita valu põhjust, kuid ometi on seegi "tõeline valu". Nii inimese keha kui ka hing on omavahel seotud,

kuigi aeg-ajalt tänapäeva meditsiin unustab selle. Kardioloog ravib südant, gastroenteroloog ravib magu, neuroloog ravib närve. Kipub kaduma pilt inimesest kui tervikust. Paljud kroonilise valu all kannatajad käivad ühelt uuringult teisele, koguvad erinevate arstide arvamusi ning ometi ei saa valule leevendust. Just selliste haigete aitamiseks soovitas J. J. Bonica luua multidistsiplinaarsed valukliinikud. Esimene valukliinik loodi 1961. a Washingtoni Ülikooli juurde. Nüüdseks on valukliinikud kõikides arenenud riikides ülikooli kliinikutes ja suuremates linna- ja maakonnahaiglates (6).

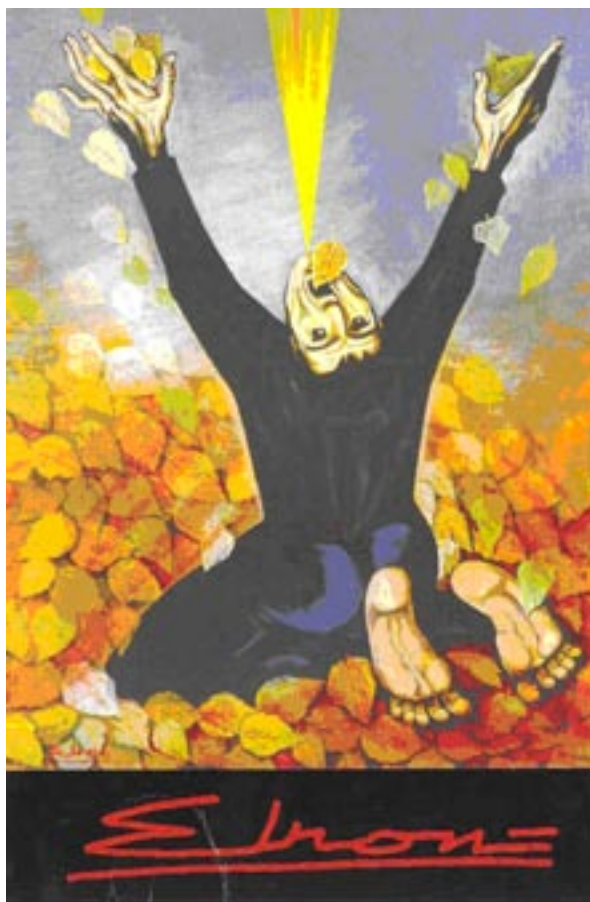
Valukliiniku tööd iseloomustab multidistsiplinaarsus ja patsiendi nii emotsionaalse, füüsilise, käitumusliku kui ka sotsiaalse aspekti arvestamine. Valukliinikus töötavad erinevad spetsialistid: neuroloog, kirurg, reumatoloog, onkoloog, günekoloog, stomatoloog, anesthesioloog, psühhiaater, sotsiaaltöötaja, psühholoog jt. Alati ei ole nad kõik koos ühes kliinikus, kuid iga haige puhul peaks olema võimalus neilt saada nn teine arvamus (ingl *second opinion*).

Paralleelselt valukliinikutega arenevad kogu maailmas raviasutused terminaalses seisundis haigete raviks.

Valukliiniku ülesanded:

- Vähendada valu tugevust, valuhoogude sagedust.
- Suurendada üldist aktiivsuse taset.
- Vähendada ravimite tarbimist.
- Kergendada tagasipöördumist tööle.
- Parandada elu kvaliteeti.
- Vähendada edaspidiseid tervishoiukulusid.

Valukliinikute lisafunktsiooniks on uurimistöö ja õpetamine. Tuleb õpetada nii patsientidel kui ka meditsiinipersonalil vahet tegema ägedal ja kroonilisel valul. Ümberlukkamist vajavad mitmed levinud müüdid (nt opiofoobia) ja väärarvamused (8). Patsient peab võtma oma valu eest vastutuse endale ja osalema aktiivselt raviprotsessis. Teiste vigade ja süüdlaste otsimine ning passiivne suhtumine oma valusse ei vii sihile. Sõnum patsiendile on selline:



Kunstsnik Baruch Elroni "Terav valu"

kui ka valu ei saa päriselt kõrvaldada, on see ometi leevendatav. Inimene peab saama oma valuga elada normaalse elukvaliteediga. Ülemaailmsel valupäeval 11. oktoobril 2004. a kuulutasid nii Ülemaailmne Valu Uurimise Assotsiatsioon (IASP) kui ka Euroopa Valu-föderatsioon (EFIC), et üheks põhiliseks inimõiguseks peab saama õigus valu leevendamisele (5).

Kroonilise valuga toimetulek peaks huvi pakkuma nii tervishoiukorraldajatele kui ka kogu ühiskonnale, et vähendada suuri majanduslikke kulusid, mis on tingitud valu tõttu puudunud tööpäevadest, invaliidistumistest, korduvatest kallitest uuringutest valu põhjuse otsingul ning lõputust meditsiiniabi tarbimisest.

Baruch Elron on Iisraeli kunstimaailmas hästi tuntud isik. Hiljuti amputeeriti tal jalg ja ta teab oma koge-

mustest, mida tähendab krooniline valu. Oma maalil "Terav valu" kujutab kunstnik sügisvärvides seda laastamistööd, mida teeb pidev fantoomvalu tema kehas ja hinges. Tema karje aitab tal jagada oma kannatusi ümbritsevate inimestega. See maal valiti välja 250 pildi hulgast Iisraeli Valuassotsiatsiooni aastakoosolekul, mida toetas ravimifirma Rafa Laboratooriumid Ltd, Haifas 2000. a novembris. Seda maali tunnevad hästi nii teadlased, arstid kui ka kõik teised, kes tegelevad valuraviga, ja Euroopa laiem avalikkus, kuna see valiti Euroopa I valunädala "Euroopa valu vastu" sümboliks 2001. a oktoobris. Maal väljendab Euroopa Valuföderatsiooni (EFIC) ideed "Ära kannata vaikides!"

Kirjandus

1. Kalso E, Vainio A. Kipu. Helsinki: Kustannus OY Duodecim; 2002.
2. Vainio A, Kivunhallinta. Helsinki: Kustannus OY Duodecim; 2004.
3. Irving GA, Wallace MS. Pain Management for the Practicing Physician. Churchill Livingstone; 1997.
4. Melzack R, Wall PD. Handbook of Pain Management. Churchill Livingstone; 2003.
5. Rhodin A. Is history a barrier to prescribing? Paineurope 2004: Issue 3.
6. Dolin SJ, et al. Pain Clinic Manual. Bristol: Butterworth-Heinemann; 1997.
7. Kalso E, et al. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. European J of Pain 2003;7:381-6.
8. Forbes K. Opioids - beliefs and myths. Paineurope 2004: Issue 4.

Summary

Chronic pain and the pain clinic

Chronic pain is a major healthcare problem worldwide including Europe. As shown in a survey conducted in 16 European states in 2003, every fifth person in the continent (19% of adult population) has suffered from chronic pain longer than six months. Analysis has demonstrated that the origin and mechanisms of acute pain and chronic pain are different and hence also the principles of their treatment are different. Patients with chronic pain require multidisciplinary approach and cooperation between specialists of various medical

fields as well as psychologists and social workers. The quality of life of patients with chronic pain is deteriorated not only by pain but also by such concomitant conditions as depression, sleep disorders, anxiety and frustration. These are in turn accompanied by a decline in capacity for work and high socio-economic expenses. In recent years, pain clinics have been set up at hospitals and other medical establishments for management of patients with chronic pain. Such clinics exist also in Estonia.

ursula_koorits@hotmail.com