

$\frac{\text{Effekt}}{\text{Bivirkninger} \times \text{pris}} = \text{Rationel Farmakoterapi}$

## Behandling af kroniske nonmaligne smerter – Hvordan kan nonfarmakologiske tiltag indgå i behandlingen?

Af Casper Larsen, Marie Lund, Marlene Øhrberg Krag og Simon Tarp, IRF, Sundhedsstyrelsen

Omkring 20% af den voksne befolkning har i større eller mindre grad kroniske smerter. Patienter med kroniske smerter oplever nedsat livskvalitet, familiemæssige og sociale problemer og udfordringer med at fastholde arbejds- og funktionsevne.

I 2015 var der i medierne en del debat om brugen af opioider i Danmark. Her advarede eksperter i smertebehandling om et alarmerende højt forbrug af opioider. I forlængelse heraf lavede Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen og Lægemiddelstyrelsen i 2016 en kortlægning af opioidforbruget i Danmark. Kortlægningen fokuserede på forbruget af opioider i primærsektoren blandt patienter med nonmaligne smerter, der var blevet behandlet med opioider i mere end seks måneder. Den viste, at forbruget af opioider i Danmark er markant højere end i de øvrige nordiske lande. I 2013 indløste knap 485.000 personer en recept på opioider, heraf var 35% i nonmaligne behandlingsforløb.

### IRF's indsats på smerteområdet

IRF har i 2017 fokus på smertebehandling. Det sker på baggrund af en

faglig bekymring over et højt forbrug af opioider, og fordi der i de kliniske miljøer efterspørges faglig vejledning om rationel smertebehandling. IRF samarbejder med specialister på smerteområdet samt med læger fra primærsektoren, som sammen med patienter med kroniske smerter er den primære målgruppe for initiativerne. Indsatsen består af:

- En artikelrække i månedsbladet Rationel Farmakoterapi om farmakologisk smertebehandling.
- Opdatering af anbefalingerne i Den Nationale Rekommandationsliste vedrørende lægemidler til brug ved smertetilstande.
- Afholdelse af fire kurser i smertebehandling i regi af IRF's generelle kursusudbud.

Nonfarmakologiske tiltag bør for alle patienter med kroniske nonmaligne smertetilstande være en central og integreret del af behandlingen. Derfor indledes artiklerien med en opsummering af anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), der omhandler nonfarmakologiske tiltag ved smertetilstande. Disse tiltag har til formål at bidrage til

bedre fysisk, psykisk og social funktion samt forbedring af søvn, også selv om patienten ikke nødvendigvis vil opleve færre smerter, men vil blive bedre til at håndtere egen sygdom. Tiltagene kan bl.a. omfatte fysisk træning, psykologiske interventioner, herunder kognitiv adfærdsterapi, sygdomsmestring samt patientuddannelse, afspænding og fysioterapi. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside findes de udgivne NKR i deres fulde længde. I artiklen berøres herudover kort relevante kommunale og regionale tilbud for patienter med kroniske smerter.

### Nationale Kliniske Retningslinjer

Emnerne, der behandles i Sundhedsstyrelsens NKR, er udvalgt på basis af indkomne emneforslag fra bl.a. videnskabelige selskaber og behandles i regi af faglige arbejdsgrupper nedsat af Sundhedsstyrelsen. Anbefalingerne fra NKR kan bruges som evidensbaseret beslutningsstøtte i specifikke kliniske situationer. NKR omhandler udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger og dækker derfor kun dele af et patientforløb. NKR klassificeres som faglig rådgivning, og anbefalingerne er så-

ledes ikke juridisk bindende. Det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig behandling. Det økonomiske perspektiv indgår ikke i udarbejdelsen af anbefalingerne i NKR.

NRK-arbejdsgrupperne formulerer op til ti klinisk relevante spørgsmål, som besvares på baggrund af en systematisk litteratursøgning og en efterfølgende vurdering af evidensen ved hjælp af metoden *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). GRADE er en internationalt anerkendt systematisk og transparent tilgang til vurdering af kvaliteten af evidens samt formulering af kliniske anbefalinger. En GRADE-baseret anbefaling tager udgangspunkt i evidensens kvalitet, balancen mellem effekt og skadevirkninger samt patientpræferencer. I situationer, hvor der ikke findes evidens, formuleres god praksis-anbefaling, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen. Du kan læse mere om den metodemæssige tilgang i NKR Metodehåndbogen.

### Anbefaling om nonfarmakologisk smertebehandling fra NKR

#### *NKR om generaliserede smerter i bevægeapparatet*

Generaliserede smerter i bevægeapparatet er en hyppig årsag til kontakt til almen praksis. Hovedparten af behandlingen af generaliserede smerter foregår i primærsektoren. Overordnet er målet med behandlingen at hjælpe patienten til optimal egenhåndtering af smerterne og forbedre patientens funktionsevne fysisk, psykisk og socialt.

#### Patientgruppe

Patientgruppen, omfattet i denne NKR, er voksne med vedvarende generaliserede smerter i bevægeapparatet af mindst 3-6 måneders varighed. Ved generaliserede smerter forstås, at smerterne er diffust udbredte

**Tablet 1.** Anbefalinger fra NKR om generaliserede smerter i bevægeapparatet.

#### Diagnosticering og udredning

- Det er god praksis at anse patienten med generaliserede smerter i bevægeapparatet for at være diagnostisk afklaret, når relevante differentialdiagnoser er udelukket. Patienten kan fuldt afklares på baggrund af anamnese, symptombillede, varighed og objektiv undersøgelse. Betegnelsen generaliserede smerter i bevægeapparatet anses som en tilstand, der kan have mange forskellige diagnosebetegnelser.

#### Nonfarmakologisk behandling

- Overvej at tilbyde patienten med generaliserede smerter i bevægeapparatet kognitiv adfærdsterapi (CBT) eller *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT).
- Tilbyd patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet patientuddannelse.
- Overvej at tilbyde superviseret træning til udvalgte patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, hvis formålet er at øge funktionsevnen.
- Det er god praksis at afdække patientens funktionsevne i forhold til arbejdsmarkedet og at afdække patientens arbejdsforhold, herunder hvordan patienten oplever, at arbejdet påvirker sygdommen, livsførelse og helbredstilstand. Formålet med dette er at gøre patienten opmærksom på muligheden for at iværksætte indsatser på arbejdspladsen, der er rettet mod fastholdelse på arbejdsmarkedet.

til store dele af bevægeapparatet. Patienternes funktionsevne vil som følge af smertetilstanden være nedsat i en grad, der påvirker arbejde, hverdagsopgaver og/eller fritidsaktiviteter. Der er ved anamnese og objektiv undersøgelse, suppleret med parakliniske undersøgelser (f.eks. billeddiagnostik og blodprøver), ikke påvist en anden somatisk eller psykiatrisk sygdom, der bedre forklarer tilstanden.

#### Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi (CBT) har klinisk relevante effekter på funktionsevne, livskvalitet og smerter hos patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (Tabel 1). CBT kan anvendes til reduktion af smerte og øgning af funktionsevne. Herudover kan terapien anvendes til at styrke patienten til at bemærke og acceptere tanker relateret til smertetilstanden. Det skal bemærkes, at den kognitive adfærdsterapi kan være præferencefølsom, da en del patienter, efter information om gavnlige effekter, vil tage imod terapien, mens andre patienter kan opleve terapi som stigmatiserende. Den kognitive adfærdsterapi bør kun udføres af sundhedsprofessionelle, der gennem specifik efteruddannelse har grundlæggende faglig viden om CBT og smertetilstande.

#### Patientuddannelse

Der er en stærk anbefaling med moderat evidens for at tilbyde patientuddannelse til patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (Tabel 1). Patientuddannelse bør tilbydes i forbindelse med, at patienten får stillet diagnosen, og skal indeholde undervisning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder og smertehåndtering. Uddannelsen giver patienten praktisk viden om og evner til at mestre smertetilstanden og livet med en kronisk sygdom. Uddannelsen kan ske enten som et individuelt eller gruppebaseret forløb og kan være af forskellig varighed afhængigt af patientens behov og ønsker. Der kræves ikke specifik uddannelse inden for psykoterapi for at kunne give patienten uddannelse i deres kroniske smertetilstand.

Superviseret træning og fysisk aktivitet  
Alle mennesker, også patienter med kroniske smerter, bør være fysisk aktive. Især for patienter, der ikke tidligere har trænet, kan supervision af en fagperson med relevant viden om smerter (f.eks. fysioterapeut) være gavnlig. Fysisk aktivitet og træning har til formål at reducere smerter, forebygge inaktivitet og øge patientens funktionsevne i hverdagen (Tabel 1).

## NKR om behandling af nyopståede lænderygsmærter

### Patientgruppe

Patientgruppen i denne NKR omfatter patienter over 16 år med nyligt opståede, uspecifikke smerter lokaliseret i lænd og/eller balder (anatomisk afgrænset fra 12. thorakale ryghvirvel til inferiore glutealfold) med eller uden udstråling til ben. Med nyligt opståede forstås smerter af op til 12 ugers varighed, uanset om patienten tidligere har oplevet lænderygsmærter eller ej.

Begrebet *vanlig behandling* dækker over en antagelse af, at patienter med nyopståede lænderygsmærter i alle tilfælde tilbydes en standardbehandling, der som minimum omfatter information om tilstanden, tilstandens forløb, prognose samt faresignaler (Tabel 2).

**Tabel 2.** Anbefalinger fra NKR om nyopståede lænderygsmærter.

#### Information om fysisk aktivitet

- Overvej at opfordre patienter med nyopståede lænderygsmærter til opretholdelse af vanlig aktivitet frem for aflastning, herunder sengeleje.

#### Individualiseret patientuddannelse

- Overvej at tilbyde individualiseret patientuddannelse til patienter med nyopståede lænderygsmærter i tillæg til vanlig behandling, hvor dette vurderes at kunne øge egenomsorgen.

#### Aktive behandlingsindsatser

- Tilbyd patienter med nyopståede lænderygsmærter superviseret træning i tillæg til vanlig behandling.
- Tilbyd kun akupunkturteknikker i tillæg til vanlig behandling efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker.

## NKR om ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning

I NKR vedrørende »Ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati)« udgøres patientgruppen af patienter over 18 år med nylig opståede

kliniske tegn på lumbal nerverodspåvirkning med eller uden bekræftelse ved MR-skanning. Med nylig opstået forstås symptomer og kliniske tegn af op til 12 ugers varighed. De kliniske tegn omfatter mindst et tegn på nerverodspåvirkning, herunder bensmerter i et radikulært mønster, kraftnedsættelse, refleksudfald, sensibilitetsændring og positiv nerverstræktest (strakt benløft-test eller nervus femoralis-test). Patienter med nerverodspåvirkning eller radikulopati af andre årsager som f.eks. tumorer, central spinalstenose, degenerativ spondylolistese eller diabetes mellitus er ikke omfattet af anbefalingerne (Tabel 3).

### Udvalgte skulderlidelser

Patientgruppen omfatter voksne personer med følgende diagnoser: impingementsyndrom, rotator cuff-syndrom og rotator cuff-ruptur (Tabel 4).

## NKR om ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter

Uspecifikke nakkesmerter betegner spændinger, ømhed, smerter og/eller nedsat bevægelighed i nakken, hvor der ikke kan identificeres en specifik smertegivende struktur som årsag til generne. Med patienter med nyopståede smerter forstås patienter med symptomer af op til 12 ugers varighed, hvilket omfatter såvel patienter, der ikke tidligere har haft nakkesmerter, som patienter med gentagne episoder (Tabel 5).

**Tabel 3.** Anbefalinger fra NKR om nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati).

#### Information om fysisk aktivitet

- Overvej at opfordre patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning til normal fysisk aktivitet frem for reduceret aktivitet i form af sengeleje.

#### Aktive behandlingsindsatser

- Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling.
- Overvej retningspecifikke øvelser eller øvelser til træning af neuromuskulær kontrol, da det ikke kan underbygges, at der er klinisk relevant forskel på de to behandlingsformer.
- Det er god praksis at overveje at kombinere retningspecifikke øvelser med øvelser til træning af neuromuskulær kontrol frem for retningspecifikke øvelser alene til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning, da det ikke kan udelukkes, at de to interventioner understøtter hinanden.

#### Passive behandlingsindsatser

- Overvej at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker i tillæg til vanlig behandling.
- Det er ikke god praksis rutinemæssigt at tilbyde akupunktur til patienter med nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning.

#### Sammenligning af passiv og aktiv behandlingsindsats

- Overvej superviseret øvelsesterapi eller manuelle ledmobiliserende teknikker, da det ikke kan underbygges, at der er en klinisk relevant forskel på de to interventioner.

**Tabel 4.** Anbefalinger fra NKR om udvalgte skulderlidelser.

#### Træning

- Tilbyd træning som led i behandlingen af patienten med impingementsyndrom/rotator cuff-syndrom.
- Det kan overvejes at lade manuel behandling (f.eks. vævsudspænding) indgå i behandlingen som supplement til træning.

**Table 5.** NKR om ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter.

#### Øvelsesterapi

- Overvej at tilbyde superviseret øvelsesterapi til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

#### Ledmobiliserende teknikker

- Overvej at tilbyde ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

#### Øvelsesterapi og ledmobiliserende teknikker i kombination

- Overvej at tilbyde øvelsesterapi i kombination med ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopståede nakkesmerter frem for øvelsesterapi alene.

#### Akupunktur

- Overvej at tilbyde akupunktur som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter i tillæg til anden behandling.

#### Massage

- Anvend kun massage som behandling til patienter med nyopståede nakkesmerter efter nøje overvejelse, da der ikke er dokumenteret længerevarende effekt selv ved et meget stort behandlingsomfang.

### Kommunale og regionale tilbud for borgere med kroniske smerter

Komiteen for Sundhedsoplysning administrerer i mange af landets kommuner et smertekursus under navnet

»Lær at tackle kroniske smerter«.

Kurset holdes over seks kursusgange og handler om mange aspekter af det at have kroniske smerter, herunder værktøjer til at håndtere smerter i

hverdagen, søvnbesvær og fysisk aktivitet. Patienten kan deltage på kurset uden henvisning. I kommunerne kan der være andre tilbud, som eksempelvis handler om sygdomsmestring og fysisk træning, som kan være relevante for patienter med smertetilstande. Alment praktiserende læger kan henvise patienter med kroniske smerter til en afklarende samtale i kommunen, hvis lægen vurderer, at patienten kan have gavn af kommunale tilbud.

Borgere med kroniske smerter har også mulighed for at blive henvist til ambulante forløb på de tværfaglige smertecentre. Kriterier for henvisning findes på de regionale smertecentres hjemmesider.

#### Korrespondance

Korresponderende forfatter: Simon Tarp, [sita@sst.dk](mailto:sita@sst.dk).

#### Litteraturreferencer

Se artiklen med alle referencer på [www.irf.dk](http://www.irf.dk)

## Månedssbladet Rationel Farmakoterapi skifter redaktør

Praktiserende læge Jørgen Jensen er ny redaktør for *Rationel Farmakoterapi*. Marlene Øhrberg Krag fortsætter i stedet som ansvarshavende redaktør.

»Vi er rigtig glade for at have fået en erfaren praktiserende læge som redaktør for månedssbladet«, udtaler Marlene Øhrberg Krag. »Jørgen har arbejdet med rationel farmakoterapi i en lang årrække og sammen med hans mangeårige erfaring som praktiserende læge, mener vi, at han er den helt rigtig til at være med til at sikre, at vi fortsat udgiver månedssblade med klinisk relevante artikler målrettet læger i almen praksis«, fortsætter hun.

Jørgen Jensen har tidligere været en del af Bivirkningsnævnet og har fra starten været med i IRF's Rådgivende Udvalg for NRL. Han har ellers arbejdet med medicinrelate-

ret kvalitetssikring og rådgivning ved ca. 80 årlige besøg i almene praksis igennem de sidste 16 år. Siden 1989 har han været tilknyttet lægemiddelkomite- og rådsarbejde senest i Region Hovedstaden.

»Da posten som redaktør for månedssbladet *Rationel Farmakoterapi* skulle besættes, lå det lige til højrebænet for mig at prøve kræfter med dette arbejde«, fortæller Jørgen Jensen. »Jeg har fra forskellige vinkler arbejdet med farmakologiske forhold stort set siden embedseksamen i 1975. *Rationel Farmakoterapi* og IRF som helhed står for mig som en slags fyrtårn med kvalitet og troværdighed som varemærke og med læger i almen praksis som den primære målgruppe. Jeg glæder mig til en spændende opgave, hvor jeg kan bringe min brede baggrund inden for rationel farmakoterapi og mine erfaringer



Marlene Øhrberg Krag og Jørgen Jensen

som praktiserende læge i spil. Jeg vil bidrage til at give bladet en bred profil – fortsat med anvendeligt stof, der er aktuelt, praktisk og indimellem også lidt mere teoretisk«.