

Tverrfaglig utdanning for bedre smertebehandling

Norsk forskning viser at helsearbeidere dessverre har utilstrekkelig kunnskap om smertebehandling. En tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling mener vi kan bidra til økt kunnskap og bedre behandling av pasienter med smerte.

Smerte er en subjektiv opplevelse. Bare den som har smerte, vet hvordan det føles og hvor plagsomt det er. Smerte skyldes ikke bare aktivitet i nervesystemets smertebaner, den påvirkes også av tanker, fortolkninger, hukommelse, følelser, sosialt miljø og kultur. Smerteopplevelsen vil igjen påvirke fysisk og psykisk funksjon, oppførsel, jobb og forholdet til andre mennesker.

Forekomst og konsekvenser av smerte

Forekomsten av smerte er høy i den norske befolkningen – omtrent 21 % av barn og ungdom (1) og opptil 30 % av de voksne (2–4) har langvarig smerte. Slik smerte øker med alderen, og ved sykehjem har omtrent halvparten av de eldre smerte (5). Plagsom akutt og/eller langvarig smerte er også vanlig etter kirurgi (6) og hos kreftpasienter (7).

Smerte kan ha betydelige personlige og sosiale konsekvenser, i form av redusert arbeidsevne, og innvirker på daglige aktiviteter, søvn, fritidsaktiviteter og livskvalitet (1, 4). De samfunnsøkonomiske konsekvensene av smerte er omfattende. Rygg- og nakkesmerter er blant de helseproblemer som forårsaker flest leveår med uførhet (8), og de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene ved muskel- og skjelettlidelser ligger på over 70 milliarder kroner i året (9).

Tverrfaglig smertebehandling

Helsedepartementet har flere ganger oppfordret til å styrke behandlingstilbudet til pasienter med langvarige smertetilstander (10, 11). I tillegg fordrer samhandlingsreformen at mer avanserte oppgaver, som behandling av langvarig smerte og lindrende behandling, skal utføres i kommunehelsetjenesten (12).

Internasjonalt og nasjonalt er det stor oppslutning om at pasienter med sammenfattede smertetilstander bør behandles med en tverrfaglig tilnærming (10, 13). Tverrfaglig samarbeid innebærer at to eller flere helsearbeidere med ulike profesjonsbakgrunn jobber sammen (14, 15). Vi mener at samarbeidet bør være en integrert tilnærming og ikke en sekvensiell prosess.

En integrert tilnærming innebærer at helsearbeidere med ulike profesjonsbakgrunn har komplementære roller og samarbeider for å utrede og behandle pasienten (15). Et slikt samarbeid kan for eksempel innebære medikamentell behandling i en avgrenset periode, fysisk trening for

å styrke muskler og balanse, kognitiv og følelsesmessig bearbeiding samt oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen. Flere helsearbeidere med ulike fagbakgrunn trengs for å møte alle behovene slik at man kan oppnå betydelige resultater for pasienten og samfunnet (16).

Nå er det ikke slik at alle 1,5 millioner nordmenn med langvarig smerte trenger tverrfaglig behandling. Mange får tilstrekkelig hjelp hos fastlegen. Noen trenger avansert tverrfaglig behandling ved en

«Tverrfaglig utdanning er den beste måten å få til reell tverrfaglig praksis på»

smerteklinikk, andre vil kunne få den hjelpen de trenger gjennom tverrfaglig behandling gitt i hjemkommunen. Dette fordrer imidlertid at helsetjenesten i kommunen har kompetanse til å gi slik behandling.

Tverrfaglig smerteutdanning

For å gi tilfredsstillende smertebehandling trenger helsearbeidere kunnskap om, ferdigheter i og forståelse for utredning og behandling av smerte. Helsefaglige utdanninger og medisinstudier tilbyr stort sett lite smerteundervisning (17). Forskning viser også at norske helsearbeidere mangler kunnskap om smerte (6, 18–20), og allmennleger rapporterer at de trenger mer utdanning innen behandling av langvarig smerte (20). Mens mangelen på kompetanse er foruroligende, er erkjennelsen om behovet for mer kunnskap oppløftende. I denne sammenheng er det vesentlig at Helsedepartementet vektlegger at tilbudet til pasienter med langvarig smerte skal styrkes kompetansemessig (10, 21).

Smerteutdanninger i Norge har stort sett vært monofaglige og rettet mot enten leger, sykepleiere eller fysioterapeuter. WHO fremhever at tverrfaglig utdanning er den beste måten å få til reell tverrfaglig praksis på (14). Hva er da bedre enn en videreutdanning hvor klinikere fra ulike faggrupper sammen lærer om og sosialiseres til å utøve tverrfaglig smertebehandling?

For å møte behovet for økt kompetanse har tverrfaglige kurs og utdanninger i smerte

startet ved blant annet Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Regional kompetansetjeneste for smerte ved Oslo universitetssykehus har utviklet og driver tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling i samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold. I denne videreutdanningen utfordrer vi leger, psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og tannleger til sammen å utvikle sin kompetanse og praksis.

Vi mener at behandlingstilbudet til pasienter med smerte bør styrkes og at dette ikke oppnås ved at studentene passivt mottar informasjon på forelesninger om tverrfaglig smertebehandling. Gjennom et samarbeidsfremmende læringsmiljø med støttende lærere og interesserte studenter (22) kan vi få til tverrfaglige diskusjoner i klasserommet og tverrfaglig samarbeid med skriftlige gruppeoppgaver, kliniske workshoper og observasjonspraksis ved smerteklinikk eller smerteteam.

Oppsummert viser forskning at norske helsearbeidere mangler kunnskap og kompetanse innen smertebehandling. Helsedepartementet oppfordrer til å øke kunnskapen og styrke den smertekliniske virksomheten i Norge. Dermed mener vi at en tverrfaglig videreutdanning i smertebehandling for helsearbeidere med ulike faglige bakgrunn, der man vektlegger klinisk praksis, vil bidra til en sårt tiltrengt kompetanseheving og en bedre smertebehandling for pasientene.

Lars-Petter Granan
lars-petter.granan@nih.no
Henrik Børsting Jacobsen
Silje Endresen Reme
Audun Stubhaug
Per Hansson
Harald Breivik
Tone Marte Ljoså

Lars-Petter Granan (f. 1977) er ph.d. og konstituert overlege ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Henrik Børsting Jacobsen (f. 1982) er ph.d. og psykolog ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

>>>

Silje Endresen Reme (f. 1980) er ph.d. og psykolog ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Audun Stubhaug (f. 1957) er professor i anesthesiologi ved Universitetet i Oslo og avdelingsleder ved Avdeling for smertebehandling, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Per Hansson (f. 1955) er spesialist i nevrologi og overlege ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus og professor i klinisk smerteforskning ved Karolinska institutet, Stockholm.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Harald Breivik (f. 1940) er professor emeritus ved Universitetet i Oslo og konsulent ved Avdeling for smertebehandling, Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus. Han er sjefredaktør i *Scandinavian Journal of Pain* og tidligere leder i Norsk smerteforening. Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tone Marte Ljoså (f. 1977) er førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og smertesykepleier ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Haraldstad K, Sørum R, Eide H et al. Pain in children and adolescents: prevalence, impact on

daily life, and parents' perception, a school survey. *Scand J Caring Sci* 2011; 25: 27–36.

2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
3. Landmark T, Romundstad P, Dale O et al. Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the HUNT pain study). *Pain* 2012; 153: 1368–73.
4. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004; 8: 555–65.
5. Landmark BT, Gran SV, Kim HS. Pain and persistent pain in nursing home residents in Norway. *Res Gerontol Nurs* 2013; 6: 47–56.
6. Fredheim OMS, Kvarstein G, Undall E et al. Postoperativ smerte hos pasienter innlagt i norske sykehus. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1763–7.
7. Nekolaichuk CL, Fainsinger RL, Aass N et al. The Edmonton Classification System for Cancer Pain: comparison of pain classification features and pain intensity across diverse palliative care settings in eight countries. *J Palliat Med* 2013; 16: 516–23.
8. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163–96.
9. Lærum E, Brage S, Ihlebaek C et al. Et muskel- og skjelettrengskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdom og plager i muskel- og skjelettsystemet. MST-rapport 1/2013. http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf [11.6.2015].
10. Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf> [13.3.2015].
11. Norges offentlige utredninger. Livshjelp – Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf [1.8.2014].
12. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf [1.8.2014].
13. Ballantyne JC, Cousins MJ, Giambardino MA et al. Interdisciplinary chronic pain management: International perspectives. *Pain Clinical Updates* 2012; 7: 1–5.
14. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Genève: WHO, 2010.
15. Jakobsen F. Læring med, af og om hinanden. Resultater fra et tverrfaglig klinisk studieafsnitt. I: Willumsen E, Ødegård A, red. *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2014: 219–232.
16. Lambeek LC, Bosmans JE, Van Royen BJ et al. Effect of integrated care for sick listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c6414.
17. Leegaard M, Valeberg B, Haugstad GK et al. Survey of pain curricula for healthcare professionals in Norway. *Vard Nord Utveckl Forsk* 2014; 34: 42–5.
18. Laugsand EA, Sprangers MA, Bjordal K et al. Health care providers underestimate symptom intensities of cancer patients: a multicenter European study. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 104.
19. Dihle A, Bjølseth G, Helseth S. The gap between saying and doing in postoperative pain management. *J Clin Nurs* 2006; 15: 469–79.
20. Johnson M, Collett B, Castro-Lopes JM. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *J Pain Res* 2013; 6: 393–401.
21. Veileder for tilbud til pasienter med langvarige smerter. Hamar: Helse Sør-Øst RHF, 2011. www.helse-sorost.no/SiteCollectionDocuments/Veileder%20smertebehandling%202011.pdf [13.3.2015].
22. Carpenter J, Dickinson C. Tverrprofesjonell utdanning – et sosialpsykologisk perspektiv. I Willumsen E, Ødegård A, red. *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget, 2014.

Mottatt 27.4. 2015, første revisjon innsendt 7.5. 2015, godkjent 9.6. 2015. Redaktør: Liv-Ellen Vangsnes.

Publisert først på nett.