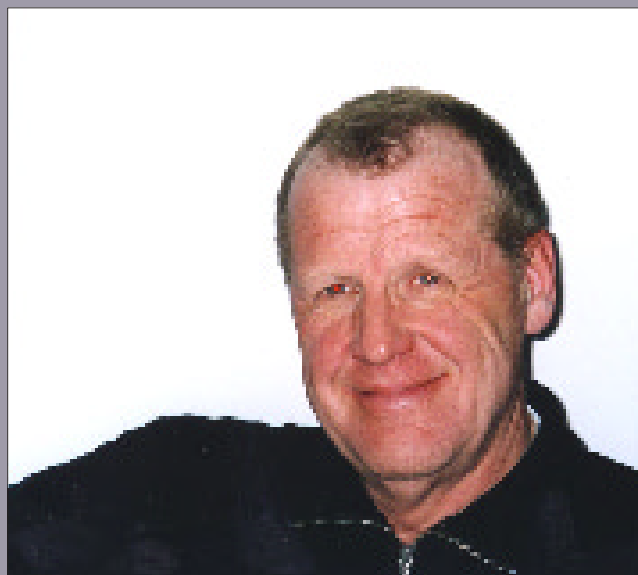


Jan Lidbeck

Med dr Jan Lidbeck är överläkare och sektionschef på Smärtrehab (smärtrehabiliteringssektionen) på Helsingborgs Lasarett. På Smärtrehab finns även en mottagning för smärtdiagnostisk bedömning. Patienter med långvarig, svårbehandlad smärta, mest i rörelseapparaten, kommer på remiss från lasarettet eller öppenvården. Majoriteten av patienterna remitteras sent i sin smärtproblematik. Det är inte sällan de haft sin smärta mellan ett och fem år. Bakom sig har de då i regel många utredningar med långa väntetider.

– Kanske finns det en ovilja mot att remittera till smärtspecialister? Men förmodligen beror det på att få känner till att det idag finns en egen smärtspecialitet, säger Jan Lidbeck.

På Helsingborgs Lasarett finns det även en "systerklinik", en smärtenhet som behandlar inläggande smärtpatienter, akut smärta, neurogen smärta och cancerrelaterad smärta, vilka de övriga klinikerna haft problem med att smärtlindra.



PATIENTER – ställ krav på god smärtvård!

– En stor del av befolkningen har långvarig smärta och ungefär sju procent av dem får bestående smärta med rörelsehinder. Många av dem slussas onödigtvis runt i remissystemet, ofta missförstådda och kränkta, säger Jan Lidbeck.

Han tillhör dem som under många år haft bestämda åsikter om smärtvården och omhändertagandet av patienter med långvarig smärta.

Ingen vet hur många smärtmottagningar det finns i Sverige. För att få reda på det måste man ringa runt till varje lands-ting. Det gjorde Jan Lidbeck och därefter sände han ut en enkät för att få en bild över hur smärtvården på länssjukhusen (centrallasaretten) såg ut. Resultatet blev nedslående. Om man undantog storstäderna Stockholm och Göteborg så hade endast en av fem byggt upp en smärtmottagning enligt socialstyrelsens rekommenderade riktlinjer "Behandling av långvarig smärta"; SoS 1994:4. Enligt rekommendationerna som kom redan 1994 ska det på varje större länssjukhus finnas en multidisciplinär smärtmottagning med minst två läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och kurator. Dessutom ska det finnas tillgång till regelbunden psykiaterkonsult samt rehabiliteringsme-

dicinska team med kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning.

Socialstyrelsen gick endast ut med rekommendationer till landstingen, inga krav. Det bedrevs inte heller någon information riktad till sjukvårdens huvudmän om hur modern smärtvård skulle vara organiserad. Enligt Jan Lidbeck står detta i stark kontrast till hur myndigheten Socialstyrelsen valt att driva på, då det gällt förbättrad vård av till exempel kranskärllssjukdomar. Där har man gått ut med riktlinjer för att förmå landstingen att bygga upp laboratorier med kärldrönten för att patienter med hjärtinfarkt snabbt ska få effektiv vård.

– I mörka stunder föreställer jag mig, att den låga status som smärta och smärtvård har i samhället påverkar myndigheters synsätt och prioriteringar, säger Jan Lidbeck.

Han finner möjliga förklaringar, i negativa attityder till smärtpatienter och smärtvård, avsaknaden av tidigare smärtutbildning för läkare, dålig kunskap om moderna smärtvårdsmöjligheter, samt det faktum att smärta har låg professionell status inom medicinen.

Att intressera sig för fibromyalgi, har enligt större enkätundersökningar, lägst status bland läkare. Det är de sämsta man som läkare kan hålla på med!

– Till och med behandling av alkoholister med skrumplever anses vara finare.

Lågstatusyrke

– Att smärtvård har låg status kan av tradition även bero på att smärta anses vara "bara" ett symptom. Vi läkare är utbildade att se symtom som tecken på något annat viktigt, en bakomliggande sjuk-

dom. När den behandlas försvinner symtomet. Men det gäller inte våra patienter med fibromyalgi, whiplashsyndrom eller annan kronisk nack-skulderproblematik. Om man inte finner någon med vanliga metoder påvisbar sjukdom som förklarar smärtan, är den inte intressant. Snarare väcker det doktors ångest av att vara otillräcklig eller hjälplös. Många öppenvårdsläkare ställs ofta inför denna problematik. Jag tror det är en orsak till dagens omskrivna utmattningssyndrom hos läkare. Men framför allt far patienterna illa. Följden blir att exempelvis fibromyalgi mer eller mindre av hävd har betraktats som ett psykosomatiskt tillstånd, där läkare ensidigt lagt betoningen på, att fibromyalgi skulle vara "psykiskt" betingat.



– Mitt råd till fibromyalgipatienterna är att de borde ena sig i ett starkt förbund för att få politiskt inflytande.

Modern smärtforskning har visat på andra väsentliga förklaringsmekanismer som störningar i det centrala nervsystemets smärtreglering, så kallad central sensitisering och störd central smärthämning, vilket idag objektivt kan fastställas vid klinisk undersökning.

Attitydförändring

Mycket tack vare Linköpingsgruppen, med K-G Henriksson, Chris Henriksson, Ann Bengtsson och Jan Sörensen i spetsen, har attityden till smärtsyndrom och fibromyalgi förändrats under de senare år. Framför allt har en del yngre läkare påverkats och ändrat uppfattning.

– Idag har vi en kö av yngre läkare som vill komma till vår klinik för att vidareutbilda sig. Det är glädjande och det är till dessa unga förmågor vi "gamla smärtläkare" ställer vårt hopp.

Bekräftelse

– Reumatoid artrit är en dokumenterad sjukdom där patienterna blir bekräftade av sjukvården på ett helt annat sätt än patienter med en osynlig smärtproblematik. Men enligt signaler jag fått tycker vissa reumapatienter att den traditionella vården ibland är alltför inriktad på fysiska funktionsnedsättningar och glömmar smärtlidandet med alla dess negativa följder. Detta kan vara något för reumatologerna att tänka på inför framtiden.

När det gäller fibromyalgi har dessa patienter inte bekräftats på samma sätt av sjukvården. Det är paradoxalt för mig, att jag för 15 år sedan faktiskt utbildade läkare i att de inte skulle ta ordet fibromyalgi i sin mun. Jag trodde då att fibromyalgi inte fanns! Om man talade om för patienten att hon hade fibromyalgi, så blev hon ännu sjukare och man "band man henne då i sjukrollen". Smärtlidandet var en "somatisering" det vill säga det ansågs vara inre psykiska konflikter som "ikläddes kroppslig form", alltså en dold psykisk störning som patienten "uttryckte som smärta". Detta var vanligt språkbruk på 80-talet, som även jag föll offer för. Efter drygt 10 år som smärtläkare har jag idag en annan bild av problematiken.

Jan Lidbeck anser att modern smärtforskning har visat att de psykologiska störningar man ofta ser hos fibromyalgipatienter är en följd av smärtlidandet och förlorad livskvalité och att detta gäller för majoriteten av patienterna. Emotionella störningar beror även på det sorgearbete och den livskris som patienterna går igenom när hon inser, att livet inte kan bli som det var förut, att det gamla måste lämnas.

Kunskapsbrist

För att bringa ljus över okunskapen om smärtvården har den svenska smärtläkarföreningen, Svenska läkares algologiska förening (SLAF), på olika sätt framfört till universiteten att man ska lägga in en särskild smärtkurs i läkarnas grundutbildning. På Karolinska Institutet och på Sahlgrenska Universitetssjukhuset är sådan utbildning hyggligt

tillgodosedd, men knappast på övriga universitetsorter.

Problemet är att en sådan ny smärtkurs måste konkurrera med all annan ny kunskap på begränsat utrymme, eftersom läkarutbildningen inte kan göras hur lång som helst. Jan Lidbeck framhåller att det är en fråga om prioriteringar och vilja. Om man inser att smärta faktiskt är det största problemet i öppenvården, i varje fall om man ser till besöksstatistik och vårdtyngd, så borde det vara lätt för universiteten att bestämma sig.

Historien upprepar sig

– Problemet med smärtvården, som jag som smärtläkare ser det, är att man velat skilja den från den vanliga sjukvården. Det finns en slags ovilja från myndigheters och politikernas sida att se smärta som ett medicinskt problem. Man fokuserar på sjukskrivningstal och frågan om smärtvården blir då endast ett ekonomiskt-politiskt problem, anser Jan Lidbeck.

Det är mycket sällan det talas om hur mycket lidande och förlorad livskvalité långvarig smärta kostar patienten. I dagens diskussion om höga sjuktal tror man att man löser smärtproblematiken i samhället genom införande av fler karensdagar och att man talar om för läkarna att de inte får sjukskriva smärtpatienter, så kallad "försäkringsmedicinsk utbildning". Detta sätter bara ökad press på en redan svag patientgrupp och leder till snabbare utslagning av de långvarigt smärtsjuka. Man kommer inte närmare problemets lösning.

– Politiker tycks idag även ha glömt historien, fortsätter han. 1989 kom nämligen



– Kraven måste komma underifrån, från patientföreningarna för att det ska bli en förändring för smärtmottagningarna.

den första rehabiliteringsutredningen som ett svar på de många långtidssjukskrivna med svårbehandlad smärta. Försäkringskassorna fick Dagmarpengar och det var politik och ekonomi som styrde.

Vi som arbetade i den specialiserade smärtvården och hade kunskaperna, blev sällan tillfrågade. Försäkringskassorna köpte sedan okritiskt smärtrehabilitering från olika kliniker av blandad kvalitet. Till och med från kliniker utan läkare, där man inte ens ställde smärtdiagnos för att bedöma om det till exempel handlade om mekanisk, neurologisk smärta eller om smärta orsakad av störningar i centrala nervsystemet. Allt kallades "Ryggrehabilitering". Man hade inte kunskaperna och försäkringskassan efterfrågade den inte. Ofta användes ensidiga och felaktiga fysiska träningsprogram, vilka fick till följd att många fibromyalgi- och whiplashpatienter försämrades och slogs ut helt. På så vis bidrog staten, i en egenomtänkt satsning för att spara pengar åt den gemensamma kassan, till att många patienter försämrades och tvingades till sjukpension. För mig är detta en vårdpolitisk skandal som tystats ner. Smärtrehabiliteringen, i detta större perspektiv, har som jag ser det, på ett otillbörligt sätt styrts av stadsmakten.

Jan Lidbeck påpekar att vi har samma diskussion idag, fast nu handlar det om stress och utmattningssyndrom, varav många dessutom med långvarig smärta.

Bota och lindra

Alla har rätt till samma behandling



– Vilket liv det skulle bli om reumatikervården prioriterades på samma sätt som smärtsjukvården.

och vård, oberoende av vem och vad man är, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Men till smärtrehabilitering, bekostad med statliga Dagmarmedel, har ålderspensionärer och arbetslösa sjukskrivna tidigare inte varit välkomna. Jan Lidbeck menar att man valt att blunda för denna viktiga vårdetiska diskussion. Den har varit oläglig och stört samhällets ambition att spara in sjukskrivningspengar. Idag ges inget särskilt samhällsstöd via Dagmarmedel till medicinsk smärtrehabilitering, där målet är minskat smärtlidande och ökad livskvalitet, vilket även är målen för sjukvården enligt HSL. Men om man istället marknadsför det som "arbetslivsinriktad rehabilitering" och noga betonar att målet är arbetslivsättergång, vilket naturligtvis är För-

säkringskassans mål, då kan man få Dagmarpengar från staten.

– För den vanliga vården kan förstahandsmålet aldrig vara arbetslivsättergång, även om det naturligtvis är viktigt. Förstahandsmålet måste vara reducerat smärtlidande och ökad livskvalitet. Annars bryter vi mot HSL. Inte heller denna problematik har diskuterats av regering eller riksdag.

– 90-talets kris har visat, att om det saknas pengar i statskassan så tummar man gärna på sjukvårdsetiska regler och gör ekonomiskt påverkade tolkningar av Hälso- och sjukvårdslagen, i varje fall när det gäller smärtvård och rehabilitering.

Jan Lidbeck anser att det i princip var fel att avveckla företagshälsovården på 90-talet. Detta är en av förklaringarna till det snabbt ökade antalet sjukskrivningar efter 1995. Men han menar att det trots allt är positivt att man nu skall satsa på företagshälsovården igen.

– Jag tycker naturligtvis att det är bra om försäkringskassan får ökade resurser att engagera sig på nytt i smärtvården. Men det måste vara smärt- och rehabiliteringsspecialisterna som talar om hur det skall göras. Ekonomiskt beroende till Försäkringskassan skapar bara problem. Resurserna till smärtrehabiliteringen måste tillföras från landstingen, eventuellt via Dagmarmedel. Med en kompetent medicinsk smärtvård, i bra samarbete med Försäkringskassan, är arbetslivsrehabilitering ett viktigt andra mål. Ökad livskvalité kan vara arbete. Men hittills har man missat att det inte fungerar om man inte får sova en hel natt eller om man måste ta 20 värktabletter dagligen för att kunna orka med jobbet!



– Vi botar sällan långvarig smärta. Våra mål är minskat smärtlidande, ökad smärtkontroll, förbättrad funktion och ökad livskvalité.