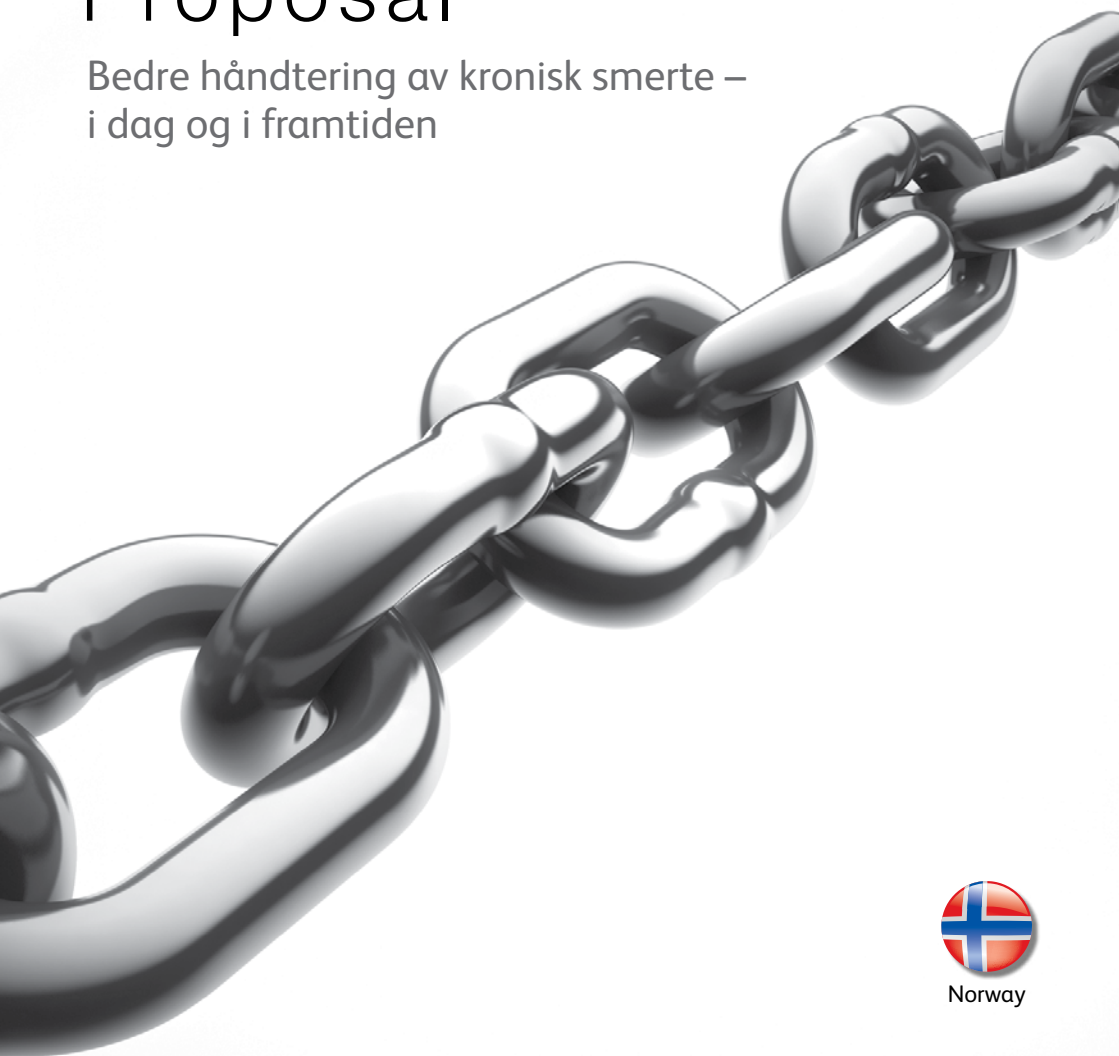




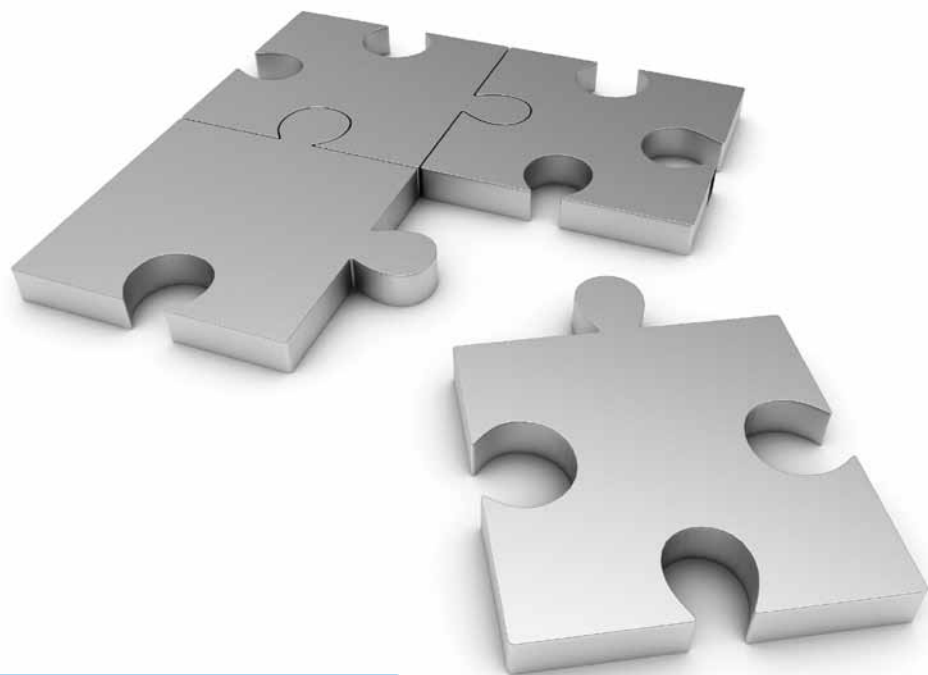
PAIN

Proposal

Bedre håndtering av kronisk smerte –
i dag og i framtiden



Norway



Pain Proposal er et initiativ på europeisk nivå, støttet og initiert av Pfizer (unrestricted fund) og utarbeidet av en gruppe europeiske eksperter innen feltet kronisk smerte.



Forord

Der finnes ingen entydig definisjon av kronisk smerte og det har lenge vært vanskelig å fastslå hvor utbredt problemet er. Men nyere anslag viser at omkring hver femte person i den voksne, europeiske befolkningen lider av kroniske smerter. Enkeltindivider, pårørende, helsevesenet og storsamfunnet betaler en høy pris for dette.¹ Men likevel har ikke kronisk smerte blitt prioritert på lik linje med andre helseproblemer av samme betydning.

Kronisk smerte kan beskrives som «en smerte som har vart lenger enn en sykdom eller skade vanligvis ville brukt på å leges», og i mangel på andre kriterier beregnes det til å være 3–6 måneder.² Vurdering og behandling av kronisk smerte hører ikke inn under en enkelt medisinsk disiplin, og derfor blir veien mot en korrekt diagnose og tilfredsstillende behandling ofte oppstykket, vanskelig og kostbar.

Pain Proposal-prosjektet ble opprettet for å prøve å skape en konsensus, et enhetlig syn på hvilke konsekvenser kronisk smerte har for de

europeiske landene. Man ønsket også å vise at der er data som gir god grunn til øyeblikkelig handling for å endre mangler i styring og behandling av kronisk smerte og å vise hvordan pasienter med kronisk smerte kan behandles på en mer effektiv måte enn i dag. Dette initiativet har samlet eksperter i kronisk smerte fra hele Europa slik at de har kunnet dele kunnskap og erfaring, og vist til gode eksempler på organisering og behandling fra de enkelte land. På den måten har man vært i stand til å legge frem gode og konstruktive forslag til veien videre.

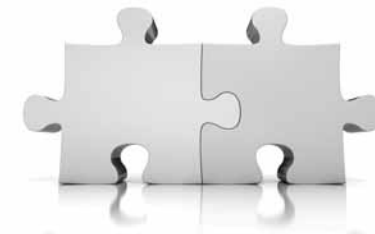
Denne rapporten fokuserer på hvordan kronisk smerte behandles i Norge, og den har blitt utviklet sammen med følgende eksperter som deltar i Pain Proposal-prosjektet:

Harald Breivik,

Professor (em) Universitetet i Oslo,
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet,
Avdeling for smertebehandling

Per Egil Haavik,

Seksjonsoverlege, Smerteklinikken,
Stavanger Universitetssykehus



Kroniske smerter i Norge i 2010

Nye data for 2010* viser følgene kroniske smerter har for enkeltmennesker, både profesjonelt og privat, mens de strever med å få riktig behandling for smertene de lider av, eller en diagnose. Dataene viser også at helsepersonell trenger mer støtte og undervisning i behandling av kronisk smerte.

Mennesker med kronisk smerte venter i årevis på å få en diagnose

- Nesten halvparten (44%) av kronisk smertelidende måtte vente i over et år på en diagnose
- 65% sier at de ikke får god nok behandling for smertene

Når kroniske smertepasienter ikke får tilfredsstillende behandling, kan det få følger for arbeidsevnen deres

- $\frac{2}{3}$ sier at arbeidssituasjonen deres er direkte påvirket av de kroniske smertene, og i gjennomsnitt er $\frac{1}{3}$ av de som lider av kroniske smerter, ikke i stand til å jobbe
- Selv når de kan jobbe, føler smertelidende at den kroniske smerten hindrer dem i å utføre jobben deres 30% av tiden

Til tross for smertetilstanden ønsker mennesker med kroniske smerter å jobbe og å bidra til samfunnet

- 90% har et sterkt ønske om å være en aktiv samfunnsdeltaker
- Nesten en femdel av smertelidende er redd for å miste jobben på grunn av smertene, og halvparten er redd for at smerten vil hindre dem i å utvikle karrieren

Kronisk smerte påvirker forhold og privatliv

- $\frac{4}{10}$ av kronisk smertelidende mener at det har en negativ virkning på familie og venner, og over en tredel føler at de er blitt isolert på grunn av smertene

Pas opplever at andre kan ha en negativ holdning til kroniske smerter

- $\frac{4}{10}$ mener at andre tviler på at smertene deres er ekte
- $\frac{7}{10}$ føler at det er manglende bevissthet om kroniske smerter, og $\frac{1}{3}$ er blitt beskyldt for å bruke smerte som en unnskyldning for ikke å jobbe

Allmennleger trenger mer opplæring i kronisk smerte

- $\frac{1}{3}$ av legene som var med i undersøkelsen, føler seg trygge på hva de skal gjøre hvis en pasient fremdeles klager over smerter etter behandling
- 8 av 10 leger vil gjerne ha mer opplæring, særlig i behandlingen av kroniske smerter og retningslinjer for videre henvisning og behandling

* Pfizer chronic pain study, September, 2010

Sammendrag

Norge ligger på smertetoppen i Europa. Det er dokumentert i fire større undersøkelser at 30% av den norske befolkningen lider av kroniske smerter.³ Av de med plagsomme og langvarige smerter har kun 8% vært hos spesialist i håndtering av kroniske smerter.⁴ Konsekvensene er store både for pasientenes livskvalitet⁵ og i et samfunnsøkonomisk perspektiv.⁶

Oppfordring til handling

- Øke bevisstheten om kronisk smerte som helseproblem
- Øke kunnskapen i befolkningen, blant helsepolitikere, administrative organer og helsepersonell
- Bedre samarbeidet mellom førstelinjehelsetjenesten og spesialisttjenesten
- Bedre finansieringen av smerteklinisk virksomhet.

Norske nøkkeltall

Prosentandel av den voksne norske befolkningen som lider av kroniske smerter	30%
Andel av pasienter med langvarige smerter som har vært til utredning/ behandling hos smertespesialist	8%
Prosentandel av kroniske smertepasienter som mener de lider av depresjon pga sine smerter	28%
Antall timer undervisning i behandling av kroniske smerter for medisinstudenter ved norske universitet utenom NTNU i Trondheim. De har i alt 36 timer	færre enn 10

Tall fra Survey of chronic pain in Europe, Breivik et al, 2006
P. Borchgrevink; H. Breivik, personlig meddelelse

Kronisk smerte – prevalens og konsekvenser

Tall fra en stor europeisk undersøkelse⁷ viser at 30% av den norske befolkningen lider av moderate til sterke kroniske smerter. Tre andre norske rapporter har lignende funn.⁸ Til sammenligning er tallene for Sverige og Danmark omkring 20%.⁹ På Island er det over 30% som lider av kroniske smerter (Gunnarsdottir S et al Scan J Pain 2010;1(3).

«Så mye som halvparten av uførhetstilfellene i Norges skyldes kroniske smertelidelser.» (Folkehelse rapporten 2010)

De vanligste årsakene til kronisk smerte er muskel- og skjelettsykdommer. Det er flest kvinner som lider av kroniske smerteproblemer.

Dette øker til over 40% ved 60–70-årsalderen, og de er også i større grad uføretrygdde og sykemeldte pga kroniske smerter uten alvorlig bakenforliggende sykdom.¹⁰

Kroniske smerter fører også ofte til dårligere psykisk helse. Angst, depresjon, søvnplager og suicidal tanker er ofte knyttet til vedvarende smerteproblemer.¹¹ Så mange som 28% av pasienter med kroniske smerter er blitt diagnostisert med depresjon,¹² og det er trolig en av de viktigste risikofaktorene for psykiske plager.¹³ Helserelatert livskvalitet er like dårlig eller dårligere hos pasienter med kroniske smerter som hos kreftpasienter i livets slutfase.¹⁴

Kronisk smerte i helsesystemet: smertebehandling og retningslinjer

Smertebehandling

De fleste pasienter med smerter går først til fastlegen. Smertekonsultasjoner står for over 50% av alle besøk hos fastlegen¹⁵. Ofte sendes pasienten videre til spesialisthelsetjenesten og organspesialister for å finne bakenforliggende årsak. Det er først i tredje runde at pasienten henvises til en tverrfaglig smerteklinikk. Tverrfaglige smerteklinikker kan ha anestesilog, nevrolog, psykiater, psykolog, revmatolog, spesialist i allmenntillegmedisin, og andre relevante legespesialister, fysioterapeuter og spesialsykepleiere knyttet til staben.

I en undersøkelse hadde bare 8% av pasienter med moderate til sterke kroniske smerter vært til en smertespesialist.¹⁶ Manglende tilgjengelighet og manglende kapasitet ved smerteklinikkene er et stort problem¹⁷, og konsekvensene er dels feilbehandling og ofte overforbruk av unødvendige undersøkelser, dyre inngrep og medisiner. Disse midlene kunne ha blitt brukt til effektiv behandling av sterkt lidende pasienter med sammensatte kroniske smertetilstander.

Manglende spesialistutdanning, manglende undervisning om smerte i spesialistutdannelse og lite undervisning på de fleste medisinstudiene er noen av årsakene til at kompetansenivået generelt sett er lavere enn ønsket blant norske leger. Ved medisinstudiene i Norge undervises det ca. 6–10 timer i behandling av kroniske smerter. Et unntak er NTNU i Trondheim der studentene får i alt 37 timer i løpet av studiet. Interessen for et frivillig tilbud til studentene i Oslo fra høsten 2010 har vært stor, og viser at det er økende oppmerksomhet rundt dette fagfeltet blant medisinstudentene.

Smertespesialist er ingen formelt godkjent spesialitet i Norge, og dermed kan hvem som

helst åpne en "smerteklinisk" praksis. Fordi HOD og legeföreningen er svært restriktive med etablering av nye subspecialiteter, er ideen om «kompetanseområder» innen ulike spesialiteter mer realistisk. «Kompetansekrav» i smertebehandling har fungert utmerket i Finland i mange år, mens Sverige har en egen subspecialitet i smertebehandling (algologi). I begge nabolandene våre er det derfor formelle krav til utdanning og erfaring for å kunne bli godkjent av helsemyndighetene som spesialist i håndtering av pasienter med langvarige sammensatte smertetilstander.

Et krav om «spesiell kompetanse i smertebehandling» i Norge ville, som i Finland kunne gjelde for leger fra ulike hovedspesialiteter, basert på erfaringsbasert opplæring og kurs. Dermed vil man kunne få en faggruppe med tverrfaglig bakgrunn, som vil kunne fungere som et godt tilbud og som et kvalitetsmål for alle som vil drive avansert, effektiv behandling av pasienter med langvarige smertetilstander. Et utmerket utdanningstilbud har eksistert i 10 år på Nordisk basis, arrangert som en to-årig utdanning i regi av Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine.

Retningslinjer

Den norske legeförening har gitt ut «Retningslinjer for smertelindring»¹⁸, som omhandler alle typer smerte, deriblant også behandling av kroniske smerter.¹⁹ I og med at de ikke er utgitt av et myndighetshavende organ, blir de fulgt i varierende grad. Det er ønskelig at slike terapianbefalinger blir utgitt av Helse- og Omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet slik at man kan sette krav til at retningslinjene følges.

Statens legemiddelverk ga i 2002 (oppdatert 2008) ut en «Terapianbefaling: Bruk av opioider ved behandling av non-maligne smertetilstander».²⁰ Den gir klare retningslinjer for bruk av opioider både for førstelinjehelsetjenesten og spesialister.

Kronisk smerte i et politisk og helseøkonomisk perspektiv

Flere undersøkelser og doktorgrader fra Danmark²¹, konkluderer med at behandling ved tverrfaglige smerteklinikker er den mest effektive måten å behandle kroniske smerter på. I forhold til behandling hos allmennlege fører det til redusert forbruk av helsetjenester og gir best livskvalitet for pasienten.

«Behandling og oppfølging ved den tverrfaglige smerteklinikken ved Rigshospitalet i København sparer storsamfunnet mer enn det dobbelte av hva det koster å holde smerteklinikken i gang, samtidig som pasientenes livskvalitet bedres betydelig.»

Lignende undersøkelser mangler i Norge. For å skape større engasjement omkring kronisk smerte og å få til endringer på helsepolitisk nivå, trenger vi data som viser den samfunnsøkonomiske gevinsten ved bedre smertebehandling.

1 av 10 er uføretrygdet i Norge. I halvparten av tilfellene er årsaken kronisk smerte

Muskel- og skjelettlidelser med smerter utgjorde 40% av fraværsdager som ble dekket av folketrygden i 2009

I gjennomsnitt er kroniske smertepasienter i full- eller deltidsjobb sykemeldt 11 dager i løpet av et halvår

25% av kroniske smertepasienter har mistet jobben på grunn av smertetilstanden

Tall fra Folkehelse rapporten 2010 og Survey of chronic pain in Europe 2006

En av årsakene til at kroniske smertepasienter havner langt nede på listen når pengene i helsebudsjettene skal fordeles, er at denne type behandling gir dårlige inntekter for sykehusene. Finansieringen av behandlingen av akutte helsetilstander er høyere enn finansieringen av behandling av kroniske, sammensatte smertetilstander ved de tverrfaglige

smerteklinikkene. Et sykehus med sparekniven på strupen vil dermed lett velge bort denne type ressurskrevende (i form av personell med spesialkunnskap) behandling. Dette fører til en absurd situasjon hvor det som samfunnsmessig er god helseøkonomi, er ulønnsomt og dårlig økonomi for sykehusene.

Det er ikke nok at politikerne krever satsing på behandling av kronisk smerte uten at det følges opp med øremerkede midler.

Lovgivning

Pasientrettighetsloven

I 1999 kom pasientrettighetsloven som gir rett til behandling hvis en person lider av helsetilstand som er så alvorlig at den vil føre til tidlig død eller redusert livskvalitet hvis den ikke behandles, dersom det finnes effektiv og kostnadseffektiv behandling. Men loven ble håndhevet ulikt fra landsdel til landsdel.

I 2009 ble det utarbeidet en nasjonal veileder for kroniske smertetilstander. Den viser hvem som skal prioriteres ved smerteklinikker og hva som er en akseptabel ventetid. Den varierer fra 2 uker for svært alvorlige, subakutte smertetilstander til 16 uker for kroniske smertetilstander med mindre alvorlig prognose. Det vanlige har vært at slike pasienter må vente i et par år og mer. Disse nasjonale retningslinjene har enda ikke ført til dramatiske endringer: Pasienter med langvarige smertetilstander venter fremdeles lenge på å komme til vurdering på en tverrfaglig smerteklinikk. Dette fører til ventelistebrudd pga kapasitetsmangel.

Men det synes også å føre til manipulasjon av prosessen slik at en pasient ikke får tildelt rettighetene fordi den som vurderer henvisningen kan si at det ikke finnes effektiv behandling. Dette vil skjule et behov for større og bedre tilbud til pasienter med sammensatte og invaliderende smertetilstander.

Når smerteklinikkene er få, fører det til at mange smertepasienter får svært lang reisetid. Slike pasienter trenger flere konsultasjoner, og for en som lider av kroniske smerter kan det dermed bli et stort problem å kunne dra til smerteklinikken.

Refusjon av dyre medisiner til kroniske smertetilstander

I 2008 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut forslag til nye refusjonsregler for utgifter til legemidler for smertebehandling. Norsk smerteforening ga sterk støtte til forslaget slik at en mer rettferdig refusjon av legemidler til behandling av kronisk smerte kunne komme i stand.²³ Dette førte til et nytt punkt i blåreseptordningen: «Kroniske, sterke smerter», som har gjort det enklere å få refundert utgifter til smertelindrende legemidler.

Men det må søkes spesielt om refusjon av denne typen legemidler. For de mest kostbare medikamentene kreves der spesialistsøknad, og da søknadene behandles ulikt fra region til region fører dette til at pasienter som ofte lider under dårlig økonomi kan få avslag på søknader som burde ha blitt godkjent.



Hovedutfordringer	Hva må endres?
Øke kunnskapsnivået	Økt fokus på kronisk smerte for medisinstudenter.
Øke kunnskapsnivået	Økt fokus på kronisk smerte innenfor spesialistutdanning, særlig allmennmedisin, men alle spesialistutdanninger må kunne mer om problemene omkring kronisk smerte.
Manglende formelle krav til "smertespesialister"	Opprette formelle kompetansekrav for de som vil behandle pasienter med sammensatte langvarige smertetilstander.
Manglende samarbeid mellom spesialist og fastlege	Bedre samarbeid mellom spesialister og fastleger omkring pasienter med sammensatte og langvarige smertefulle helseproblemer, vil frigjøre midler som brukes på unødvendige og dyre undersøkelser pga manglende kompetanse hos fastleger.
Øke antall tverrfaglige smerteklinikker	Bedre finansiering av smerteklinikkvirksomhet og krav om at alle sykehus med primærfunksjon bør ha et smertemedisinsk tilbud, og alle sentralsykehus og regionsykehus bør ha tverrfaglige klinikker.

Hva fungerer godt?

Pasientrettighetsloven fra 1999 og de nasjonale veilederne fra 2009 for iverksetting av loven, gir smertepasienter lovfestet rett til behandling innen 16 uker. Hvis dette følges opp i praksis vil det representere et stort fremskritt. I tillegg til at pasientene kan komme fortere til dersom det finnes smerteklinikk med adekvat tilbud, har veilederne også gjort det enklere for smerteklinikkene å prioritere pasienter med rettigheter. Imidlertid fører ikke disse forbedringene automatisk til økt kompetanse eller større kapasitet ved smerteklinikkene. Bedre ordninger for refusjon av smertemedisin er også et fremskritt, men rettighetsvurdering og rett til refusjon av dyre medisiner vurderes fremdeles ulikt rundt om i Norge.

Generelt kan man si at det norske helsevesen har et godt fastlegesystem. Et førstelinjesystem som fungerer, er et godt utgangspunkt for å bedre samarbeidet mellom spesialister og allmennpraktikere.

«Et bedre samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten er ønskelig, og ville ført til at mange pasienter får raskere hjelp og diagnose.» (P.E. Haavik, Pain proposal-konferansen, Brussel, 2010)

Der har skjedd positive endringer på dette området de siste årene, og på lenger sikt er der grunn til å håpe på en bedre situasjon for dem som lider av kroniske smerter.

Hva haster?

Det er et stort behov for norske data som bekrefter at smerteklinisk behandling er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Norsk Smerteforening (NOSF) har startet et nasjonalt prosjekt for å dokumentere effekten av smerteklinisk virksomhet. Godt dokumenterte samfunnsøkonomiske argumenter er nøkkelen til en reell satsing med øremerkede midler som vil gjøre det lønnsomt for helseforetakene å satse på smerteklinikk.

Økt oppmerksomhet og kunnskap vil være drivkraften for å få i stand endringer på alle nivå.

Oppfordring til handling

- Øke bevisstheten om kronisk smerte som helseproblem
- Øke kunnskapen i befolkningen, blant helsepolitikere, administrative organer og helsepersonell
- Bedre samarbeidet mellom førstelinjehelsetjenesten og spesialisttjenesten
- Bedre finansieringen av smerteklinisk virksomhet

- ¹ Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D., Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European J Pain* 2006;10:287-333;
- ² Smith et al. (1999) Chronic Pain in Primary Care. *Family Practice* 16 (5) 475-482
- ³ 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.; Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D., *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment.* *European J Pain* 2006;10:287-333; Nielsen CS. *Prevalence of chronic pain in Norway.* Presentation at the Norwegian Pain Society scientific meeting; 2008; Landmark T, Borchgrevink P, Romundstad P, Dale O. *Leisure time physical activity and reports of pain in the general population.* Presented at the Congress of the European Federation of IASP-Chapters, Lisbon, Portugal, August 2009. *Eur J Pain.* 2009;[Supple Abstract].
- ⁴ Breivik et al 2006
- ⁵ *Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients.* Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. *Acta Anaesth Scand.* 2008;52:143-8)
- ⁶ *Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients: a qualitative systematic review.* Thomsen AB, Sørensen J, Sjøgren P, Eriksen J. *J Pain Symptom Manage.* 2001 Aug;22(2):688-98. Review.
- ⁷ Breivik et al 2006
- ⁸ Rustøen et al 2004, Landmark et al 2009, Folkehelse rapporten 2010
- ⁹ *Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update.* Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. *Eur J Pain.* 2009 Mar;13(3):287-92
- ¹⁰ Folkehelse rapporten, 2010
- ¹¹ Folkehelse rapporten, 2010
- ¹² Breivik et al 2006
- ¹³ Folkehelse rapporten, 2010
- ¹⁴ *Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients.* Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. *Acta Anaesth Scand.* 2008;52:143-8)
- ¹⁵ Folkehelse rapporten 2010
- ¹⁶ Breivik et al 2006
- ¹⁷ http://www.helsedirektoratet.no/prioriteringer_helsetjenesten/status_for_samarbeidsprosjektet_riktigere_prioritering_i_spesialisthelsetjenesten_pr_april_2010__713884
- ¹⁸ http://www.legeforeningen.no/asset/42585/1/42585_1.pdf
- ¹⁹ Breivik H, Kvarstein G. *Smerte som helseproblem.* *Tidskr Nor Legeforen* 2005;125:2807
- ²⁰ Terapi anbefaling: Bruk av opioider ved langvarige, non-maligne smertetilstander) *Statens legemiddelverk*, <http://www.slv.no/upload/Terapianbefaling%20-%20bruk%20av%20opioider.pdf>
- ²¹ Becker N. *Chronic non-malignant pain patients treated in a Danish Multidisciplinary Pain Center.* PhD-thesis, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 1999. Thomsen AB, Sørensen J, Sjøgren P, Eriksen J. *Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients. A qualitative systematic review.* *J Pain Symptom Manage* Vol. 22: 688-698, 2001. Eriksen J. *Long term/chronic non-cancer pain. Epidemiology, health-care utilization, socioeconomy and aspects of treatment.* Thesis for Doctor of Medical Sciences Degree, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen, 2004. Sjøgren P. *Cognitive function in cancer and chronic non-malignant pain patients.* Thesis for the Doctor of Medical Science degree, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, 2006.
- ²² Breivik, H, (2007-2009) *Smertelig og kostbart – Helseøkonomiske aspekter av langvarig smerte.* Masteroppgave i helseøkonomi og ledelse, Universitetet i Oslo
- ²³ Norsk Smerteforening.no, rapport fra styret til generalforsamling: <http://norsksmerteforening.no/documents/RapportFraStyretTilGeneralForsam2009.pdf>

Pain Proposal er et initiativ på europeisk nivå, støttet og initiert av Pfizer (unrestricted fund) og utarbeidet av en gruppe europeiske eksperter innen feltet kronisk smerte.

