
Når skal smertebehandling prioriteres?

REDAKSJONELT

BELL RF

Smerte er det symptom som hyppigst fører pasienter til lege. Likevel vies smerte relativt liten plass i den norskemedisinske grunnutdanningen. Resultatet blir at mange pasienter med smertesyndromer er feildiagnostisert, og velmente, men lite overveide behandlingstiltak kan til og med forverre problematikken. Pasienter som i starten har beskjedne kliniske funn, får omfattende fysiske og psykiske plager etter langvarig kontakt med helsevesenet. I dag praktiseres også flere smertebehandlingsregimer uten at effekten er dokumentert i kontrollerte kliniske undersøkelser. Pasienter med kronisk smerte er storforbrukere av helsetjenester og av alternativ medisin. En undersøkelse publisert i 1991 vurderte kostnadene i forbindelse med lumbale ryggsmarter i USA til å være 50-100 milliarder dollar per år, og at 75% av kostnadene kunne tilskrives 5% av pasientene (1).

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Marta Skauge og medarbeidere resultater av en spørreundersøkelse blant leger og sykepleiere vedrørende deres kunnskap og kompetanse om behandling av smerte (2). Omkring 40% av legene svarer at de har ganske/svært dårlige kunnskaper om de psykiske, sosiale og opplevelsesmessige sidene ved smerte. Undersøkelsen viser til områder der det er behov for å øke kunnskap og ferdigheter.

Tradisjonelt har anestesileger hatt ansvar for smertebehandling ved landets sykehus. Anestesifaget har fire søyler: anestesi, intensivmedisin, akuttmedisin og smertebehandling.

Norsk anesthesiologisk forening har nylig vedtatt en omfattende Standard for smertebehandling, og det er opprettet et Fagutvalg for smertebehandling. Dette er vel og bra, men hvordan er situasjonen ved anesthesiavdelingene? Skauge og medarbeidere understreker viktigheten av *tverrfaglig* tilnærming til smertebehandling. I dag har kun tre av landets universitetssykehus (Haukeland Sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Aker sykehus) et tverrfaglig smerteklinikktilbud. Bare Haukeland Sykehus og Aker sykehus har heltids tverrfaglig personell. På Smerteklinikken ved Haukeland Sykehus er kapasiteten sterkt begrenset og bemanningen den samme som ved etableringen for 13 år siden. Sannheten er dessverre at smertebehandling nedprioriteres i

forhold til anestesifagets tre andre søyler, mest fordietterspørselen etter anesthesiologisk service ved operasjonsstuer, intensivavdelinger og innen akuttmedisin sluker allenytilførte ressurser.

Anestesifaget har ikke enerett på smertebehandling, andre spesialiteter og faggrupper er nødvendige aktører. Anestesilegen kan imidlertid alltid inngå som et verdifullt medlem i smerteteamet. Behandling av pasienter med kronisk ikke-malign smerte kan til og med gi anesthesiologer nye muligheter ved å tilføye faget andre dimensjoner (3). Anestesiavdelingene kan også dra nytte av det utvidede tilbudet andre yrkesgrupper som fysioterapeuter og psykologer representerer.

Dersom dagens behandlingstilbud skal kunne dekke et stadig voksende behov, må anestesifagets fjerde søyle oppprioriteres. Alternativt, dersom anestesiavdelingene ikke kan prioritere ivaretagelse av smerteklinikkens utvikling og drift, bør disse kanskje skilles ut som egne avdelinger? Dette vil i så fall si at anestesifaget etter hvert kan miste et helt kunnskapsområde.

Smertebehandling har liten plass i legeutdanningen i Norge. I USA derimot er smertebehandling (pain medicine) blitt egen spesialitet (4). Selv om kunnskaper om smerte inngår i nesten samtlige spesialiteter, er det nødvendig å ha leger med smerte som spesialområde for å sikre forskning, undervisning og klinisk praksis.

Det er ikke vanskelig å forklare hvorfor anestesiavdelingene ikke prioriterer smertebehandling. Mange anestesileger er lite interessert i smertebehandling som fag, sannsynligvis fordi det er for lite kunnskap om tverrfaglig tilnærming til smerte.

Et annet problem med smertebehandling (sett fra avdelingsoverlegenes side) er at aktiviteten gir lave inntekter poliklinisk sett. Årsaken er først og fremst et uegnet takstsystem. Pasienter med smerte trenger tidkrevende konsultasjoner. Den aktuelle taksten (B51A) kan kun brukes én gang per halvår for den enkelte pasient. Også blokadetakstene kan bare brukes *en gang per halvår*. Personellet ved smertepoliklinikkene arbeider med andre ord uten at sykehuset får betalt for det arbeidet som faktisk utføres.

Effekten av smertebehandling kan være vanskelig å måle, spesielt når det gjelder kronisk ikke-malign smerte. Litteraturen viser at behandling ved tverrfaglige smerteklinikker øker den kroniske smertepasientens generelle funksjonsnivå mht. å komme tilbake i arbeid, mindre bruk av medikamenter og mindre bruk av helsetjenester (5). Dette alene representerer en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst.

Alle leger trenger å vite en del om smerte og smertebehandling. Noen leger må ta seg av pasienter med kompliserte smertetilstander. Det trengs omfattende undervisning og forskning om smerte. Når smerte er så universelt som symptom, er det en gåte at det ikke settes inn flere ressurser på dette området. Det tidligere Helsedirektoratet påpekte behovet i en utredning fra 1988 (6). Det er ikke for sent å begynne i 1998.

Rae Frances Bell

LITTERATUR

1. Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991; 22: 263-71.
 2. Skaug M, Borchgrevink PC, Kaasa S. Vurdering av egen kunnskap og kompetanse om behandling av smerter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 536-40.
 3. Jacobsen L, Mariano AJ, Chabal C, Chaney EF. Beyond the needle. Expanding the role of anesthesiologists in the management of chronic non-malignant pain. *Anesthesiology* 1997; 87: 1210-8.
 4. Lippe PM. Pain medicine: a conceptual and operational construct. Pain treatment centres at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal. I: Cohen MJM, Campbell JN, red. *Progress in pain research and management*. Bd. 7. Seattle: IASP Press, 1996: 307-14.
 5. Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain centres in the treatment of chronic pain. Pain treatment centres at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal. I: Cohen MJM, Campbell JN, red. *Progress in pain research and management*. Bd. 7. Seattle: IASP Press, 1996: 257-73.
 6. Smerteklinikkvirksomhet i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 2-88. Oslo: Statens helsetilsyn, 1988.
-

Publisert: 10. februar 1998. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. februar 2026.