

ligen respektive 1 000 IE till barn. Nu finns också vitamin-D i oljelösning, som är ett utmärkt alternativ.

Hur ska man se på detta på ett pragmatiskt sätt? Risken för toxiska doser är minimal. Att hålla på och ta prov när »alla« har brist är slöseri. Jag vill betrakta mörk hy så långt norrut som i Sverige som ett handikapp som ger brist på vitamin D, och i förlängningen ökad sjuklighet. Därför bör alla mörkhyade rekommenderas kosttillskott, lämpligen motsvarande 2 000IE/dygn, vilket enkelt uppnås genom att ta 5 ml D-vitaminolja ACO per vecka. Om man vistas mycket i sol kan man minska tillskottet på sommaren. Vitamin-D i oljelösning inhandlas receptfritt på Apoteket. Ett alternativ är Kalci-pos-D-Forte, 2 tabletter dagligen, speciellt om det råder brist på kalk i kosten.

Finns andra risker? En patient (65-årig kvinna) i den undersökta gruppen hade skyhögt PTH och högt kalcium förutom lågt vitamin D₂₅-OH, och har alltså även primär hyperparatyroidism. Detta hade jag inte hittat utan provtagning. I princip skulle det ju räcka med att kolla kalcium för att utesluta hyperparatyroidism. Likaså är patienter med njurinsufficiens eller sarkoidos inte självklara att behandla.

Som kuriosum kan nämnas att nu i början av februari kontrollerade min kollega, som är född i Eritrea, friluftsmänniska och i Sverige inte skyr sol, sina värden som visade brist på vitamin D och förhöjt PTH.

Slutsats: Det är dags att rekommendera generell tillförsel av vitamin D som profylax. Att ha mörk hy i Sverige är ett handikapp men ska inte ses som en sjukdom. Fundera också på om motsvarande råd bör ges till sjukhemspatienter och andra innesittare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Läkarstudenter behöver kunskap om långvarig smärta



■ Frågar man de svenska universitet som har läkarutbildning hur mycket man undervisar i ämnet långvarig (kronisk) smärta, får man knapphändiga svar som är svåra att både tolka och redovisa, då man inte skiljer på akut respektive kronisk smärta. Dessa två företeelser har emellertid avsevärda och avgörande olikheter som kräver olika yrkeskompetens. Sammanblandning av de två huvudtyperna av smärta kan i värsta fall vara deletär men kan åtminstone vara upphov till fel, riskabel eller onödig behandling, missnöje och stor frustration hos såväl läkare, patienter som anhöriga samt höga kostnader för samhället.

I en tidigare debattartikel i LT 35/2009 (sidorna 2108-9) diskuteras huruvida till exempel elitidrottare med långvarig smärta ska behandlas kirurgiskt. I en annan debattartikel (LT 44/2009, sidorna 2865-6) konstateras att artroskopi inte är meningsfull vid knäledsartros. Sambandet mellan artros och långvarig smärta har också ifrågasatts, men alternativ till numera rutinmässiga ledplastiker har inte lyfts fram.

Akut smärta är nervsystemets fysiologiska reaktion på många olika sjukdomstillstånd i alla organsystem under de första tre månaderna. Utredningen startas med en vanlig läkarundersökning.

Långvarig smärta med över tre månaders duration är mycket vanlig i befolkningen, ungefär dubbelt så vanlig som akut smärta vid varje tidpunkt. Prevalenser för kronisk smärta som redovisas ligger oftast mellan cirka 10 och 40 procent av befolkningen beroende på hur man mäter.

I en generell patientpopulation är andelen med långvarig smärta ännu större. En enkel

enkät som undertecknad gjort i samarbete med apoteket visade att hos individer som lämnade in recept på apotek (och därmed hade haft kontakt med sjukvården) under en viss tid var förekomsten av långvarig smärta cirka 70 procent. Är det då inte motiverat att ämnet ingår i läkarutbildningen?

När man kommer ut från läkarutbildningen träffar man genast ett stort antal patienter med långvarig smärta på vårdcentraler och akutmottagningar. Skulle det då inte vara bra att ha fått utbildning så att man vet vad kronisk smärta är, hur det ska utredas och behandlas?

Intervjuar man läkarkandidater om kronisk smärta förstår man att läkarutbildningen ses som en grund att stå på, då man går igenom organsystem för organsystem, och att kronisk smärta är mindre intressant eftersom det uppfattas för komplext för en grundutbildning.

Undertecknad fick direkt efter läkarexamen 1981 möta ett tiotal patienter med kronisk smärta den första veckan på en vårdcentral. Handledaren tillfrågades om hur dessa skulle handläggas. Denne kunde inte svara, så jag blev hänvisad till länsdelssjukhuset. Överläkaren på medicinkliniken kunde heller inte svara, så jag blev hänvisad till neurologkliniken på universitetssjukhuset där ett par docenter hade skrivit avhandlingar i ämnet.

Redan andra veckan efter min läkarexamen tog jag kontakt med dessa, som heller inte kunde svara, men de föreslog mig som medlem i en internationell organisation för smärforskning, IASP (International Association for the Study of Pain). Jag började läsa litteratur jag

kom över i ämnet och åkte på studiebesök till alla smärtkliniker jag kunde i Sverige och USA. Pratade och diskuterade med alla auktoriteter jag fick kontakt med, och det blev ganska många. Gick så många amerikanska CME-godkända smärtutbildningar för anestesiloger och rehabiliteringsmedicinare jag hann. Den intressantaste kursen visade sig vara en utbildning år 1986 på Long Island, New York, där den då mer än 80 år gamla professor Janet Travell var lärare. Det var hennes sista kurs, hon kunde inte komma året efteråt. Min uppfattning om dessa kurser var att man lärde sig att tillämpa de kunskaper i embryologi, anatomi, patologi, psykologi, kemi och inte minst fysiologi som ingår i den ordinära läkarutbildningen.

Min övertygelse var att det jag såg i USA då skulle vara rutin i Sverige femton år senare, det vill säga omkring år 2000. Nu är det 2010, och det har inte hänt mycket. Vid en svensk forskarkongress nyligen framförde man som nyheter tesar som jag uppfattat var självklara redan i slutet av 1960-talet i USA och som ingick i min egen läkarutbildning i Uppsala på 1970-talet.

Undertecknad hävdar att behandling av kronisk smärta är spännande och meningsfull, att man kan få de flesta kroniska smärttillstånd att läka ut med hjälp av den prekliniska kunskapsmassa som ingår i alla läkares grundutbildning samt att läkarstudenter har rätt att få veta hur man gör med denna stora patientgrupp.



Tomas Ekström
leg läkare, specialist i smärtt lindring och internmedicin, Smärtkliniken, Piteå
tomas@ekstrom.com