



FORENINGEN
FOR KRONISKE
SMERTEPASIENTER

Faktablad:

Kronisk smerte i Norge

Foreningen for Kroniske Smertepasienter har laget dette faktabladet til bruk for alle som er interessert i smerte, behandling av smerte og forskning på smerte, samt til bruk som underlag for diskusjoner og medieomtale av emnet kronisk smerte.



Om kronisk smerte

Kronisk smerte representerer et stort helseproblem, for den enkelte, for pårørende og for storsamfunnet

Nasjonalt Folkehelseinstitutt skrev i 2006 "Smerte er antakelig det største enkeltstående helseproblem i Norge i dag" ⁽¹⁾.

Tre store undersøkelser publisert de siste 5 årene viser at nærmere 30 prosent av den voksne befolkningen i Norge lider av langvarige, smertetilstander og andelen øker med alderen. Omlag 10 prosent (over 400.000 mennesker) angir meget sterke og vedvarende smerter. Langvarige smerteplager er vanligere hos kvinner, fra knapt 10 prosent i tenårene til mer enn 40 prosent over 60 år. Hos menn er kroniske smerter hyppigst mellom 40 og 60 års alder ^(2,3,4). Også barn kan ha kroniske smerter ⁽⁴⁾.

Omkring 15 prosent mener at smertetilstanden begynte som sterke smerter i forbindelse med en operasjon eller skade. **Riktig behandling av akutte smerter er derfor viktig for å minske risikoen for utvikling av kroniske smerter.**

Kronisk smerte har vidtrekkende konsekvenser. Mange pasienter angir redusert funksjonsevne sosialt, i familie- og arbeidsliv, og derfor vanskelig økonomi. Kronisk smerte anses i dag som en egen sykdomsenhet ^(5,6), hvilket har fått betydning for omsorgen av kroniske smertepasienter; norske helsemyndigheter innførte i 2008 en egen refusjonskode ICPC-71: Kroniske, sterke smerter.

Retningslinjer for omsorg av pasienter med kroniske smertetilstander

I 1988 tok daværende helsedirektør Torbjørn Mork initiativ til en utredning om hvordan omsorgen for kroniske smertepasienter skulle organiseres i Norge. Utredningen er publisert i serien "Helsedirektoratets utredninger" nr. 2:88, 1988: "Smerteklinisk virksomhet i Norge" og bygger på anbefalinger fra "The International Association for the Study of Pain" fra

1986. Etter kommentarer fra Den norske lægeforening om at organ- og sykdomsspesifikke spesialister fortsatt skulle ta hånd om kroniske smertepasienter, ble utredningen lagt til side.

Siden har tverrfaglige arbeidsgrupper i legeforeningen laget "Retningslinjer for smertebehandling i Norge", senest oppdatert i 2009 ⁽¹⁴⁾.

Det er helseøkonomisk lønnsomt med tverrfaglig omsorg av kroniske smertepasienter

Flere danske undersøkelser dokumenterer at tverrfaglig behandling av kronisk smerte er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Undersøkelsene viser at behandling og oppfølging ved den tverrfaglige smerteklinikken på Rigshospitalet i København sparer storsamfunnet mer enn det dobbelte av hva det koster å drive smerteklinikken ⁽⁷⁻¹³⁾.

Mange pasienter med kroniske smertetilstander har juridisk rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har nedsatt en ekspertgruppe til å arbeide med nasjonale retningslinjer for vurdering av "rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp" rettet mot pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten og har spesielt fokus på pasientgruppen "sammensatte smertetilstander". Dersom forslaget fra ekspertgruppen blir vedtatt, vil dette utløse et skred av "rettighetsbrudd". Behandlingskapasiteten ved offentlig sykehus er sterkt mangelfull, i enkelte fylker fraværende. Ettersom det ikke finnes egnede, private tilbud, vil situasjonen i Norge bli særdeles problematisk. Et stort antall pasienter vil kunne kreve behandling i utlandet, hvilket vil bli meget kostbart for storsamfunnet. Hensikten med de nasjonale veilederne er å sikre likt behandlingstilbud på landsbasis

(Pasientrettighetsloven av 1999) for en og samme pasientgruppe. Retningslinjene skal etter planen tas i bruk av fastleger og spesialisthelsetjenesten i løpet av 2009.

Dårlig livskvalitet er dokumentert hos pasienter med kroniske smerter

Smertepasienter er storforbrukere av helsetjenester. Omtrent 50 prosent av alle legekontakter i Norge skyldes smerter, og 30 prosent langvarige smertetilstander ⁽⁴⁾. En norsk doktorgradsavhandling viser at kroniske smertepasienter rapporterer dårligere livskvalitet enn kreftpasienter i livets avslutningsfase ⁽¹⁵⁾. Mange ender som uførepensjonister eller sosialklienter ^(5,10) med store økonomiske problemer som naturlig nok ofte påvirker familie og pårørende ⁽¹⁵⁾. Samtidig er nettopp personer i lavere sosioøkonomiske lag mer utsatt for kroniske smertetilstander ⁽¹⁰⁾. En av 10 pasienter med sterke kroniske smerteplager angir tanker om å ta sitt eget liv for å få slutt på sin miserable tilværelse. En viktig grunn er at de ikke får nødvendig behandling ⁽³⁾.

Refusjonsordning med blåresept for smertemedisin (§2 og §3a) fungerer utilstrekkelig

Ved endringen av blåreseptforordningen i 2008, har man fått inn et nytt refusjonspunkt "Sterke, kroniske smerter" med nummer ICPC-71. Dette innebærer at pasienter med kroniske smerter, kan få dekket utgifter til langvarig behandling med dyre lege- og hjelpemidler. Det har dessverre vist seg at Helseøkonomiforvaltningen i NAV (HELFO) operer med forskjellig praksis i ulike regioner noe som forringer ordningen. Enkelte kontorer krever for eksempel spesialistklæring også for ikke opioide medikamenter. Ettersom spesialistklæringer er vanskelig å få tak i, har pensjonister og pasienter med dårlig økonomi ofte ikke anledning til å ta ut nødvendige medikamenter. Våren 2009 kommer ytterligere innstramning i refu-

– Optimal behandling for dem med mest sammensatte smertetilstander kan skje ved tverrfaglige smerteklinikker, men slike enheter eksisterer i dag bare ved noen få universitetssykehus i Norge

sjonsordningen: for noen av de viktigste og dyreste medikamentene vil HELFO måtte kreve spesialistvurdering.

Manglende ressurser ved tverrfaglige smerteklinikker i Norge

Aker Universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord-Norge har tverrfaglig bemannede smerteklinikker⁽¹⁶⁾, men ingen norske sykehus har pr i dag (2009) en fullverdig bemanning slik Den norske lægeforeningen anbefaler ("Retningslinjer for smertebehandling", 2005 og 2009)⁽¹⁴⁾. I fylkene Oppland, Aust-Agder, Vest-Agder, Sogn og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark finnes det ikke et eneste smerteklinisk behandlingstilbud⁽¹⁶⁾.

Private behandlingstilbud finnes kun i Oslo-regionen, Skien, Haugesund, Volda og Trondheims-området og er intet reelt alternativ til helseforetakenes tilbud⁽¹⁶⁾.

Helseforetakene fulgte ikke opp Helse og Omsorgsdepartementets oppdragsdokument om oppgradering av smerteklinikkene i 2007 og 2008. Hva skjer i 2009?

Eier av helseforetakene i Norge – Staten – krevde i oppdragsdokumentene til regionhelseforetakene for 2007 og 2008 at den smertekliniske virksomhet skulle styrkes og prioriteres, men oppdraget skulle løses innenfor de midler som ble bevilget. Følgelig ble det ingen styrking eller prioritering. Regionhelseforetakene ignorerte stort sett eiers krav. Uten øremerkede midler går tilgjengelige budsjetter til livsbergende og kurativ behandling, lite blir igjen til livskvalitetsforbedrende tiltak for de med langvarige smerter. HOD har spesielt bedt Helse Sør-Øst prioritere smerteklinikkene i 2009

De nye finansieringsordninger, som helseministeren i 2007 lovet skulle bedre driftsbudsjettene for smerteklinikkene, har

i realiteten ført til det motsatte. Sykehuse sene melder om lavere inntekter i 2008 til tross for økt aktivitet sammenlignet med 2007, og tallene så langt for 2009 tyder på en ytterligere forverring.

Ingen krav om kompetanse eller utdanning for leger i avansert smertebehandling i Norge

Alle leger i Norge kan kalle seg "spesialist i smertebehandling" eller "smertespesialist". I Norge eksisterer det intet utdanningsprogram eller krav om kompetanse. Sverige og Finland er blant de land som har fått etablert en egen spesialitet innen smertemedisin med krav om videreutdanning og spesifisert erfaring. Det er behov for en lignende godkjenningssystem for tittelen "spesialist i smertebehandling"/"smertespesialist" også i Norge.

I 1999 etablerte "Scandinavian Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine" et utdanningstilbud i avansert smertemedisin for anestesioleger fra de fem nordiske land. Dette er et 2,5 årig utdanningsprosjekt med 5-6 ukeskurs som roterer mellom de fem landene. Det stilles krav om minst tre måneders praksis ved en tverrfaglig smerteklinikk ved et Universitetssykehus, og fullføring av en prosjektoppgave for å få godkjent fullført studium. Det fjerde kullet på omkring 30 elever (fem fra Norge) er nå i gang.

Smerte og behandlingen av smerte har i Norge liten plass i det grunnleggende medisinstudiet, noe som fører til generelt lav kompetanse blant allmennpraktikere i diagnostikk og behandling av langvarige og sammensatte smertetilstander.

Rehabilitering og kognitiv adferdsterapi for kroniske smertepasienter med fysisk og mental trening for å mestre livssituasjon

Rehabilitering med fysisk og psykisk trening i mestring er viktig for at denne pasientgruppen skal oppnå bedre livs-

kvalitet og kunne delta i arbeidsliv og sosialt liv. Et kurstilbud i rehabilitering og livsmestring for kroniske smertepasienter finnes kun ved et fåtall norske rehabiliteringsinstitusjoner (Vikersund Kurbad, Muritunet og Bakketunet) i enkelte helseregioner. Det bør derfor gis rett til fritt valg av rehabiliteringsinstitusjon utover helseregionsgrensene på samme måte som pasienter har rett til fritt valg av sykehus. Dagens regelverk hindrer mange i å få adekvat mestringsopplæring.

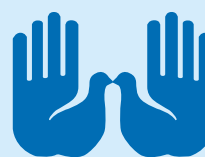
Konklusjon

Kronisk smerte er et vanlig og alvorlig helseproblem. Optimal behandling for dem med mest sammensatte smertetilstander kan skje ved tverrfaglige smerteklinikker, men slike enheter eksisterer i dag bare ved noen få universitetssykehus i Norge. Langt flere sykehus trenger et slikt tilbud. Det er godt dokumentert at det er god helseøkonomi i å satse på tverrfaglig behandling av smertetilstander. Helse og omsorgsdepartementet har i tre år på rad oppfordret de regionale helseforetakene å prioritere smerteklinikker. Situasjonen de siste tre årene er i stedet blitt ytterligere forverret.

Helse-politikere er informert, og vi håper at ressurser snart blir overført til smerteklinisk omsorg for de mange med særdeles dårlig livskvalitet på grunn av sammensatte smertetilstander.

Noter:

1. 1: Norsk folkehelse institutt (2006) <http://www.fhi.no/artikler?id=42293>
2. 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.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European J Pain* 2006;10:287-333.
4. Nielsen CS et al. (NFI): Pain in Norway. Plakatframvisning ved Norsk smerteforenings vitenskapelige møte 10-11. januar 2008
5. Cousins MJ, Power I, Smith G. Pain – a persistent problem. *Reg Anesth Pain Med* 2000;25:6-21.
6. Siddal PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesth.Analg.* 2004;99:510-520.
7. Becker N, Thomson AB, Olsen AK et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multi-disciplinary pain centre. *Pain* 1997; 73:393-400.
8. Højsted J, Alban A, Hagild K, Eriksen J. Utilisation of health care system by chronic pain patients who applied for disability pension. *Pain* 1999;82:275-282.
9. Thomsen AB, Sørensen J, Sjøgren P, Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002;6:341-352.
10. Eriksen J. Long term/chronic non-cancer pain. Epidemiology, health-care utilization, socioeconomic and aspects of treatment. Thesis for Doctor of Medical Sciences Degree. Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2004.
11. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-228.
12. Eriksen J, Ekholm O, Sjøgren P, Rasmussen NK. Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population. *Pain* 2004; 108:154-162.
13. Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O. et al. Identifying a long term/chronic, non-cancer pain population using a one-dimensional verbal pain rating scale. An epidemiological study. *Eur J Pain* 2004;8:145-152.
14. Den norske lægeforening: Retningslinjer for smertebehandling. Den norske lægeforening 28.10.2003, og oppdatert versjon 2009 www.legeforeningen.no
15. Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta anaesthesiol Scand.* 2008;52:143-8.
16. Foreningen for kroniske smertepasienter (2008): Behandling av kroniske smerter i Norge. Statusrapport År 2008.



FORENINGEN FOR KRONISKE SMERTEPASIENTER

Takk til Mundipharma AS
som har gjort det mulig
å trykke og distribuere
faktabladet.

April 2009

Dag Simonsen
Leder, Foreningen for
Kroniske Smertepasienter