
Kroniske smerter - et satsingsområde

REDAKSJONELT

GRAMSTAD L

I dette nummer av Tidsskriftet viser en undersøkelse blant leger og sykepleiere ved et av våre regionsykehus atinneliggende pasienter med kroniske smerter ikke alltid får den hjelp som bør forventes (1). Samtidig visteundersøkelsen at en følelse av utilstrekkelighet var vanlig i arbeidet med slike pasienter, spesielt når man behandletsmertepasienter med ikke-maligne sykdommer.

Mange rammes

Kronisk smerte er et samfunnsmessig stort problem, men er vanskelig å tallfeste. Et grovt estimat for Norgeindikerer at 70 millioner dager blir ødelagt for voksne hvert år og at omkring ti millioner arbeidsdager går tapt hvertår pga. langvarige eller stadig tilbakevendende smerter (2). I tillegg fører slike lidelser ofte til passivitet,isolasjon og psykiske symptomer, som også berører familie og andre. Prevalensen av behandlingstrengende pasienter viltrolig øke i fremtiden med økningen av kreft i befolkningen.

Utilstrekkelig behandling er fremdeles ikke uvanlig ved cancersmerter (3). En amerikansk multisenterstudie viste at42% av cancerpasienter fikk mangelfull smertebehandling (4). Ofte skyldtes dette at helsepersonellet underestimertepasientens smerte. Den sistnevnte undersøkelsen viste også at det å være gammel eller å være kvinne var negativeprediktorer for å få adekvat smertebehandling.

Medisinske fremskritt

De siste 10-20 år har nye kunnskaper om smertefysiologi og smerteregulering i sentralnervesystemet bidratt til øktforståelse av kliniske smertetilstander. Neuroplastisitet kan forklare at smerte kan forebygges ved tidligesmertelindrende tiltak, eller at smerte kan forsterkes og ev. kronifiseres ved inadekvat håndtering. Erkjennelsen av atvi kan påvirke pasientens

smerteutvikling ved tidlig effektiv behandling pålegger oss et særlig ansvar. Ikke minst vedhåndtering av akutte smerter av ikke-maligne årsaker, hvor mangelfull tidlig behandling kan øke risikoen for kronisk smertetilstander (5).

Behandling av kroniske smerter skal alltid individualiseres etter en grundig diagnostisk utredning (3).

Ved cancersmerter er mye vunnet ved å optimalisere og differensiere bruk av tradisjonelle legemidler. Ved sværtgjenstridige cancersmerter har man de siste årene dokumentert god nytte av spinal smertelindring med morfin og ev.lokalanestetikum. I bl.a. Norge har man sett økende vitenskapelig interesse for NMDA(N-metyl-D-aspartat)-reseptorblokkeren ketamin, som kan være virksomt ved neuropatisk smerte (6).

Økende interesse og kompetanse

Motivasjonen for tverrfaglig smerteklinisk virksomhet vokste frem i Norge på 1970-tallet. Opprettelsen av TheInternational Association for the Study of Pain i USA i 1973 ble etterfulgt av en nordisk seksjon i 1976, som i dag teller ca. 80 norske medlemmer. De siste 20 år har vi fått mange spesialtidsskrifter innen smertefaget (algologi),Pain er det eldste.

I 1988 ble det fremlagt en utredning fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektøren om smerteklinikkvirksomhet iNorge (2), hvor man anbefalte vesentlig ressurstilgang for opprettelse av smerteklinikker ved norske sykehus.

Smertebehandling involverer de fleste spesialiteter. Ved kompliserte smertetilstander er tverrfaglighet ennødvendighet. Norsk anesthesiologisk forening har under utarbeiding Standard for smertebehandling innen anesthesiologi iNorge. Dette dokumentet, som ventes slutført i løpet av 1996, omtaler utdanning, organisering ogbehandlingsretningslinjer.

Organisatoriske løsninger

Primærhelsetjenesten vil alltid stå sentralt i behandlingen av ulike smertetilstander. Kompliserte og vanskeligtraktable smerter krever mer organiserte løsninger. Helsedirektoratets utredning fra 1988 (2) gir fortsatt goderetningslinjer for planlegging og prioritering av smerteklinikkvirksomhet i Norge. Det er fortsatt et stykke igjen tiltilbudet er tilfredsstillende. Offentlige smerteklinikker må opprustes, spesielt med flere stillinger. Særlig gjelderdette smerteklinikkene ved regionsykehusene, som er tiltenkt oppgaver som krever mer ressurser. Smertebehandling er enviktig del av den palliative omsorg hos kreftpasienter. Det har i mange år vært et mål å opprette avdelinger forpalliativ medisin i Norge. I 1984 konkluderte Norges offentlige utredninger om Pleie og omsorg for alvorlig syke ogdøende mennesker (7) at slike avdelinger bør opprettes ved alle regionsykehus. Så langt har man oppnådd dette kun iTrondheim (8).

Den betydelige utviklingen i behandling av kroniske smerter har aktualisert spørsmålet om en sterkere formalisering av utdanning i smertebehandling. I medisinerutdanningen er dette ansvaret spredt på ulike fag. For anestesileger er smertebehandling en definert del av spesialistutdanningen, og det bør være et mål at gruppe 1-tjenesten inkluderer erfaring fra tverrfaglig smerteklinikk.

En mer formalisert kompetansegivning i smertebehandling kan kvalitetssikre faget, og samtidig være en trygghet for befolkningen som oppsøker privatpraktiserende smerteleger. Det siste motivet var vesentlig da man i USA i 1993 opprettet smertebehandling (pain management) som en sertifisert subspecialitet under anesthesiologi. I Sverige har smerteinteresserte leger dannet Svenska läkares algologiska förening. Den svenske Socialstyrelsen har vurdert opprettelse av algologi som en ny egen specialitet (9). Det forventes at dette vil vedtas i løpet av 1996.

Mye taler for å videreutvikle den tverrfaglige smertebehandlingsmodellen i Norge. Utilstrekkelig bruk av nyere kunnskaper og metoder er fremdeles en vesentlig utfordring for smerteomsorgen.

Lars Gramstad

LITTERATUR

1. Skauge M, Borchgrevink PC, Kaasa S. Pasienter med kreftrelaterte og andre kroniske smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 473-7.
2. Smerteklinikkvirksomhet i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 2-88. Oslo: Statens helsetilsyn, 1988.
3. Arnér S, Lindström B, Muzikants S. Kvalitetssikring av smertevård ved livets slut. Läkartidningen 1995; 92: 1374-80.
4. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330: 592-6.
5. Woolf CJ, Chong M-S. Preemptive analgesia - treating postoperative pain by preventing the establishment of central sensitization. Anesth Analg 1993; 77: 362-79.
6. Eide PK, Stubhaug A, Øye I. The NMDA-antagonist ketamine for prevention and treatment of acute and chronic postoperative pain. I: Breivik H, red. Postoperative pain management. London: Baillière Tindall, 1995: 539-54. (Bd. 9 i serien: Baillière's Clinical Anaesthesiology.)
7. Norges offentlige utredninger. Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. NOU 1984: 30. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, seksjon statens trykning, 1984.
8. Kaasa S. Fra hospicebevegelse til palliativ medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 58-60.
9. Behandling av langvarig smærta. SoS-rapport 1994: 4. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.

Publisert: 10. februar 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.