

Motion till riksdagen
2006/07:Ub259

av **Christer Nylander och Anita Brodén (fp)**

Smärta

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om utbildning inom smärta.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anføres om rehabiliteringen av smärtpatienter.¹

¹ Yrkande 2 hänvisat till SfU.

Fel! Okänt namn på

Motivering

Var fjärde svensk lider av smärta. Ofta rör det sig om en långvarig kronisk smärta. Många söker inte vård, men vad som är än värre är att många av dem som söker vård inte får den vård de behöver. Det finns framför allt två skäl till varför smärtpatienter inte alltid får den vård de behöver. Det ena är att kunskaperna kring nya vårdmetoder inte är tillräckligt spridda inom framför allt primärvården. Det andra är bristen på rehabiliteringsplatser.

Socialstyrelsen utformade 1994 ett antal rekommendationer gällande smärtvården. Bland annat rekommenderade man att varje länssjukhus skall ha multidisciplinära smärtmottagningar med minst två läkare som delvis arbetar med smärtrehabilitering och tillgång till sjukgymnaster och personal med psykosocial kompetens. Så är långtifrån fallet överallt i Sverige.

Patienter med smärta är den patientgrupp som upplever den lägsta livskvaliteten av alla patienter i vården. De rapporterar till och med en lägre livskvalitet än personer med terminal cancersjukdom. Bakgrunden till det senare är troligen att personer med smärta upplever att samhället och sjukvården inte tar deras problem och sjukdom på tillräckligt allvar. Enligt smärtläkare Jan Lidbeck (DN den 4 mars 2004) uppger så många som hälften av hans patienter att de har blivit kränkta eller bemötts nedlåtande på grund av sin sjukdom. Vittnesmålen om patienter som under år snurrat runt i sjukvården utan att få smärtdiagnos eller vård är alltför vanliga. Enligt en undersökning från patientorganisationen Svenska Smärtföreningen och Apoteket AB visade det sig att av 3 000 tillfrågade hushåll led var sjätte svensk av långvarig smärta, men endast var fjärde individ hade remitterats till någon smärtklinik.

Det är lätt att sjukdomar som kronisk smärta, reumatism, fibromyalgi och många andra kroniska, men ej omedelbart livshotande sjukdomar, inte prioriteras i tillräckligt hög grad i vården. Detta sker på grund av att de ofta inte kräver direkt medicinsk behandling utan en mycket mer holistisk vård som inkluderar team av personer från många delar av vårdapparaten. I många fall rör det sig dessutom om att framför allt vårda det friska, inte att bota det sjuka, därför att det än så länge inte finns bra traditionell medicinsk behandling. Vinsten för samhället av en bra vård kring kronisk smärta och smärtsamma kroniska sjukdomar är däremot mycket stor. Huvuddelen av kostnaden finns inte inom sjukvården utan i att människor blir långtidssjukskrivna och dessutom i många fall behöver samhällsstöd i form av hemtjänst m.m. Den största förlusten gör dock den enskilde individen i form av minskad livskvalitet.

Det finns ett antal konkreta områden att förbättra i smärtvården och smärtrehabiliteringen. Det första området är utbildningen av läkare inom smärtområdet. Här bör regeringen utreda kvaliteten på utbildning om smärta på de svenska högskolorna vad avser både läkarutbildning och andra vårdutbildningar. Socialstyrelsen bör också granska om de krav som ställs på läkarexamen när det gäller utbildning i smärta är tillräckliga.

Det andra området är rehabiliteringsvården, dvs. utvärdering och framtagande av en långsiktigt bättre rehabilitering av smärtpatienter. I ett forskningsprojekt vid Lunds universitet har man pekat på att rehabilitering av

Fel! Okänt namn på

smärtpatienter är långt ifrån lyckosam. Forskarna konstaterade bl.a.: ”I analysen av 2002 års material har vi utvecklat ett scenario för olika profilgrupper av långtidssjukskrivna. En vanligt förekommande långtidssjukskriven individ i dagens Sverige är medelålders (31–45 år) och låginkomsttagare (150 000–200 000), med en muskulo-skeletal diagnos.” (Oftast ryggvärk, vår kommentar.) ”Sannolikheten för att en individ med den profilen ska få rehabilitering är 25 procent. Chansen att sjukskrivningen avslutas med återgång till arbete är då 36 procent. Chansen att individer med denna profil, utan arbetslivsinriktad rehabilitering, ska återgå till arbete efter en långtidssjukskrivning är 59 procent.”

Det är alltså uppenbart att den nuvarande formen av rehabilitering fungerar mycket otillfredsställande. Regeringen bör därför säkerställa att rehabiliteringsvården blir mer professionell och får tydliga uppföljningskriterier för att kunna arbeta bättre. En omständighet som smärtiläkare pekar på är att patienter skall kunna påbörja arbetslivsförlagd rehabilitering innan man fått en god smärtutredning. Fel ordning mellan återgång till arbetslivet och denna typ av undersökning och rehabilitering blir ofta helt kontraproduktivt.

Stockholm den 30 oktober 2006

Christer Nylander (fp)

Anita Brodén (fp)