

Smerte som helseproblem

Sammendrag

I januar 2005 ble Norsk smerteforening dannet med nesten 400 medlemmer fra ulike helseprofesjoner. Foreningen vil arbeide for å øke oppmerksomheten mot smerte som helseproblem, bedre kunnskap om hvordan smertetilstander bør evalueres og behandles samt stimulere til forskning og til å danne nettverk mellom profesjoner og personer med interesse innen dette feltet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Harald Breivik

harald.breivik@medisin.uio.no

Gunnvald Kvarstein

Anestesiavdelingen

Rikshospitalet

0027 Oslo

Det er snart 30 år siden Tidsskriftet presenterte en serie artikler om smerte som helseproblem, basert på forelesninger ved den første nordiske vitenskapelige smertekongress i regi av The Scandinavian Association for the Study of Pain (SASP) i Trondheim i mars 1978 (1). Den nordiske smerteforskerforeningen skapte et nettverk av interesserte basalforskere, leger og andre helsemedarbeidere. En imponerende vekst i basalkunnskap og klinisk erfaring de siste 30 år har ført til bedret forståelse og behandling av både akutte smerter etter kirurgi og skader, smerter ved kreft og langvarige smerter som ikke er relatert til kreft. Smertemedisin (algologi) er i flere land, bl.a. i Finland og Sverige, etablert som egen spesialitet med krav om formell utdanning. Yngre norske anestesileger som vil skaffe seg spesialkompetanse i algologi, kan delta i en toårig nordisk utdanning i regi av Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine.

Sentralstyret i Legeforeningen godkjente nylig *Retningslinjer for smertebehandling i Norge* utarbeidet av en tverrfaglig arbeidsgruppe oppnevnt av Legeforeningen (2).

Disse bygger på tidligere utredninger, bl.a. Helsedirektoratets utredning om organisering av smerteklinisk virksomhet i Norge fra 1988.

I Norge har vi nå ulike grader av tverrfaglig smerteklinisk virksomhet ved universitetsklinikkene og ved flere sentralsykehus. Et professorat i anesthesiologi og smertebehandling er etablert ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Helsedepartementet har de siste fem år bevilget midler til etablering og drift av kompetansesentre for lindrende behandling ved universitetsklinikker i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Både Trondheim og Bergen har professorat i palliativ medisin, en gren av medisinen med godt samarbeid med smerteklinikere om lindring av de vanskeligste smertetilstander.

Bedre metoder for smertelindring er utviklet: Pasientstyrte smertepumper, epiduralanalgesi for postoperative smerter og sterke fødselssmerter (3), medikamentell behandling av langvarige smerter, kognitiv atferdsterapi og mer invasive behandlingsmetoder som epidural ryggmargsstimulering, radiofrekvent denervering og subarahnoidale infusjonspumper til selekterte pasienter (2, 4). Men avstanden mellom det som er mulig og det som er tilgjengelig, øker.

I store epidemiologiske studier er det nylig rapportert at en av fire til en av tre voksne personer i Norge har kroniske smerter med gjennomsnittlig varighet over 1/2 år (5). I alt 46 394 personer fra 16 europeiske land ble intervjuet, og det er interessant at forekomsten av langvarig smerte var høyest i Norge (5). Mer enn en tredel oppgav slitasjegikt som årsak. En av fem hadde rygg- og isjiasmerter og like mange hadde smerter etter en operasjon eller en skade. Dette siste er viktig, fordi optimal lindring av smerter i den akutte fasen kan redusere risikoen for kroniske smerter (3). Mindre enn 10% klaget over migræne og andre hodepinetilstander. Bare 1% oppgav kreftsykdom som årsak til langvarige smerter (5).

Langvarig smerte er en betydelig byrde for den enkelte pasients helse og livskvalitet og for samfunnets helsebudsjetter (4, 5). De fleste pasientene med langvarige smerter blir behandlet av sin fastlege. Noen kommer til ortoped og andre organ- eller sykdomsspesialister, mens et lite fåtall kommer i kontakt med smerteklinikker (5). Investering i smerteklinisk virksomhet på høyt tverrfaglig nivå er vist å være samfunnsøkonomisk gunstig og kan bedre livskvaliteten til den

enkelte pasient (4). Verdens helseorganisasjon hevder at det er en grunnleggende menneskerett å få behandling for smerter, enten det er akutte sterke smerter eller langvarige smerter forårsaket av kreft, HIV/AIDS eller som følge av andre sykdommer eller skader (6). Dette betyr ikke at våre pasienter kan kreve smertefrihet, men innebærer at pasienter med smerter må tas på alvor, må undersøkes, diagnostiseres og behandles optimalt. Det er også hovedbudskapet i de nye retningslinjene for smertebehandling (2).

Ved å prioritere undervisning og spredning av kunnskap til alle nivåer i helsevesenet og til våre pasienter kan mange få glede av nyere kunnskap. Det er likevel behov for mer ressurser til smerteklinisk virksomhet. Skal norske pasienter få høykvalitetsbehandling for akutte og kroniske smerter der enkle tiltak ikke fører frem, trenger vi tyngre tverrfaglige smerteklinikker ved våre universitetsklinikker. Disse må få ressurser nok til å kunne forske og vurdere ny og utprøvede behandling.

Palliativ medisin og pasienter med smerter pga. langtkommet kreft har de siste årene erfart en markert bedring i ressurstilgang og behandlingstilbud. I *Norsk kreftplan* fra 2001 fastslås at en del av ressursene som går til kreftbehandling, skal brukes til smertelindring og symptomkontroll. Det er likevel grunn til å merke seg at langvarig smerte som skyldes kreft, kun utgjør 1% av all langvarig smerte (5).

Manuskriptet ble godkjent 16.3. 2005.

Litteratur

- Breivik H. Pasienter med kroniske smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99: 919–20.
- Den norske lægeforening. Retningslinjer for smertebehandling i Norge. www.legeforeningen.no/asset/23458/1/23458_1.doc (16.3.2005).
- Breivik H. How to implement an acute pain service. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2002; 16: 527–47.
- Eriksen J. Long-term chronic non-cancer pain. Epidemiology, health-care utilization, socioeconomy and aspects of treatment. Doktoravhandling. København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2004.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain; e-publisert 8.8.2005.
- Verdens helseorganisasjon. WHO supports global effort to relieve chronic pain. Pressemelding 11.10.2004.