

Smärtläkare undrar:

## Varför är ni rädda för oss?

**Då smärtlindring sedan tre år är en egen klinisk specialitet borde Svenska läkare-ologiska förening (Slaf) upptas som sektion inom Svenska läkarsällskapet. Därmed skulle skapas en multidisciplinär plattform för smärtläkare från olika specialiteter för att tillgodose patienternas krav på god smärtlindring.**

Sedan 1996 är smärtlindring (algologi) en medicinsk specialitet i Sverige [1], i likhet med vad som gäller i bl a Tyskland och många amerikanska delstater. Ca 70 specialister har hittills godkänts av Socialstyrelsen i enlighet med den nya målbeskrivning som fastställts. Fler än hälften har icke-anestesiologisk bakgrund.

Vid 1998 års fullmäktige i Svenska läkarsällskapet fick emellertid Svenska läkare-ologiska förening för and-

ra gången nej på hemställan att upptas som sektion i sällskapet, trots tillstyrkan från dess nämnd och övervägande positiva remissyttranden. Särskilt negativa var enligt uppgift företrädare för Svensk förening för allmänmedicin, vilket är förvånande, då en av algologens viktigaste uppgifter är att stödja allmänläkarna i deras tunga arbete med de svårbehandlade smärtpatienterna.

### Irrelevant invändning

Ett argument som framförts emot bildandet av en sektion för specialiteten Smärtlindring inom Svenska läkarsällskapet har varit oron för »atomisering» av läkarvetenskapen – att det skulle utvecklas specialiteter kring varje symptom: smärta, sömn, feber etc. Vi förstår denna oro, men vi anser inte att invändningen är relevant när det gäller smärtlindringsspecialiteten. Skälen är följande:

Smärta och smärtlindring har en särställning genom dess synnerligen stora betydelse för den enskilde patienten och för sjukvården, både ur kvantitativ och kvalitativ synvinkel. Smärtproblem är mycket vanliga. Enligt flera oberoende epidemiologiska undersökningar tycks 30–40 procent av befolkningen ha någon form av långvarig smärta. Vad värre är, hela 7–12 procent av alla människor har ett stort vårdbehov på grund av sin smärta [2].

Det rör sig alltså om en folksjukdom, med betydligt högre frekvens än t ex diabetes, hypertoni eller andra i befolkningen vanliga sjukdomar. Detta vårdbehov blir ofta inte tillgodosett, faktiskt ej heller under pågående sjukhusvård. Det är klart visat att en påtaglig underbehandling av smärta är mycket vanlig än idag [3].

### Förbättrad vårdkvalitet

Många förbättringar kan göras inom detta område, ibland med enkla medel, t ex regelbunden mätning av akut smärta med skattningsinstrument för att säkerställa effekt av given behandling [4]. Att en satsning på bättre smärtlindring lönar sig ur patientens synvinkel framgår av enkätstudier som visat att god smärtlindring är den faktor som bäst korrelerar med en patients upple-

*”Det rör sig alltså om en folksjukdom, med betydligt högre frekvens än t ex diabetes, hypertoni eller andra i befolkningen vanliga sjukdomar. Detta vårdbehov blir ofta inte tillgodosett, faktiskt ej heller under pågående sjukhusvård. Det är klart visat att en påtaglig underbehandling av smärta är mycket vanlig än idag.”*

velse av en hög vårdkvalitet [5]. Långvarig neurogen smärta upplevs ibland av ryggmärgsskadade som ett värre livskvalitetsproblem än rörelsehindret [6].

Obehandlad smärta leder till ett stort mänskligt lidande med medicinska, psykologiska och sociala komplikationer, och på grund av resulterande aktivitets hinder mycket stora kostnader för individ och samhälle. Besvär (värk) från rörelseorganen utgör den vanligaste orsaken till sjukpension i Sverige.

Ett stort behov finns att utveckla en förbättrad struktur i arbetet med smärtlindring, med ett bättre samarbete specialiteterna emellan. Också inom forskningen är det nödvändigt att samarbeta över specialitetsgränserna, för att utveckla effektivare behandlingsmetoder.

### Multidisciplinära frågor

Smärtlindringfrågorna »ägs» inte av en enskild specialitet. Historiskt har anestesiologerna dominerat i antal, både nationellt och internationellt, bland de kolleger som arbetar hel- eller deltid vid de särskilda smärtkliniker som inrättats under de senaste åren.

Anestesiologerna gör en mycket viktig insats när det gäller svåra fall av akut- och cancerrelaterad smärta, och även för patienter med olika typer av kronisk smärta. Deras insatser kan dock inte täcka större delen av smärtplanoramat.

När det gäller långvarig smärta av



### Författare

Styrelsen för Svenska läkare-ologiska förening:

**BENGT SJÖLUND**

ordförande, specialist i neurokirurgi och rehabiliteringsmedicin

**STAFFAN ARNÉR**

ledamot, specialist i anestesiologi

**TORSTEN GORDH**

ledamot, specialist i anestesiologi

**PER HANSSON**

vetenskaplig sekreterare, specialist i neurologi

**ANNIKA HÄSSLER**

kassör, specialist i allmänmedicin

**CLAES MANGELUS**

sekreterare, specialist i anestesiologi

**CLAS MANNHEIMER**

vice ordförande, specialist i internmedicin och kardiologi

**LENNART RABOW**

suppleant, specialist i neurokirurgi; samtliga tillika specialister i smärtlindring.

**ANNONS**

ickemaligna genes, är det övertygande fastslaget att smärtklinik måste bedrivas multidisciplinärt, med insatser från t ex rehabiliteringsmedicin, psykiatri, neurologi/neurokirurgi, klinisk neurofysiologi, allmänmedicin, och relevant »organspecialitet» (ortopedi, urologi, gynekologi, onkologi, internmedicin etc).

Smärtproblemet är alltså en viktig fråga för många kliniska specialiteter. För att uppnå kliniska, vetenskapliga och organisatoriska framsteg inom smärtbehandlingen är det nödvändigt att samla de intresserade smärtspecialisterna från respektive specialitet i någon form av gemensamt, multidisciplinärt forum [7].

### Egen specialitet

Denna insikt, dokumenterad i Socialstyrelsens utredning »Behandling av långvarig smärta» [8], ledde fram till att smärtlindring efter regeringsbeslut etablerades som en egen medicinsk specialitet från 1996. Specifierade utbildningsmål finns, med krav på kunskaper att självständigt genomföra såväl smärtdiagnostik som smärtlindring, inefattande teoretisk och praktisk utbildning utöver en tidigare specialistkompetens i en klinisk grundspecialitet.

För närvarande är vi ca 70 läkare i Sverige som innehar specialistkompetens i smärtlindring. Det handlar alltså om en relativt stor specialistgrupp, och vi har rimligen bara sett början på denna utveckling.

Det är viktigt att hålla i minnet att smärtlindring är en påbyggnadsspecialitet – man kan alltså ej vara endast smärtspecialist, utan måste inneha specialistkompetens i annan klinisk disciplin. (Motsvarande gäller bl a de tidigare etablerade specialiteterna klinisk näringslära och neuroradiologi).

### Skall inte »sväva fritt»

Detta förhållande kommer att leda till att t ex anestesologen, psykiatern eller allmänläkaren som arbetar på en smärtklinik på hel- eller deltid, kommer att fortsätta att vara anestesilog, psykiater respektive allmänläkare, och dessutom smärtläkare, och inneha dubbel-specialitet.

De berörda kollegerna kommer, enligt vår bedömning, inte att lämna sin grundspecialitet utan även fortsättningsvis vara medlemmar i sina »ursprungliga» fackliga och vetenskapliga sammanslutningar. En stark förankring i moderdisciplinen kommer att vara en viktig förutsättning för att smärtlind-

ringsspecialiteten inte skall »sväva fritt», och vi tror att de allra flesta smärtläkare resonerar så.

Vi ser således inte den nya påbyggnadsspecialiteten som en splittrande faktor gentemot ursprungsspecialiteten, utan i stället som ett nödvändigt enande forum för dem som oberoende av grundspecialitet vill ägna sig åt smärtlindring som huvudsaklig verksamhet.

### Ny specialitet nödvändig

Det är inte möjligt eller realistiskt att samla alla smärtkliniskt verksamma kolleger från olika discipliner inom någon av de befintliga »traditionella» specialiteterna. Det är inte sannolikt att den smärtprofilerade allmänläkaren, neurologen eller psykiatern skulle känna sig hemma inom exempelvis Svensk förening för anesthesiologi och intensivvård.

Det var därför nödvändigt att samla företrädarna för smärtklinisk verksamhet i en egen påbyggnadsspecialitet, för att kunna uppnå god arbetsorganisation, utbildningsstruktur och även tillräcklig status åt detta viktiga område, som tidigare på många sätt varit eftersatt. Den förening som representerar dessa smärtspecialister är Svenska läkares algologiska förening, grundad 1995, för närvarande med ca 300 medlemmar.

### Akademisk förankring

Algologin har vidare en självständig akademisk förankring och framtoning i Sverige. Detta tydliggörs särskilt av att det sedan 1988 finns en professur i ämnet klinisk smärtforskning vid Uppsala universitet, placerad vid Akademiska sjukhuset (innehavare är Erik Torebjörk).

Ämnesområdet gavs ytterligare möjlighet att akademiskt befästas då det under 1995–1998 fanns ett delat universitetslektorat i klinisk smärtforskning vid Karolinska institutet/Forskningsnämnd Nord, där båda tjänsteinnehavarna var placerade vid Karolinska sjukhuset (innehavare: Björn Meyerson och Per Hansson). En vidare satsning på akademiska tjänster inom ämnesområdet är sannolikt att vänta.

### En rad utbildningar

Flera universitets- och högskoleanknutna utbildningar ges regelbundet inom ämnesområdet. Den mest omfattande, 40 poäng, ges som sk fristående kurs vid Karolinska institutet. Kursen behandlar området från dess neurobiologiska förklaringsmodeller via diagnostiska entiteter till multidisciplinära

behandlingsstrategier.

Vid Göteborgs universitet ges en 10-poängskurs med ett innehåll som fokuserar på den multidisciplinära handläggningen av långvarig smärta. Vid Malmö högskola ges en 10-poängskurs i smärta och rehabilitering. Universitetsanknutna kurser om 5–10 poäng ges bl a vid Karolinska institutet och Uppsala universitet.

Vid KI erbjuds också en klinisk smärtkurs sedan höstterminen 1998 som en valfri period om 1 poäng (= en kursvecka) på läkarlinjens sista termin. Avsikten är att etablera ämnet som en del i det obligatoriska utbudet inom grundutbildningen.

### Öronmärkta insatser

Vidare har Medicinska forskningsrådet en för smärtområdet associerad planeringsgrupp som kontinuerligt inventerar ämnesområdets utveckling nationellt och, vid behov, äskar öronmärkta insatser från MFR. Den multidisciplinära sammansättningen av gruppen minimerar risken att betydelsefulla utvecklingslinjer missas.

Eftersom smärtlindring är en egen klinisk specialitet anser vi det vara betydelsefullt att specialiteten genom Slaf även får plattform som sektion inom Svenska läkaresällskapet för att på lika villkor kunna fungera i det medicinska samfundet, och därmed bättre kunna tillgodose patienternas rättmätiga krav på god smärtlindring.

Vi är inte farliga men rätt använda, till god nytta!

### Referenser

1. Socialstyrelsen. Läkares specialiserings-tjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm, 1996.
2. Brattberg, G. Selecting patients for pain treatment: applying a model to epidemiological data. Clin J Pain 1990; 6: 37-42.
3. Arnér S, Killander E, Westerberg, H. Dåligt ledarskap bakom dålig smärtvård. Medicinsk revision av cancersmärtvård. Läkartidningen 1999; 96: 33-6.
4. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. Pain 1994; 57: 117-23.
5. Rawal N, Hylander J, Nydahl PA, Olofsson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand 1997; 41: 1017-22.
6. Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 1433-9.
7. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain 1992; 49: 221-30.
8. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig

Replik:

## Allt fler och mindre sektioner ingen önskvärd utveckling

Enligt inlägget ovan påstås att Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) var särskilt negativ till algologernas ansökan om att bli egen sektion inom Läkaresällskapet. Enligt vårt remissvar »bifaller vi inte att Svenska läkares algologiska förening upptages som sektion i Svenska läkaresällskapet».

Några ytterligare kommentarer medföljde inte remissvaret. Detta har alltså uppfattats som särskilt negativt. Korta tydliga svar utan medföljande motivering till avslag är underbara men kan ge utrymme för fria fantasier från den besvikne läsaren.

Även om nämnden var positiv till att ni skulle bli sektion var deras beslut inte förankrat bland alla sektioner, vilket alltså framkom vid fullmäktigemötet. Majoriteten i fullmäktige är inte allmänläkare. Vad allmänläkarna tycker eller skriver i remissvar väger sällan tyngre än vad andra sektioners remissvar gör när nämnden fattar beslut, trots att vi utgör den största sektionen inom Svenska läkaresällskapet.

### Imponerande aktivitet

Det är självklart att även allmänläkarna är i behov att delta i en utveckling av kunskaper om smärta och dess behandling och vi välkomnar den aktivitet som ni har. Det är imponerande att ett ämne med 70 specialister både har en professur och universitetslektor.

Som jämförelse är de resurser som allmänmedicin erhållit betydligt sämre. Med över 4 000 specialister finns endast 6 professorer och omkring 10 universitetslektortjänster i ämnet. Det känns som vi borde kunna lära oss något av er i den frågan.

### Risk för atomisering

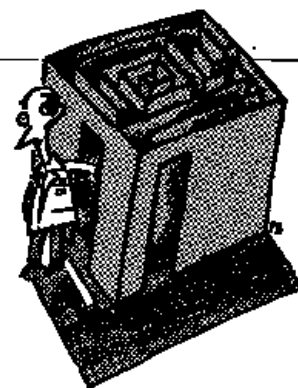
Vi är oroade över den tendens till bildande av allt fler och mindre sektioner som finns. Med de stadgar som gäller för Läkaresällskapet, där varje sektion är representerad på fullmäktige, riksstämman osv hotar det att leda till en atomisering av såväl sällskapets beslutande organ som läkarstämman.

För att undvika att medicinen sönderhackas vore det kanske önskvärt att

i stället små sektioner slog sig samman och bildade större enheter, eller att om en ny sektion bildas en annan sektion upphör – om det nu är realistiskt. Inom SFAM liksom inom t ex Svensk kirurgisk förening finns subgrupper inom respektive sektion med intresse för att kunskapsutveckla och informera inom ett visst medicinskt område.

Skillnaden mellan att vara associerad förening och sektion är den att en sektion har tillträde till styrelserum och deltar i fullmäktigebeslut, vilket är – jag medger – en väsentlig skillnad.

*Margareta Söderström*  
docent, vetenskaplig sekreterare,  
Svensk förening för allmänmedicin



**enligt  
min  
erfarenhet**

### Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till världens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av  
Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med  
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:  
08-20 76 19