

# Smerte – til besvær for leg og lærd

Til tross for økende viten om kroniske smerter ser vårt helsevesen ut til å stå med «den vonde ryggen» mot veggen i møtet med den store økningen i langtidssykefravær og uførepensjonering på grunn av smerter. Det er derfor med god grunn at Stein Knardahl i dette nummer av Tidsskriftet stiller spørsmålet: Kroniske smerter – gjør vi alt galt? (1).

I sin artikkel presenterer han nevrofysiologiske mekanismer og psykofysiologiske faktorer med betydning for utvikling av kronisk smerte. Omfattende forskning gjennom de siste 10–15 år har bidratt med betydelig kunnskap, men det er usikkert om dette har nådd tilstrekkelig ut i norsk helsevesen. Knardahl fremholder at mange kolleger fortsatt opererer med en statisk smertemodell der det som startet smerten også vedlikeholder den, og der smerten enten sitter i kroppen (perifert) eller er av psykologisk art. Kronisk smerte kan imidlertid bare forstås i en dynamisk modell der fysiologiske mekanismer, emosjoner, læring og kognitive forhold (f.eks. i hvilken grad smertene truer pasientens funksjon og eksistens) bidrar til den endelige opplevelsen av smerte. Overfor pasienter med sammensatte kroniske smertebilder, kreves det derfor bred faglig kunnskap.

Mye forskning foreligger heldigvis om hvordan det går med våre smertepasienter. Som et eksempel kan nevnes resultatene fra en nyere dansk undersøkelse som understreker nødvendigheten av tverrfaglig utredning og behandling (2). I undersøkelsen ble 189 pasienter randomisert til henholdsvis behandling ved en tverrfaglig smerteklinikk, behandling gitt av allmennlege etter veiledning av smertespesialist og til ingen behandling (kontrollgruppe) (2). Etter seks måneder rapporterte pasientene som var behandlet ved den tverrfaglige smerteklinikken, signifikant lavere smerteintensitet, økt psykisk velvære, bedret søvnkvalitet og bedre fysisk funksjon. I gruppen behandlet hos allmennlege fant man ingen endring og i kontrollgruppen så man en forverring. En helhetlig vurdering og behandling med rom for kognitiv bearbeiding av de læringsmessige og emosjonelle sider synes derfor å være avgjørende (3, 4). Det er naivt å tro at farmakologisk behandling alene er tilstrekkelig. Denne undersøkelsen understreker betydningen av kvalitetssikrede smerteklinikker. I Norge har vi altfor få slike tilbud. I en utredning fra 1988 fra det nåværende Statens helsetilsyn om smerteklinikkvirksomhet i Norge ble det foreslått en oppbygging av tverrfaglige smerteklinikker ved våre regionsykehus (5). Disse skulle i tillegg til den kliniske virksomheten utvikles til ressursentre for undervisning og forskning omkring smertelindrende behandling. Det ble også anbefalt

etablering av organisert smerteklinisk virksomhet i mindre skala ved sentral- og fylkesykehusene. I løpet av disse 13 årene er det etablert tverrfaglige smerteklinikker bare ved tre av regionsykehusene. Ved sentralsykehusene er tilbudet også høyst varierende. På grunn av manglende satsing er behandlingen de fleste steder basert på enkeltpersoners entusiasme. I forhold til kreftpasienter og andre pasienter med alvorlige sykdomstilstander, har heldigvis våre myndigheter sett behovet for en faglig styrking. Over en femårsperiode er det satt av midler til oppbygging av regionale kompetansesentre og palliative enheter ved sentralsykehusene (6, 7). Behov for et styrket behandlingstilbud til pasienter med kroniske smerter er absolutt like nødvendig. I tillegg til økte bevilgninger må polikliniske takster for smertebehandling endres slik at det blir mulig å drive avansert smertebehandling uten at dette blir et underskuddsprosjekt for sykehuset.

I Helsetilsynets utredning fra 1988 ble det også fremlagt planer om en egen spesialutdanning innen smertebehandling. Planene ble aldri realisert. Anestesifaget har riktignok smertebehandling som en del i spesialistutdanningen, men skal smertebehandling styrkes i Norge, forutsetter dette et langt bredere og mer omfattende utdanningsprogram. Den nordiske smerteforeningen The Scandinavian Association for the Study of Pain (SASP) har i en rekke år vært en pådriver for smertemiljøene i Norden. De årlige nordiske møtene representerer et viktig møtested for både klinikere og forskere. SASP har nylig tatt initiativ til oppbygging av en fellesnordisk spesialutdanning innen smertebehandling (algologi).

Smertebehandling skal foregå på alle nivåer i vårt helsevesen. Undervisning av helsepersonell på alle nivåer må derfor være en prioritert oppgave. Rask intervensjon har vist seg å være av stor betydning hvis man skal forhindre kronifisering (8). Primærhelsetjenesten må derfor fortsatt spille en sentral rolle i behandling og forebygging av kronisk smerte. Knardahl foreslår et program der undervisning i nevrofysiologiske og psykologiske mekanismer knyttes sammen med praktisk rettet trening i undersøkelse og kommunikasjon (1). Utfordringen er dermed gitt. Undervisning i nyere kunnskap og forståelse av kronisk smerte må også komme inn i sterkere grad i grunnutdanningen.

Vi registrerer med glede at Tidsskriftet gjentatte ganger det siste året har valgt å omtale kronisk smerte. Disse bidrag understreker og synliggjør hvilke utfordringer dagens helsevesen står overfor. Dersom politikere, myndigheter, sykehuseiere og helseperso-

nell ikke tar disse utfordringene alvorlig, må pasientene søke alternative tilbud. De «alternative terapeuter» tiltrekker mange smertepasienter og i mange tilfeller kan det koste pasienten dyrt. Det er all grunn til at vi som leger tar kronisk smerte på alvor ved at ny forskning og kunnskap omsettes i bedre behandling. At grupper uten medisinsk-faglig basis skor seg på behandling av kronisk smerte, er ingen god løsning – verken for pasientene eller samfunnet!

Gunnvald Kvarstein  
gunnvald.kvarstein@rikshospitalet.no  
Smerteseksjonen  
Anestesiavdelingen

Tor Inge Tønnessen  
tor.inge.tonnessen@rikshospitalet.no  
Anestesiavdelingen  
og  
Intervensjonsenteret  
Rikshospitalet  
0027 Oslo

Gunnvald Kvarstein (f. 1959) er seksjonsoverlege ved Smerteseksjonen, Anestesiavdelingen ved Rikshospitalet, tilknyttet Kompetansesenteret i lindrende behandling for Helseregion Sør og er medlem i Klinisk etikk-komité ved Rikshospitalet.

Tor Inge Tønnessen (f. 1956) er seksjonsoverlege ved Intervensjonsenteret, Anestesiavdelingen ved Rikshospitalet og professor i anesthesiologi ved Universitetet i Oslo.

## Litteratur

- Knardahl S. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2620–3.
- Becker N, Sjøgren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. Pain 2000; 84: 203–11.
- Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? Spine 2001; 26: 778–87.
- Linton SJ, Andersson T. Can chronic disability be prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. Spine 2000; 25: 2825–31.
- Smerteklinikkvirksomhet i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 2–88. Oslo: Statens helsetilsyn, 1988.
- St.prp. nr. 61 (1997–98). Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrinvesteringer ved norske sykehus. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 15. mai 1998, godkjent i statsråd samme dag.
- Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uheldredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
- Rainville J, Carlson N, Polatin P, Gatchel RJ, Indahl A. Exploration of physicians' recommendations for activities in chronic low back pain. Spine 2000; 25: 2210–20.