

En styrking av smerteklinikkens virksomhet vil være i tråd med anbefalte prioriteringer ved blant annet kreft, lindrende behandling og kroniske sykdommer

## Smertefulle smerter

I mai 2004 lanserte Legeforeningen sine retningslinjer for smertebehandling. Retningslinjene var utarbeidet av representanter fra ti spesialforeninger og er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider: [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) (1). På denne måten har Legeforeningen rettet oppmerksomheten mot et underprioritert fagområde. Tidsskriftet følger i dette nummer opp med de første artiklene i en temaserie om smerte og smertebehandling (2–4).

Smerteklinikker er opprettet ved flere norske sykehus, vanligvis organisert under en anestesivdeling. Smerteklinikkene tar seg av pasienter med de vanskeligste smertetilstander, dvs. problematisk akutt smerte, smerte ved kreft og kronisk ikke-krefrelatert smerte. Men i kampen om ressurser blir gjerne livreddende behandling prioritert fremfor lindrende behandling, noe som har medført at smerteklinikkene oftest er underbudsjetterte og at de har en betydelig mangel på personale med spesialkompetanse.

Smertebehandlingstilbudet i Norge er altså begrenset. Dette kan nå bli tydeliggjort med de nye prioriteringsforskriftene, ettersom kroniske smertepasienter svært ofte vil komme i kategorien pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Dersom en smerteklinikk ikke klarer å overholde fristen for å yte slik nødvendig helsehjelp, må et behandlingstilbud finnes et annet sted i landet, ev. i utlandet. Kan de nye prioriteringsforskriftene dermed bli til hjelp for kroniske smertepasienter?

I Norge finnes det relativt få tverrfaglige smerteklinikker. Mange av dem har lange ventelister. Skal smerteklinikkene overholde fristene, kan det tenkes at de må innskjerpe inntakskriteriene. En del pasienter kan dermed falle utenfor behandlingstilbudet. For å rekke over så mange pasienter som mulig vil man kanskje også måtte begrense selve behandlingstilbudet. Et tverrfaglig tilbud, som i dag består av vurdering hos lege, fysioterapeut og psykolog, vil muligens måtte innskrenkes til vurdering av kun én eller to av disse profesjonene.

Dersom norske smerteklinikker ikke klarer å overholde fristen for start av vurdering og/eller behandling, kan pasienten få tilbud om behandling i utlandet, betalt av helseforetaket. Vil dette gavne pasienten? En pasient med meniskskade kan godt opereres i et utenlandsk sykehus, men situasjonen er mer komplisert for en pasient med kronisk smerte, som har viktige sensoriske, kognitive, affektive og atferdsmessige komponenter. I tillegg til en grundig medisinsk vurdering er det nødvendig med en kartlegging av pasientens psykososiale situasjon, ideer og tanker om smerten og smertens årsak, mestringsferdigheter etc. For å kunne hjelpe en pasient med kronisk smerte er det viktig med kunnskap om norske forhold og ikke minst om hvilke opplevelser pasienten har hatt i sitt møte med det norske helsevesenet. Denne kartleggingen blir vanskeligere å gjennomføre i et utenlandsk sykehus, særlig i sykehus utenfor Skandinavia.

Kan kronisk smerte forebygges? Det foreligger økende dokumentasjon på at følelsesmessige faktorer, spesielt frykt for smerte og smerterelatert angst, opprettholder og forsterker smerten og fører til kronifisering (5). Undersøkelser av pasienter med kroniske rygg-smerter viser at tiltak rettet mot pasientens angst for smerte reduserer både smerte og smerterelatert funksjonsnedsettelse (6, 7). Det er mulig at dette også gjelder andre typer kronisk smerte. Kartleg-

ging av slike faktorer hører med i utredningen. Kartleggingen kan gjøres relativt enkelt. Det er utarbeidet gode forslag til behandlingstiltak for å forebygge kronifisering av smerter (5).

Smerteklinikkene får henvist pasienter med lang «fartstid» i helsevesenet. Primærlegene, som møter pasientene tidlig i et sykdomsforløp, har mulighet til å påvirke. De kjenner ofte pasienten og pasientens familie godt og kan ha kunnskap om andre forhold som kan påvirke smertene. Primærlegen kan tilby kontinuitet i behandlingen og vet hva som finnes lokalt av behandlingstilbud og støttefunksjoner. Imidlertid er kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å vurdere og behandle kronisk smerte, lite vektlagt i grunnutdanningen av leger. Det er derfor et stort behov for videre- og etterutdanningstilbud for primærleger for at disse i tilstrekkelig grad skal kunne behandle og forebygge kronisk smerte. Opplæringsstillinger for interesserte allmennleger i regi av de tverrfaglige smerteklinikkene vil gi høyere kompetanse og viktige samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten. Andre mulige tiltak er undervisning i uformelle grupper med kasusdiskusjoner og støtte til danning av terapigrupper i samarbeid med lokale fagpersoner. Dessuten må undervisning om smerte og smertebehandling få en større plass i grunnutdanningen av leger.

Det er på mange måter tid for å tenke nytt. Politikere og beslutningstakere i Norge må lytte til fagmiljøene og anstrenge seg for å hjelpe en forsømt og lidende pasientgruppe. Forebygging av kronisk smerte vil kunne gi lavere kostnader for samfunnet. Smerteklinikkene må sikres ressurser, for å styrke behandlingsskapiteten i Norge. Det vil være i tråd med anbefalt prioritering, slik det fremkommer i Helse- og omsorgsdepartementets budsjett for 2005: «Helseforetakene skal prioritere psykisk helsevern, rusbehandling, kreftsykdommer og lindrende behandling, tilbud til personer med kroniske sykdommer og habilitering og rehabilitering.» (8).

### Rae Frances Bell

[rae.bell@helse-bergen.no](mailto:rae.bell@helse-bergen.no)

*Rae Frances Bell (f. 1948) er spesialist i anesthesiologi og seksjonsoverlege ved Smerteklinikken, Haukeland Universitetssjukehus. Som representant for Norsk anesthesiologisk forening ledet hun spesialistgruppen som utarbeidet Legeforeningens retningslinjer for smertebehandling.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

- Retningslinjer for smertebehandling i Norge. Oslo: Den norske lægeforening. [www.legeforeningen.no/?id=43266](http://www.legeforeningen.no/?id=43266) (16.8.2005).
- Brodal P. Smertens nevrobiologi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2370–3.
- Rygh LJ, Hole K, Tjølsen A. Molekylære mekanismer ved akutte og kroniske smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2374–7.
- Stubhaug B. Smerteplager og sjukdomsattferd. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2378–9.
- Balderson HK, Lin EHB, Von Korff M. The management of pain-related fear in primary care. I: Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G, red. Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. Spine 1995; 20: 473–7.
- Von Korff M, Moore J, Lorig K et al. A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. Spine 1998; 23: 2608–15.
- Statsbudsjettet 2005 for Helse- og omsorgsdepartementet. [www.odin.no/hod/norsk/dok/statsbudsjett/2005](http://www.odin.no/hod/norsk/dok/statsbudsjett/2005) (16.8.2005).