

Bengt Sjölund, professor i rehabiliteringsmedicin, överläkare, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; vetenskapligt råd i smärtrehabilitering vid Socialstyrelsen, tidigare ordförande i Socialstyrelsens expertgrupp »Behandling av långvarig smärta« (bengt.sjolund@rehabmed.umu.se)

Smärtsamma sanningar

II Det är nu mer än 30 år sedan det första framgångsrika multidisciplinära samarbetet för att behandla långvarig smärta inleddes i Seattle, USA, mellan universitetets anestesiklinik och dess rehabiliteringsklinik. År 1994 publicerade Socialstyrelsen en expertrapport om behandling av långvarig smärta [1], där en av rekommendationerna var att multidisciplinära enheter för smärtbehandling med definierat arbetssätt och organisation borde finnas i varje svenskt landsting. Jan Lidbecks undersökning sex år senare, som sammanfattas i detta nummer av Läkartidningen, visar att så tyvärr inte alls är fallet.

Många har tröttnat

I stället har resurserna för behandling av långvarig icke-malign smärta (oftast från rörelseapparaten) på många ställen minskat eller i vissa fall helt dragits in. Entusiastiska kolleger som kämpat ensamma och med bristfällig resurstilldelning har tröttnat, ibland intill utmattningsdepression. Att få Svenska läkares algologiska förening accepterad som sektion i Svenska Läkaresällskapet har hittills heller inte varit lätt, trots ett väldefinierat medicinskt specialitetsområde, akademisk representation och många medlemmar.

Försök att långsiktigt finansiera multidisciplinära smärtrehabiliteringsprogram som projekt med Dagmarmedel eller med försäkringskassornas statliga medel för köp av s k arbetslivsinriktade rehabiliteringstjänster har som regel strandat på olikheter i målsättning (»Remissen avser enbart utredning av arbetsförmåga«) och kultur. Försäkringskassorna har vidare satsat på rehabiliteringsåtgärder i form av shiatsu, qi-gong, »varmvattengympa«, »lättympa«, långa serier av passiv sjukgymnastik eller apparatträning, resor till tyska kuranstalter eller på allehanda intuitivt arbetande rehabgrupper utan dokumenterad effekt. Försäkringsläkarens roll är tyvärr enbart rådgivande, och denne behöver inte konsulteras innan kassans handläggare köper in rehatjänster.

Ett annat exempel på bristande kunskap är att Umeå universitet i höstas upphöjde ortopedisk medicin till akademisk nivå genom en 20-poängskurs, till en kostnad av mer än 600 000 kronor, medan basanslaget till rehabiliteringsmedicin är en tredjedel härav!

Detta sker trots att multidisciplinär/multiprofessionell analys, behandling och teambaserad multidisciplinär rehabilitering vid långvarig icke-malign smärta mycket övertygande visats vara effektiva i kontrollerade studier, vilket framgår bl a av ett antal metaanalyser under senare år [2, 3]. Även de

Serie: Smärta

Se även artikeln på sidan 2024 i detta nummer. Tidigare artiklar i serien har publicerats i nr 14, 15 och 16/01.

nypublicerade kunskapsöversikterna om »Ont i ryggen« [4] betonar värdet av en helhetssyn, där multidisciplinära rehabiliteringsprogram baserade på kognitiv beteendeterapi vid långvarig ryggvärk starkt rekommenderas.

Långtidsjukskrivningarna ökar

Till råga på allt ökar antalet långtidssjukskrivna och förtidspensionerade åter markant, där s k diagnoser från rörelseapparaten utgör de helt dominerande besvären, sällan inflammatoriskt betingade eller ortopedkirurgiskt behandlingsbara [5], men väl i form av långvarig värk och smärta. Smärtrehabilitering borde således vara ett högst intressant behandlingsalternativ. En nyligen publicerad utredning om arbetsinriktad rehabilitering [6] föreslår också ökad satsning på arbetsinriktad rehabiliteringsverksamhet och på kunskapsuppbyggnad runt densamma, vilket är glädjande. Utredningen lägger dock fortfarande rehabiliteringsansvaret på försäkringskassorna, som under tio år övertygande visat att de inte klarar uppgiften.

Det professionella kunnandet har ökat

Finns det då inget positivt i de senaste årens utveckling på detta område? Jo, det professionella kunnandet avseende smärtvård har ökat markant inom sjukvårdens olika personalgrupper; 118 läkare har faktiskt erhållit tilläggspecialiteten smärtlindring sedan 1996, då regeringen gjorde den ovan nämnda expertrapportens förslag om en sådan kompetensnivå till verklighet. Flertalet av dessa specialister arbetar dock av resursskäl endast i begränsad utsträckning med smärtvård inom sina nuvarande tjänster. Andra behövs i arbetet med avancerad smärtlindring i livets slutskede eller är verksamma vid universitetssjukhusens smärtmottagningar, som trots allt är etablerade och framgångsrika, om än med begränsade resurser.

Fristående poängkurser i smärta, smärtbehandling och smärtrehabilitering ges nu regelbundet vid flera universitet

Så, kära sjukvårdshuvudmän och socialförsäkringsansvariga i Sverige, kunnandet finns, och (på några få svenska sjukhus och vårdcentraler) även förmågan och resurserna att använda det! När tänker ni börja? Hur mycket meningslöst utbetalade socialförsäkringsmedel till plågade långtidssjukskrivna kan systemet acceptera av revir- och prestigeskäl?

och högskolor och intresserar framför allt sjukgymnaster och sjuksköterskor men även en del läkare. Fortbildningsprogram i smärtkliniskt arbete för specialister och i smärtanalys för allmänläkare har utvecklats och genomförs med stöd av läkemedelsindustrin. Intresset för smärta ökar bland allmänläkarna, och på många platser utvecklas ett nära samarbete med regionens smärtspecialister. Det är också glädjande att smärtrehabiliteringsprogrammen vid universitetssjukhusen i Lund och i Umeå först i Europa erhållit internationell ackreditering och, inte minst, att svensk smärtforskning fortsätter att lämna betydande bidrag till den internationella frontlinjeforskningen.

Smärtstandarder i USA

Mycket glädjande och principiellt viktigt för området är vidare att den amerikanska ackrediteringsorganisationen för sjukvård, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, från och med detta år introducerar långtgående smärtstandarder för den amerikanska sjukvården [7]. Dessa standarder kommer att vara vägledande för granskningen av hur smärtvården sköts på de sjukhus som ackrediteras och därmed också för ersättningen till sjukhusen från »third party payers«. En förstärkning av resurserna på smärtvårdens område blir därmed nödvändig.

Jag väljer att citera ett exempel från JCAHOs riktlinjer för smärtanalys, »assessment«:

All patients at admission are asked the following screening or general question about the presence of pain: Do you have pain now? Have you had pain in the last several months? If the patient responds »yes« to either question, additional assessment data are obtained:

- *Pain intensity (use a pain intensity rating scale appropriate for the patient population; pain intensity is obtained for pain at present, at worst, and at best or least; if at all possible, the pain rating scale is consistently used in the organization and between disciplines).*
- *Location (ask the patient to mark on a diagram or point to the site of pain).*
- *Quality, patterns of radiation, if any, character (illicit and record the patient's own words whenever possible).*
- *Onset, duration, variations and patterns.*
- *Alleviating and aggravating factors.*
- *Present pain management regimen and effectiveness.*
- *Pain management history (including a medication history,*

presence of common barriers to reporting pain and using analgesics, past interventions and response, manner of expressing pain).

- *Effects of pain (impact on daily life, function, sleep, appetite, relationships with others, emotions, concentration, etc).*
- *The patient's/client's pain goal (including pain intensity and goals related to function, activities, quality of life).*
- *Physical exam/observation of the site of pain.*

Så, alla ansvariga, när tänker ni börja?

Så, kära sjukvårdshuvudmän och socialförsäkringsansvariga i Sverige, kunnandet finns, och i USA (och på några få svenska sjukhus och vårdcentraler) även förmågan och resurserna att använda det! När tänker ni börja? Hur mycket meningslöst utbetalade socialförsäkringsmedel till plågade långtidssjukskrivna kan systemet acceptera av revir- och prestigeskäl?

Kommer Socialstyrelsens regionala enheter nu äntligen att börja använda myndighetens egen expertrapport om smärtbehandling i sitt tillsynsarbete?

Kan allmänheten lita på att det finns resurser motsvarande det som krävs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet bakom den av välmenande sjukhusledningars ditskruvade skylten »Smärtmottagning«?

Jan Lidbecks undersökning är en väckarklocka som bör tas på största allvar!

Referenser

1. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen. Expertrapport SoS 1994:4.
2. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992;49:221-30.
3. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13.
4. Nachemson A, Jonsson E. Ont i ryggen, ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps sammanställning. Stockholm: SBU, 2000, vol I-II.
5. Udén A. Specified diagnosis in 532 cases of back pain. *Qual Life Res* 1994; suppl 1: 3-4.
6. Larsson G. Rehabilitering till arbete – en reform med individen i centrum. SOU 2000:78.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Pain Standards for 2001. www.jcaho.org