



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter

Indsatser og organisering

Sundhed for alle ♥+●

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter

Indsatser og organisering

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-585-5

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: 21.11.2023

Format: pdf

Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
November 2023

Indholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduktion | 5 |
| 1.1. Baggrund..... | 5 |
| 1.2. Udfordringer vedrørende organisering og indsatser | 7 |
| 1.3. Formål med anbefalingerne | 8 |
| 1.4. Begrebsafklaring | 10 |
| 2. Sammenfatning af anbefalinger..... | 11 |
| 3. Målgruppen | 15 |
| 3.1. Smertetilstande | 15 |
| 3.2. Diagnoseklassifikationer | 17 |
| 3.3. Risikofaktorer og ledsagesymptomer..... | 19 |
| 4. En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet..... | 21 |
| 4.1. Den biopsykosociale tilgang | 21 |
| 4.2. ICF som fælles biopsykosocial forståelsesramme for beskrivelse af funktionsevne | 22 |
| 5. Udredning i det primære sundhedsvæsen | 24 |
| 5.1 Udredning af smerter | 25 |
| 5.2 Udredning af behandlingsbehov hos mennesker med kroniske smerter i almen praksis | 27 |
| 6. Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen | 31 |
| 6.1. Behandling/indsatser på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet | 32 |
| 6.2. Behandling/indsatser i det primære sundhedsvæsen..... | 32 |
| 6.3. Tidlig kommunal indsats..... | 34 |
| 6.4. Biopsykosociale indsatser og styrket vidensgrundlag..... | 35 |
| 7. Indsatser i regi af smertecentre og -klinikker | 41 |
| 7.1. Organisering af smertecentre og -klinikker | 42 |
| 7.2. Henvielse til et tværfagligt smertecenter eller -klinik..... | 43 |
| 7.3. Indsatser i tværfaglige smertecentre og -klinikker | 44 |
| 7.4. Tværsektorielt samarbejde, herunder rådgivning | 45 |
| 7.5. Snitflade i forhold til behandling af mennesker med funktionel lidelse | 47 |
| 8. Indsatser i forbindelse med operationer..... | 49 |
| 8.1. Risikovurdering og smerteafdækning før operationer | 50 |
| 8.2. Opfølgning efter operationer, herunder aftrapning af opioid-behandling og genoptræning..... | 51 |

| | |
|---|-----------|
| 9. Implementering og opfølgning | 54 |
| 9.1. Organisering og samarbejde..... | 54 |
| 9.2. Planlægning af implementeringen..... | 54 |
| 9.3. Monitorering og opfølgning..... | 55 |
| 10. Perspektivering | 56 |
| 11. Referenceliste | 58 |
| 12. Bilagsfortegnelse | 63 |
| Bilag 1. Kommissorium for faglig følgegruppe vedr. anbefalinger for organisering og indsatser på smerteområdet | 64 |
| Bilag 2. Medlemmer af faglig følgegruppe | 69 |
| Bilag 3. Kommissorium for udarbejdelse af faglige anbefalinger for udredning af personer med smerter i almen praksis | 70 |
| Bilag 4. Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis | 74 |

1. Introduktion

1.1. Baggrund

Mange mennesker lever med smerter (1). For de fleste er smerter forbigående, men for nogle er de vedvarende og påvirker dagligdagen i forskellig grad. I Danmark lever cirka en femtedel af alle et liv med kroniske smerter. I befolkningen var forekomsten af kroniske smerter 26 pct. i 2021 (30 pct. blandt kvinder og 22 pct. blandt mænd), svarende til at over 1.2 millioner mennesker over 16 år har smerter¹. En del af disse mennesker har behandlingskrævende behov, mens en del har mindre behov for indsatser.

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2022 rapporten 'Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme', som blandt andet viser, at mange mennesker lever med slidgigt og smerter i lænderyg og nakke, hvilket kan have betydelige konsekvenser for den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet. For eksempel er der, blandt erhvervsaktive mennesker med lænderygsmerter, nakkesmerter og slidgigt, i alderen 16-64 år, sammenlignet med personer uden disse lidelser², årligt henholdsvis 2.9, 2.6 og 1.8 millioner ekstra antal sygedage ved langvarigt sygefravær og henholdsvis 4.154, 3.504 og 2.832 ekstra antal mennesker med nytilkendt førtidspension. Desuden er der i alt henholdsvis 4.6, 3.3 og 4.0 millioner ekstra kontakter til alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor (2).

Den daværende regering offentliggjorde i juli 2022 'Strategi for smerteområdet - en handleplan for mennesker med kroniske smerter', hvor der blev afsat midler til en række initiativer til at styrke indsatsen på smerteområdet. Initiativerne er rettet mod faglige anbefalinger om organisering og indsatser, herunder udredning i almen praksis, patientinddragelse, oplysningsindsats og styrket kvalitet via faglige samarbejder.

Denne publikation er en udmøntning af to initiativer i strategien:

- Initiativ 1: Faglige anbefalinger om organisering og indsatser på smerteområdet
- Initiativ 2: Nationale kliniske anbefalinger til udredning og behandling af mennesker med smerter.

Forud for strategien udarbejdede Sundhedsstyrelsen 'Afdækning af smerteområdet - fagligt oplæg til en smertehandlingsplan' i 2020, som blandt andet beskriver de væsentligste udfordringer på området. Mennesker med kroniske smerter har ofte parallelle forløb hos flere aktører i sundhedsvæsenet, hvilket stiller store krav til koordinering på tværs af specialer og sektorer. Mangelfuld koordinering kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for sociale og familiære udfordringer samt tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. Den faglige afdækning pegede blandt andet på

¹ Ikke offentliggjort data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 (smerter i over 6 måneder).

² Sammenlignet med referencepopulation matchet på køn, alder, uddannelse og Charlson Comorbidity Index

styrkelse af et tættere samarbejde på tværs af sektorer og understøttelse af de alment praktiserende læger til at udrede behandlingsbehov hos mennesker med kroniske smerter.

Mennesker med kroniske smerter er en heterogen gruppe med meget forskellige behov for indsatser. Nogle mennesker kan hjælpes og deres hverdag bedres med non-farmakologiske indsatser i sundhedsvæsenet, blandt andet målrettet egen sygdomsopfattelse og smertemestring tidligt i forløbet. Andre mennesker har imidlertid behov for farmakologisk hjælp til at lindre smerterne og farmakologisk behandling vil derfor fortsat være en behandlingsmulighed, som ydes ud fra et individuelt vurderet behov, med samtidig opmærksomhed på at der er risiko for medicinafhængighed ved ukritisk brug af for eksempel opioider.

Sundhedsstyrelsen og bredere faglige kredse har på smerteområdet gennem mange år anbefalet behandling med træning, fysisk aktivitet og egenomsorg til mennesker med kroniske smerter, samtidig med anbefalinger om generelt at reducere brugen af billeddiagnostiske undersøgelser i udredningen af smerter, en reduktion af smertestillende medicin og reducere kirurgisk behandling i de tilfælde. Det kræver en systematisk implementering af programmer og anbefalinger med aktiv behandling og smertemestring. Der er imidlertid egenbetaling til relevante behandlingsmuligheder i primærsektoren³, hvilket kan være en barriere for, at nogle mennesker får den indsats, de har behov for (3).

Der er fortsat behov for udbredelse og implementering af viden om håndtering af kroniske smerter i sundhedsvæsenet med det formål at forebygge udvikling og forværring af kroniske smerter. Desuden større fokus på non-farmakologiske indsatser til mennesker med kroniske smerter, så træning og mindre indgribende behandling bliver førstevalg samt indsatser målrettet egen sygdomsopfattelse og at smertehåndtering i hverdagslivet tilbydes tidligt i forløbet. Derudover en fortsat differentiering af indsatserne, der tilpasses de individuelle ressourcer og samlede situationer samt styrket tilrettelæggelse af mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

Sundhedsstyrelsen har til denne publikation fået faglig rådgivning fra en faglig arbejdsgruppe, en referencegruppe og en følgegruppe. Der henvises til bilag 1-3.

Anbefalingerne til styrkelse af indsatsen for mennesker med kroniske smerter lægger op til, at de skal kunne rummes inden for den nuværende økonomiske ramme og opgavefordeling.

³ For eksempel adgang til almen fysioterapi, kiropraktik, psykologisk intervention med henblik på erkendelse, accept og håndtering af smertetilstanden og dens følger samt psykologisk intervention så snart, der er mistanke om udvikling af angst og depression.

1.2. Udfordringer vedrørende organisering og indsatser

Disse anbefalinger adresserer nogle centrale udfordringer vedrørende indsatsen til mennesker med kroniske smerter og organiseringen af området. Udfordringerne er dels identificeret med baggrund i Sundhedsstyrelsens 'Afdækning af smerteområdet - fagligt oplæg til en smertehandlingsplan' og dels med afsæt i rådgivning fra de faglige grupper nedsat i forbindelse med arbejdet. Nedenstående udfordringer vil blive behandlet i disse anbefalinger og er således første skridt på vejen til at sætte fokus på området og løse nogle af problemstillingerne:

Udredning i almen praksis

Unødig fastholdelse af mennesker med smerter i lange udredningsforløb, som betyder, at en rettidig indsats igangsættes sent. I almen praksis er der ligeledes udfordringer med at udrede kroniske smerter betydninger for funktionsevne og biopsykosociale behandlingsbehov. En styrket udredning kan understøtte, at der kan sættes ind med den rette individuelle indsats på rette tidspunkt.

Tværfaglig indsats i det primære sundhedsvæsen

Tværfaglige indsatser, særligt non-farmakologiske indsatser, og viden om håndtering af kroniske smerter, er ikke bredt implementeret og udbredt i det primære sundhedsvæsen.

Ensartet kvalitet og rådgivning i smertecentre og -klinikker

Uensartet kvalitet på tværs af smertecentre og -klinikkers indsatser og nemmere adgang til specialistrådgivningen fra de regionale smertecentre og -klinikker til almen praksis, det øvrige praksisområde samt kommunerne. Desuden styrkelse af det tværsektorielle samarbejde gennem hele forløbet. Kommunerne har typisk ikke tilbud rettet specifikt mod smertebehandling, men kan eventuelt afhjælpe smerterne gennem forskellige indsatser alt efter den enkeltes behov, for eksempel målrettet håndtering af smerter.

Indsats før og efter operation

Nogle mennesker får kroniske smerter efter operationer, som potentielt kunne være undgået. Der mangler et fokus på præoperativ indsats og opfølgning efter operationen med individuelle behandlingsplaner, herunder tidsangivelse for afslutning af den medicinske smertebehandling og stillingtagen til, hvem der skal varetage aftrapning ved behov.

Samarbejde og ansvarsfordeling på tværs af sektorer

Ansvars- og opgavefordelingen er ikke veldefineret mellem sektorerne, ligesom der mangler klare rammer for samarbejdet i forløb for mennesker med kroniske smerter.

1.3. Formål med anbefalingerne

Hensigten med anbefalingerne er at tegne et perspektiv for de næste års udvikling af indsatsen til mennesker med kroniske smerter. Noget vil kunne implementeres umiddelbart, mens andet vil skulle ske trinvist fremadrettet. Anbefalingerne tager udgangspunkt i den nuværende lovbestemte opgavevaretagelse mellem regioner, kommuner, praksis-sektor og andre aktører, og har således ikke sigte på en ændret opgavevaretagelse. Der vil dog i de kommende år være behov for at styrke den faglige indsats, så opgaverne løses mest hensigtsmæssigt, både i forhold til behovene hos mennesker med kroniske smerter og brug af både økonomiske og faglige ressourcer, så potentialet i det samlede sundhedsvæsen udnyttes bedst muligt. Med disse anbefalinger pålægges der ikke nye opgaver, da der er tale om, at eksisterende anbefalinger udbredes. En udvikling mod større fokus på tidlige indsatser, herunder eksempelvis træning og sygdomsmestring, i alle sektorer, skal således kunne rummes inden for den eksisterende opgavefordeling og økonomiske ramme. Det anerkendes samtidigt, at der for både regioner og kommuner kan være forskellige rammevilkår i forhold til tilrettelæggelsen af indsatser til mennesker med kroniske smerter.

Anbefalingerne er målrettet alle mennesker med kroniske smerter. Formålet med anbefalingerne er at understøtte en høj faglig kvalitet i den samlede indsats for mennesker med kroniske smerter på tværs af sygehuse, kommuner og praksisområdet, gennem anbefalinger om udredning, behandling, forebyggende og rehabiliterende indsatser, genoptræning samt opfølgning. Anbefalingerne adresserer samtidig hensigtsmæssig opgavevaretagelse samt en faglig ensartet praksis på tværs af landet. Anbefalingerne er henvendt til beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner, der beskæftiger sig med mennesker med kroniske smerter.

Anbefalingerne er således en generisk og overordnet ramme for organiseringen af indsatsen til mennesker med kroniske smerter, og der bør arbejdes videre med tilpasning af anbefalingerne til den lokale kontekst. Publikationen indeholder hovedsageligt ikke detaljerede diagnosespecifikke retningslinjer og lignende, men bilag 4 er en quickguide for udredning af behandlingsbehov i almen praksis, der ligger som et separat dokument på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Der er følgende mål med anbefalingerne:

- at styrke en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet
- at udrede smerterne og behandlingsbehov i almen praksis med det formål at styrke den samlede funktionsevne, så mennesker med kroniske smerter kan få den rette indsats på rette tidspunkt
- at understøtte, at der følges struktureret op i udredningsforløbet og at udredningen afsluttes, så forløbet ikke bliver for langstrakt
- at styrke non-farmakologiske, tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen tidligt i forløbet, herunder rehabilitering og selvstændig smertehåndtering i hverdagslivet

- at understøtte, at det primære sundhedsvæsen yder en indsats ved behov, til mennesker med kroniske smerter
- at styrke organisering og samarbejde på tværs af sektorer med henblik på mere sammenhængende forløb
- at styrke samarbejdet tværregionalt om henvisninger til smertecentre eller -klinikker, samt opfølgning under og efter behandlingsforløbet. At understøtte ensartet kvalitet i smertecentre og -klinikkers indsats og at der er adgang til rådgivning fra andre sektorer
- at forebygge udvikling af kroniske smerter efter en operation, herunder styrke den præoperative indsats før operation og opfølgningen efter, herunder på eventuelt igangsat medicinsk behandling.

Sammenfatning af den nuværende og nye anbefalede indsats:

- Anvendelse af en biopsykosocial tilgang i alle dele af forløbet, hvor der tidligere var en primært biomedicinsk sygdomsforståelse
- Systematisk og løbende opfølgning i udredningsforløbet, hvor der tidligere i mindre grad blev fulgt kontinuert op
- Tidligere afslutning af udredningen, når relevante differentialdiagnoser er udelukket, hvor udredningsforløbet tidligere blev for langstrakt med og med en sen igangsættelse af relevant indsats
- Igangsættelse af indsats allerede sideløbende med udredningen alt efter det individuelle behov, og ikke udelukkende efterafklaring af smerterne som tidligere
- Non-farmakologisk forebyggende/rehabiliterende indsats som den primære behandling til forbedring af funktionsevnen, hvor der tidligere i højere grad blev behandlet med farmakologi og/eller kirurgi
- Udbredelse af de tværfaglige, non-farmakologiske indsatser til mennesker med kroniske smerter og styrket vidensgrundlag på kort sigt i det primære sundhedsvæsen, hvor der tidligere var tilbud i varieret omfang
- Ensartet kvalitet i indsatsen på de tværfaglige smertecentre og -klinikker, hvor tilbuddene tidligere var uensartede
- Klare rammer for samarbejdet, herunder for rådgivningen mellem de tværfaglige smertecentre og -klinikker og aktører i det primære sundhedsvæsen og praksisområdet, hvor der tidligere var samarbejde og rådgivning i varierende grad
- Indsats før og efter operation, herunder plan for aftrapning af farmakologisk behandling, og samarbejde med almen praksis derom.

1.4. Begrebsafklaring

- **Mennesker med kroniske smerter** anvendes generelt i anbefalingerne og omfatter både 'borgere' og 'patienter' med kroniske smerter.
- **Kroniske smerter** anvendes om en langvarig og kompliceret smertetilstand, som ikke er ensbetydende med en permanent tilstand. Der vil typisk være fluktuationer i smerteoplevelsen.
- **Simple kroniske smerter** anvendes om smertetilstande, hvor der ikke er samtidige psykologiske eller sociale problemer som følge af smertetilstanden, og hvor mennesket med kroniske smerter for eksempel fortsat klarer at passe sit arbejde på normale vilkår og kan opretholde et socialt og aktivt fritidsliv.
- **Komplekse kroniske smerter** anvendes om smertetilstande, hvor der udover fysiske problemstillinger også er psykologiske og/eller sociale problemstillinger, og hvor følelsesliv, jobfunktion, fritids- og sociale aktiviteter med videre er påvirket som følge af smerterne.
- **Det primære sundhedsvæsen** består af indsatser i kommuner, almen praksis, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle med videre og understøttes af udgående funktioner, rådgivning med mere fra sygehusene.
- **Tværfaglighed** anvendes i forbindelse med behov for flere samtidige indsatser varetaget af forskellige monofagligheder, som samarbejder herom.
- **Støtte til egenomsorg** anvendes om indsatser, der understøtter selvstændig smertehåndtering i hverdagslivet.
- **Struktureret opfølgning** anvendes om planlagt og systematisk opfølgning.
- **Aftrapning** anvendes som samlebetegnelse for ned-, ud- og aftrapning af medicinforbrug. Mennesker med kroniske smerter er en heterogen gruppe og der er derfor individuelle forskelle på, hvorvidt der skal nedtrappes (trappe ned i dosis) eller udtrappes (trappe ud af behandlingen), hvilket beror på en klinisk vurdering i de enkelte situationer.

Der henvises endvidere til kapitel 3 for begreber relateret til smerter.

2. Sammenfatning af anbefalinger

Anbefalinger om anvendelse af en biopsykosocial tilgang (kapitel 4)

- Alle fagpersoner omkring mennesker med kroniske smerter bør anlægge en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet, det vil sige både tidligt i forløbet i udredningsfasen samt gennem behandlingsforløb, opfølgning og rehabilitering
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kan anvendes som en fælles forståelsesramme og begrebsmodel.

Anbefalinger for udredning af smerter og behandlingsbehov i almen praksis (kapitel 5)

- Almen praksis foretager differentialdiagnostisk udredning for at afklare eventuelle årsager og faktorer af betydning for smerterne i samarbejde med praktiserende speciallæge, det øvrige praksisområde eller sygehus ved behov. I den differentialdiagnostiske udredning bør der indgå en helhedsvurdering af den samlede funktionsevne
- Almen praksis bør kvalificere og strukturere udredningen, så der sker en systematisk løbende opfølgning og at udredningsforløbet ikke bliver for langstrakt
- Almen praksis bør afslutte udredningen, når relevante differentialdiagnoser er udelukket og faktorer af betydning for smerterne er afdækket. Almen praksis bør have en dialog med mennesket med smerter om vigtigheden af at afslutte udredningen og stille en primær kronisk smertediagnose, hvis de diagnostiske kriterier er opfyldt
- Almen praksis bør tilbyde en indsats tidligt i forløbet, eventuelt allerede sideløbende med udredningen af smerterne
- Almen praksis bør henvise til relevante indsatser i det øvrige primære sundhedsvæsen og i den øvrige praksissektor ved vurderet behov ud fra en biopsykosocial tilgang
- Almen praksis kan indhente rådgivning på sygehuse ved behov, for eksempel hos de tværfaglige smertecentre eller -klinikker.

Anbefalinger for tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen (kapitel 6)

- Almen praksis bør fungere som tovholder for et sammenhængende forløb for mennesker med kroniske smerter. Det forudsætter, at almen praksis har kendskab til den enkelte og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser
- I det primære sundhedsvæsen bør mennesker med kroniske smerter tilbydes non-farmakologiske indsatser (for eksempel forebyggende eller rehabiliterende) som den primære indsats. Indsatserne bør iværksættes med udgangspunkt i den enkeltes behov og rette sig mod at bedre den samlede funktionsevne, både fysiske, psykologiske og/eller sociale forhold samt aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
- De tværfaglige smertecentre og -klinikker bør understøtte, at personalet i det primære sundhedsvæsen, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter, får styrket deres viden om smerter samt behandlingsmuligheder bredt set
- Tværfagligheden i den samlede indsats bør indtænkes i det primære sundhedsvæsen med henblik på at styrke, at flere mennesker med kroniske smerter får kvalificeret hjælp tidligt i forløbet
- Almen praksis, øvrige praksisområder og kommuner bør have et lokalt samarbejde om forløb for mennesker med kroniske smerter, herunder en løbende dialog for at skabe overblik over hinandens tilbud og kompetencer. Eksisterende kommunikationsværktøjer kan anvendes for at fremme sammenhængende forløb
- Implementering og udbredelse af tværfaglige indsatser samt viden om håndtering af smerter hos personalet i det primære sundhedsvæsen, bør aftales lokalt.

Anbefalinger for indsatser i regi af smertecentre og -klinikker (kapitel 7)

- Ved henvisning til en specialiseret smertebehandling bør den henvisende læge have kendskab til den biopsykosociale situation, så relevante oplysninger kan videregives
- Tværfaglige smertecentre og -klinikker bør tilbyde indsatser til mennesker med kroniske komplekse smerter tilrettelagt efter de individuelle biopsykosociale

behov. Regioner og private udbydere bør understøtte, at indsatserne i de tværfaglige smertecentre og -klinikker på tværs af landet har ensartet kvalitet

- Smertecentre og -klinikker følger løbende op på de enkelte behandlingsforløb og afslutter forløb ved manglende effekt af behandlingen under forudsætning af, at der udarbejdes en udførlig plan for den videre farmakologiske og non-farmakologiske behandling, som videreformidles til almen praksis og andre relevante aktører
- De tværfaglige smertecentre og -klinikker bør samarbejde med almen praksis og kommunerne vedrørende behov for indsatser i det primære sundhedsvæsen i løbet af behandlingsforløbet og i forbindelse med opfølgningen
- Regionerne og kommunerne bør aftale klare rammer for samarbejdet for det tværsektorielle samarbejde mellem de tværfaglige smertecentre og -klinikker og henholdsvis almen praksis og kommunerne, som ligeledes bør have let adgang til rådgivning derfra
- I hver region bør der arbejdes for et bedre samarbejde på tværs af de tværfaglige smertecentre og -klinikker og centre for funktionelle lidelser, både for en fælles forståelse og formidling af henholdsvis primære kroniske smerter og funktionelle lidelser samt for afklaring af den organisatoriske snitflade i forhold til, hvem der bør henvises til det ene og andet sted.

Anbefalinger i forbindelse med planlagte operationer (kapitel 8)

- Der bør foretages grundig præoperativ smerteanamnese med en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang
- Der bør gives fyldestgørende præoperativ information om de planlagte kirurgiske procedurer, forventet postoperativt forløb samt smertelindring
- Hvis der opstartes behandling i kirurgisk regi med opioider, skal der også udarbejdes en behandlingsplan af kirurgen, der blandt andet indeholder en aftrapningsplan
- Ved aftrapning af opioidbehandling, kan almen praksis søge farmakologisk rådgivning fra en af de fem lægemiddelrådgivninger, der er tilknyttet sygehusenes Kliniske Farmakologiske Afdelinger
- Der bør være mulighed for tilgængelig faglig sparring for almen praksis ved de tværfaglige smertecentre og -klinikker, hvis der er udfordrende forløb i forhold til aftrapning af opioidbehandling efter en operation og der ikke er tvivl om postkirurgiske komplikationer.

Anbefalinger for implementering og opfølgning (kapitel 9)

- Der bør være ledelsesmæssigt fokus i regioner, almen praksis og kommuner på implementering af anbefalingerne, herunder den organisatoriske forankring og udarbejdelse af implementeringsplan
- Der bør ske en opfølgning på implementeringen, herunder om anbefalingerne opfylder formålet og fungerer efter hensigten.

3. Målgruppen

Målgruppen for anbefalingerne er alle mennesker med kroniske smerter, både primære og sekundære kroniske smerter, med undtagelse af mennesker med smerter relateret til kræftsygdom samt børn og unge med kroniske smerter. Primære og sekundære kroniske smerter er defineret ud fra ICD-11. Endvidere anvendes betegnelserne 'simple kroniske smerter' og 'komplekse kroniske smerter' hvor relevant.

3.1. Smertetilstande

Smertetilstande er hyppige, såvel i den danske befolkning som internationalt (1). For de fleste mennesker er smerter forbigående, men for nogen er de vedvarende og med indflydelse på dagligdagen i forskellige grader. I Danmark lever cirka en femtedel af alle danskere et liv med kroniske smerter, hvoraf 5-7 pct. lever med smerter, som i væsentlig grad påvirker deres hverdag (4). Andelen af personer med kroniske smerter stiger med alderen, men ellers rammer smertetilstande bredt i befolkningen på tværs af alder, køn og baggrund.

Smerter defineres ifølge den internationale smerteorganisation IASP⁴ som 'en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse, der er forbundet med, eller som ligner den er forbundet med, aktuel eller potentiel vævsskade'⁵. I denne definition anerkendes smerter ikke blot som en sansemæssig oplevelse som følge af en vævsskade, men også at smerten kan være kompleks og er subjektiv med både sensoriske, følelsesmæssige og kognitive komponenter, og at smerten har indflydelse på hvilket liv, man er i stand til at leve.

En kronisk smertetilstand betegnes ifølge International Classification of Diseases, 11th edition criteria (ICD-11), som smerter der har været til stede i mere end tre måneder (5). Tre måneder vurderes hermed som en tilstrækkelig ophelingstid fra den akutte smerte efter en eventuel skade, operation eller et traume. En kronisk smertelidelse kan være en langvarig og kompliceret tilstand, men betegnelsen kronisk bør ikke opfattes som ensbetydende med en permanent tilstand. En række sygdomme er forbundet med kroniske smerter, for eksempel slidgigt, leddegigt, diabetes og funktionelle lidelser, mens kroniske smerter også kan udvikles som følge af operationer eller traumer. Tilstande med periodiske smerteanfald (for eksempel migræne og lænderygsmerter) kan ligeledes udvikle sig til en kronisk tilstand. For nogle smertetilstande er den udløsende årsag til smerter fortsat ukendt og i nogle tilfælde kan smerterne forklares ved en særlig

⁴ International Association for the Study of Pain.

⁵ Oversat fra: An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/f>

følsomhed i centralnervesystemet (central sensibilisering) efter længere tids smertepåvirkning (6).

Smertetilstande kan også inddeles efter selve smertemekanismerne og graden af kompleksiteten. Skelnen mellem smertemekanismer og især vurdering af kompleksiteten har betydning for, hvilke behandlinger og indsatser der bør tilbydes.

3.1.1. Smertemekanismer

Smerter inddeles i tre smertemekanismer: nociceptive smerter, neuropatiske smerter og nociplastiske smerter. Det gælder for nociceptive og neuropatiske smerter, at sammenhængen mellem smerte og årsag er relativt kendt og accepteret. Nociceptive smerter er smerter i muskler, led og organer og neuropatiske smerter er nervesmerter. Mange af de samme processer, der foregår i kroppen i forbindelse med nociceptive og neuropatiske smerter, kan sandsynligvis også forekomme, selvom hverken nerver eller andet af kroppens væv er blevet ødelagt eller er sygt. Det er disse smerter, der betegnes som nociplastiske. Selvom forskningen ikke entydigt kan forklare præcist, hvad der sker i kroppen, hvis man har nociplastiske smerter, så er der viden om, at smerter ofte eksisterer, uden at der samtidig kan måles en konkret, påviselig skade eller sygdom.

3.1.2. Simple og komplekse kroniske smerter

Kroniske smerter kan variere i intensitet. De kan være konstante, men de kan også være svingende og uforudsigelige. Smerteoplevelsen kan påvirkes af både aktivitet, såvel som fysiske og mentale belastninger. Når smerter er kroniske, er det i højere grad den måde, de påvirker mennesket og den enkeltes liv, som er afgørende – både for selve mennesket med smerter og som fokusområde i behandlingen. Smerteoplevelsen påvirkes af tidligere erfaring, emotionelle faktorer samt den sociale og kulturelle baggrund. Smerteoplevelsen er en subjektiv oplevelse, som kan ledsages af ubehag, frygt og bekymringer. En smertetilstand vil variere fra person til person, men også hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder. På baggrund af smertetilstandens kompleksitet, skelner vi i Danmark mellem to hovedgrupper: simple kroniske smerter og komplekse kroniske smerter.

Simple kroniske smerter er smertetilstande, hvor der ikke er samtidige psykologiske eller sociale problemer som følge af smertetilstanden og hvor man for eksempel fortsat klarer at passe sit arbejde på normale vilkår og kan opretholde et socialt og aktivt fritidsliv. Den komplekse smertetilstand er derimod en tilstand, hvor følelsesliv, jobfunktion, fritids- og sociale aktiviteter med videre er påvirket som følge af smerterne (se afsnit 3.3 for yderligere information om følgetilstande). Behandlingen af kroniske smerter afhænger derfor af, om tilstanden er simpel eller kompleks, hvor mennesker med komplekse kroniske smerter ofte vil have behov for mere omfattende indsatser. Simple og komplekse kroniske smerter vurderes ikke ud fra et diagnostisk værktøj, men beror på en klinisk vurdering.

Desuden kan kroniske smerter diagnosticeres som primære eller sekundære kroniske smerter i overensstemmelse med World Health Organization's (WHO's)

sygdomsklassifikation ICD-11. Behandling og indsats målrettes derfor også efter, om det er en primær eller sekundær kronisk smertetilstand.

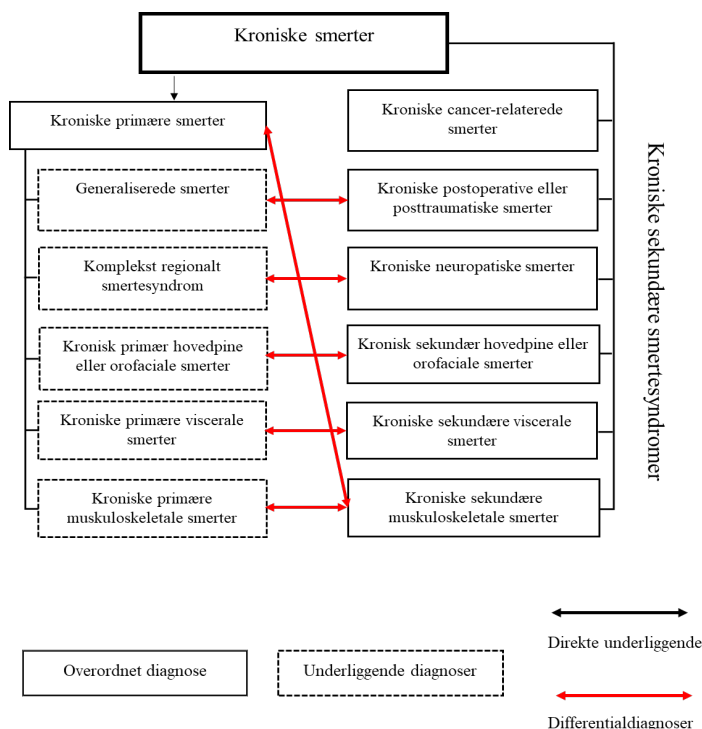
3.2. Diagnoseklassifikationer

WHO's sygdomsklassifikation er en omfattende diagnoseklassifikation, der forudsætter afklarede sygdomsbilleder. WHO vedtog i 2019 at overgå fra sygdomsklassifikation ICD-10 til ICD-11⁶. Hvor kroniske smerter tidligere var kategoriseret som et symptom på en sygdom, blev det med ICD-11 officielt en diagnose.

I ICD-11 skelnes der mellem primære kroniske smerter og sekundære kroniske smerter i syv subgrupper, hvor seks af dem hører under de sekundære kroniske smerter (illustreret i figur 1 nedenfor). Kategorierne dækker over de mest udbredte typer af kroniske smerter, med underkategorisering samt mulighed for at udfylde tillægskode med specificering af kompleksiteten, herunder smerteintensiteten, indflydelse på dagligdagen, temporale aspekter, samt psykosociale faktorer. De sekundære kroniske smerter anses initialt som et symptom på anden lidelse, men kan bestå efter at tilstanden er helet. De kroniske primære smertekategorier kan derimod ikke forklares ved en sekundær diagnose og er endvidere forbundet med betydelig negativ følelsesmæssig påvirkning eller påvirket aktivitets- og deltagelsesniveau og vurderes multifaktoriel med både biologiske, psykologiske og sociale faktorer involveret.

⁶ Da det kræver forberedelse og omstilling af it-systemer, vil flere lande, herunder Danmark dog først på et senere tidspunkt kunne overgå til at benytte ICD-11 til patientregistrering.

Figur 1. Klassifikation af kroniske smerter, ICD-11



Figur 1. (Adapteret fra Treeede 2019). Venstre kolonne viser de kroniske primære smerter, mens højre kolonne viser de kroniske sekundære smertesyndromer.

På sygehuse og hos praktiserende speciallæger i Danmark anvendes ICD-10 stadig, men da ICD-11 forventes implementeret indenfor en overskuelig fremtid, tages der i disse anbefalinger udgangspunkt i ICD-11s kategorier for kroniske smerter. Nogle anbefalinger i denne publikation har derfor et kort sigte i forhold til den nuværende anvendelse af diagnosekoder, hvor der på længere sigt bliver behov for yderligere afklaringer i forbindelse med implementeringen af ICD-11. Se endvidere kapitel 10.

I almen praksis anvendes ICPC-2 (Classification of Primary Care), som beskriver de helbredsproblemer, mennesker med smerter henvender sig med. Kun hvis disse problemer opfylder bestemte diagnostiske kriterier, bliver de formuleret som en klassisk sygdomsdiagnose. I almen praksis er der en plan om at overgå fra ICPC-2 til ICPC-3, der forventeligt kan linkes til ICD-11.

Funktionelle lidelser

Diagnosekoder for 'funktionelle lidelser' indgår også i Sundhedsvæsenets Klassifikations System (SKS). Kroniske smerter ses hyppigt som led i funktionel lidelse. Symptomerne på funktionel lidelse har ofte et karakteristisk mønster som tegn på en overbelastet krop/et overbelastet system, og et fælles kendetegn er, at de ikke kan påvises ved

blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests. Behandlingen af en funktionel lidelse tager ligesom for smerteområdet udgangspunkt i den biopsykosociale tilgang med opmærksomhed på den enkeltes lidelse, ressourcer og livsomstændigheder med tilpasning derefter. Der henvises til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for funktionelle lidelser fra 2018 (7). Der henvises endvidere til afsnit 7.5 i disse anbefalinger for beskrivelse af den organisatoriske snitflade mellem behandling af mennesker med kroniske smerter og funktionel lidelse samt til det perspektiverende kapitel 10 for snitfladen mellem primære kroniske smerter og funktionelle lidelser.

3.3. Risikofaktorer og ledsagesymptomer

Viden om risikofaktorer, samt et indblik i graden af kompleksiteten af de kroniske smerter, herunder omfanget af ledsagesymptomer er en vigtig del af den helhedsorienterede vurdering af mennesker med kroniske smerter (se kapitel 4 for yderligere information om den biopsykosociale tilgang).

Årsagerne til, at nogle mennesker udvikler en kronisk smertetilstand, er multifaktorielle (1). Risikofaktorer kan ikke anvendes til at forudsige, hvem der udvikler kroniske smerter, men er faktorer, der øger risikoen for at udvikle kroniske smerter på befolkningsniveau og kan derfor anvendes som opmærksomhedspunkter både i forhold til mulig risiko for udvikling af kroniske smerter, men også risiko for at allerede eksisterende smerter kan blive komplekse. Der kan være en række ledsagesymptomer forbundet med kroniske smerter, som påvirker livskvaliteten i varierende grad. Ledsagesymptomerne kan enten være forårsaget direkte af smerterne eller af den medicinske behandling, men kan ligeledes omvendt påvirke smerteoplevelsen og virke forstærkende på hinanden.

3.3.1. Risikofaktorer for udvikling af kroniske smerter

Studier har påvist en lang række risikofaktorer for udviklingen af kroniske smerter, herunder både prædisponerende, men også udløsende og vedligeholdende. De vigtigste biologiske risikofaktorer er høj alder (8-10), genetisk disponering (8,11), svær overvægt (8) og traumer og kirurgiske indgreb (12,13). Der er endvidere påvist sammenhæng mellem udvikling af kroniske smerter med psykiske faktorer som depression, tendens til angst (1) katastrofetænkning (14) dårligt selvvurderet helbred (10). Desuden er risikoen for at have kroniske smerter større for kvinder (8,10,11) mennesker med kort eller ingen formel uddannelse (8,10,11) separation og/eller skilsmisse (8), hårdt fysisk arbejde (9) og ikke-vestlig baggrund (15). De identificerede risikofaktorer kan ikke anvendes til at forudsige, hvem der udvikler kroniske smerter, men er faktorer, der øger risikoen for at udvikle kroniske smerter på befolkningsniveau.

3.3.2. Ledsagesymptomer til kroniske smerter

Søvnproblemer

Kroniske smerter har ofte en negativ påvirkning på kvaliteten af søvnen. Omvendt kan søvnmangel påvirke både smertetærsklen og tolerancen og dermed påvirke både restitution, koncentration og humør i negativ retning.

Kognitive vanskeligheder

Mennesker med kroniske smerter kan have kognitive vanskeligheder, som viser sig ved udfordringer med både hukommelse og indlæringsevne, opmærksomhed og koncentrationsevne, sproglige færdigheder, evne til at tage initiativ, problemløsning, strategi samt impulshæmning.

Træthed/udmattelse (fatigue)

Nogle mennesker med kroniske smerter beskriver en helt særlig form for træthed eller udmattelse (fatigue), der kommer til udtryk som både mental og fysisk træthed, og som ikke nødvendigvis hænger sammen med mængden af mental/fysisk belastning eller mangel på søvn. Trætheden afhjælpes ikke ved yderligere søvn og kan have en stor indflydelse på evnen og lysten til deltagelse i hverdagsaktiviteter såvel som sociale aktiviteter.

Psykosocialt

Psykosociale følgevirkninger af et liv med kroniske smerter er et samspil af flere faktorer. Socialt: Smerterne og følgevirkningerne kan gøre det vanskeligt at mestre et socialt liv og et hverdagsliv, herunder samliv og sexliv, på lige fod med andre mennesker. Kroniske smerter er ikke altid synlige og mange mennesker oplever at blive mødt med fordomme og misforståelser, både blandt familie og venner, på deres arbejdsplads og i sundhedssystemet. Grundet den stigmatisering, der ofte følger med kroniske smerter, opleves ofte en uberettiget skyld og skam over tilstanden. Dette, i kombination med manglende forståelse for smertetilstanden, gør det for nogle endnu sværere og ensomt at mestre et liv med smerter.

Psykisk: Kroniske smerter foranlediger også ofte uro og ængstelighed og risiko for depressive tendenser. Mange af de forhold, der forstærker smerteoplevelsen, for eksempel angst, passivitet og isolation, er samtidigt tilstande, som smerterne kan have været med til at fremme.

Arbejdsliv: Smertetilstande kan have en stor indflydelse på dagligdagen, herunder arbejdsevnen. Det kan være svært at passe sit arbejde under normale vilkår, når man lever med kroniske smerter, og ikke alle arbejdspladser har viden om eller mulighed for at tage hensyn til de udfordringer, smertetilstandene giver. Arbejdsevnen er en væsentlig del af mange menneskers identitet, og begrænset eller mistet arbejdsevne kan give både sociale, økonomiske og psykiske bekymringer og dermed forstærke smerterne.

Fysisk aktivitet

At leve med kroniske smerter kan ligeledes have stor negativ indvirkning på lyst og evne til fysisk aktivitet. Nogle mennesker oplever smertelindring ved fysisk aktivitet, mens andre oplever forværring, hvilket kan resultere i inaktivitet, med heraf følgende sundhedsrisici og risiko for social isolering.

4. En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet

Anbefalinger

- Alle fagpersoner omkring mennesker med kroniske smerter bør anlægge en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet, det vil sige både tidligt i forløbet i udredningsfasen samt gennem behandlingsforløb, opfølgning og rehabilitering
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) kan anvendes som en fælles forståelsesramme og begrebsmodel.

4.1. Den biopsykosociale tilgang

Undersøgelse og behandling af kroniske smerter bør ikke ske alene ud fra en biomedicinsk sygdomsforståelse, da belastninger af psykosocial karakter også påvirker smertetilstanden, og i nogle tilfælde ses de psykosociale problemstillinger, som afledte konsekvenser af de biologiske problemstillinger. Derudover peger evidens på, at en biopsykosocial rehabilitering af mennesker med kroniske smerter, fører til bedre forløb (16-18).

Kroniske smerter anskues i en biopsykosocial tilgang som et sammensat fænomen, hvor kombinationen af biologiske, psykologiske (herunder eksistentielle) og sociale (herunder kulturelle) komponenter udgør årsagssammenhæng og påvirker konsekvenserne. De indgår alle i smerteoplevelsen og i den måde, mennesker med kroniske smerter udtrykker og håndterer smerterne på. Der er således tale om et dynamisk og komplekst samspil, hvor ovennævnte komponenter alle influerer på hjernens smerteopfattelse og dermed påvirker individets smerteoplevelse, adfærd og funktionsevne. Den biopsykosociale tilgang tilsiger ikke én bestemt behandlingsstrategi, men indeholder en helhedsorienteret vurdering af, hvilke komponenter, farmakologiske som non-farmakologiske, der skal vægtes hvornår i forløbet for den enkelte.

Der er behov for en differentieret indsats, da nogle mennesker har behov for flere indsatser end andre, samt opmærksomhed på, at behovet for indsatser er en dynamisk proces, der kan ændre sig over tid.

Jo tidligere sundhedsprofessionelle hjælper mennesker med kroniske smerter med at sætte ord på, hvordan smerterne påvirker dem og hvordan smerterne påvirkes, ikke blot fysisk, men også psykisk og socialt, desto tidligere kan de få en behandling, der også

omfatter en forebyggende eller rehabiliterende non-farmakologisk behandling. Derfor bør den biopsykosociale tilgang anvendes så tidligt som muligt i forløbet.

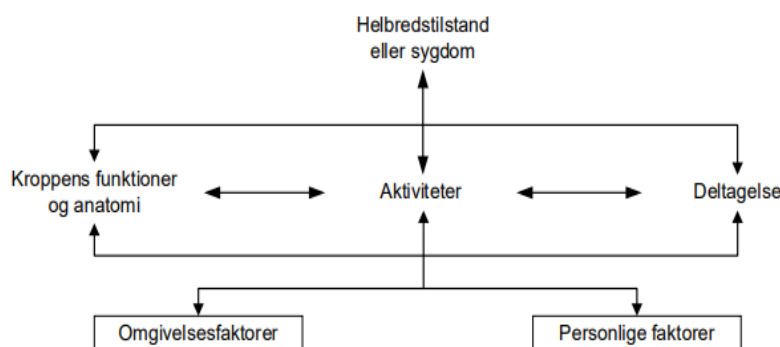
4.2. ICF som fælles biopsykosocial forståelsesramme for beskrivelse af funktionsevne

Under udredning og i behandlingsforløbet af mennesker med kroniske smerter, er det hensigtsmæssigt med en fælles forståelsesramme og begrebsmodel, som kan bruges gennem hele forløbet, både tværfagligt og tværsektorielt. Det er vigtigt med en skabelon, der integrerer en biomedicinsk og psykosocial tilgang og som kan anvendes i den kliniske hverdag ved blandt andet anamneseoptagelse, opfølgende konsultationer, behandling, sygdomsmonitorering og i det social-lægelige samarbejde (19). Til dette formål kan WHO's begrebsmodel 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) anvendes. ICF er en international biopsykosocial model og klassifikation til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse (20).

ICF har til formål at give en samlet begrebsmodel og systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne, som kan benyttes blandt andet tværfagligt og -sektorielt. Det er samspillet mellem helbreds-, personlige- og omgivelsesfaktorer, som udgør funktionsevnen med sine 3 komponenter (figur 2):

- Kroppens funktioner og anatomi (funktioner i kroppen omfatter fysiologiske og mentale funktioner. Anatomi omfatter kroppens forskellige organer, lemmer og enkeltdele af disse)
- Aktiviteter (en persons udførelse af en opgave eller handling)
- Deltagelse (en persons involvering i dagliglivet).

Figur 2. ICF-modellen: Samspillet mellem komponenterne.



I den biopsykosociale forståelsesramme spiller alle elementer dermed sammen og påvirker hinanden. ICF er bredt anerkendt som model og begrebsramme, men implementeringen i klinisk praksis er nogle steder mangelfuld (21). Trods delvis manglende

implementering, er ICF det bedste bud på en fælles forståelsesramme for funktionsevnenedsættelse i en rehabiliteringskontekst og er veletableret internationalt via WHO og i Danmark, både i regioner og kommuner (22,23).

ICF som begrebsmodel er et redskab for den sundhedsprofessionelle til at analysere mennesker med kroniske smerter ressourcer og begrænsninger samt at identificere eget bidrag til den samlede tværfaglige indsats. Formålet er at opnå optimal rehabilitering af alle dele af funktionsevnen, så mennesker med kroniske smerter opnår højeste grad af et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Indsatserne kan være målrettet:

- *personen*, for eksempel tilbud i forhold til kronisk sygdom, psykoedukation, selvhjælpsgrupper, samtaleterapi, uddannelse og omskoling og kan medvirke til at styrke den enkeltes evner og muligheder for at mestre den aktuelle livssituation
- *omgivelserne*, for eksempel boligindretning og personlige hjælpemidler, forandringer i arbejdsforhold, hjælp i hjemmet, pårønderrådgivning, kontaktperson til mindreårige børn, økonomisk rådgivning, medicintilskud og bostøtte (19).
- Indsatserne kan også være rettet mod komponenterne *aktivitet og deltagelse*, for eksempel indsatser relateret til huslige gøremål (ADL, Almindelig Daglig Levevis, eng. Activities of Daily Living) samt aktivitet i forbindelse med arbejde og fritid.

5. Udredning i det primære sundhedsvæsen

Anbefalinger

- Almen praksis foretager differentialdiagnostisk udredning for at afklare eventuelle årsager og faktorer af betydning for smerterne i samarbejde med praktiserende speciallæge, det øvrige praksisområde eller sygehus ved behov. I den differentialdiagnostiske udredning bør der indgå en helhedsvurdering af den samlede funktionsevne
- Almen praksis bør kvalificere og strukturere udredningen, så der sker en systematisk løbende opfølgning og at udredningsforløbet ikke bliver for langstrakt
- Almen praksis bør afslutte udredningen, når relevante differentialdiagnoser er udelukket og faktorer af betydning for smerterne er afdækket. Almen praksis bør have en dialog med mennesket med smerter om vigtigheden af at afslutte udredningen og stille en primær kronisk smertediagnose, hvis de diagnostiske kriterier er opfyldt
- Almen praksis bør tilbyde en indsats tidligt i forløbet, eventuelt allerede sideløbende med udredningen af smerterne
- Almen praksis bør henvise til relevante indsatser i det øvrige primære sundhedsvæsen og i den øvrige praksissektor ved vurderet behov ud fra en biopsykosocial tilgang
- Almen praksis kan indhente rådgivning på sygehuse ved behov, for eksempel hos de tværfaglige smertecentre eller -klinikker.

Udredningen af mennesker med kroniske smerter består dels af afklaring af eventuelle årsager og faktorer af betydning for smerterne og dels afdækning behov for tværfaglige indsatser og støtte.

Almen praksis bør:

- udrede smerterne, herunder en differentialdiagnostisk udredning af anden sygdom/tilstand, der forårsager smerterne, og der kan behandles for, samt udredning af faktorer, der har betydning for smerterne. Denne del af udredningen beskrives i afsnit 5.1.

- afdække umiddelbare og løbende behov for støtte og indsatser, for eksempel viden om kroniske smerter, mestringsstrategier, psykosocial indsats eller aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, herunder fysisk aktivitet. Denne del af udredningen beskrives i afsnit 5.2.

Udredning af behov for indsatser og støtte følger naturligt efter udredning af smerterne, men der kan også være behov for, at disse to udredningsspørsmål foregår parallelt, idet der kan være behov for en indsats tidlig i forløbet, parallelt med afklaring af smerterne.

Dette kapitel er målrettet praktiserende læger, men vurderes at være relevant for alle sundhedsprofessionelle i almen praksis, der indgår i udredningen af enten årsager til smerterne eller behandlingsbehov. Afsnit 5.1 er derudover også målrettet det øvrige praksisområde og speciallæger (praktiserende og på sygehus).

5.1 Udredning af smerter

5.1.1. Differentialdiagnostisk udredning og systematisk opfølgning

I udredningen af eventuelle årsager og faktorer af betydning for smerterne i almen praksis er det vigtigt at udrede den samlede funktionsevne. Psykosociale forhold kan have indflydelse på oplevelsen af smerterne og det er derfor væsentligt med vurdering af disse i den indledende udredning.

Mange mennesker med smerter bliver fastholdt unødigt længe i udredningsforløbet, før udredningen afsluttes, uden at der bliver igangsat en indsats med henblik på at forbedre funktionsevnen. I udredningsforløbet kan der være behov for en afventende 'vent og se' tilgang, men det er vigtigt, at der samtidig følges systematisk op i udredningsforløbet, da der ellers kan være risiko for, at mennesker med smerter ikke henvender sig til almen praksis igen eller måske først, når smerterne er blevet forværrede eller kroniske. Udredningsforløbet bør struktureres, så der er en plan for, hvornår der skal opfølges, herunder hvornår der løbende skal ske en vurdering af de biopsykosociale forhold. Der er således fortsat behov for, at udredningsforløbet kvalificeres og at opfølgningen bliver systematiseret.

Når et menneske med smerter henvender sig til almen praksis, udredes der indledningsvist for mulige årsager og faktorer af betydning for smerterne. Der foretages en relevant differentialdiagnostisk udredning, eventuelt i samarbejde med praktiserende speciallæge eller sygehuset. Den differentialdiagnostiske udredning er en kernekompetence hos praktiserende læger. Udredningen af smerterne består af en anamnese og objektiv undersøgelse, suppleret med relevante parakliniske undersøgelser, afhængig af symptombilledet. Derudover er det vigtigt, at der indgår en helhedsvurdering, herunder en karakterisering af smerteintensiteten. Som en del af den indledende udredning bør almen praksis derfor have blik for den samlede funktionsevne hos mennesker med smerter og spørge ind til både fysiske, psykiske og sociale forhold (19).

Patientrapporterede outcomes (PRO)-redskaber kan for eksempel anvendes – se endvidere afsnit 5.2.2.

5.1.2. Afslutning af udredningen og diagnosticering

Såfremt der er mistanke om en anden sygdom, vil videre udredning og eventuel behandling overgå til relevant behandlingsansvarlig læge på et sygehus, speciallægepraksis eller anden instans, hvor sygdommen forsøges afhjulpet eller helbredt. Der bør efterfølgende eller samtidig følges op i almen praksis i forhold til at iværksætte eller henvise til relevant støtte ved nedsat funktionsevne.

I de tilfælde, hvor der ikke kan påvises anden sygdom som årsag til smerterne eller hvor andre faktorer med betydning for smerterne ikke giver anledning til at stille en kronisk sekundær diagnose, bør almen praksis stille en kronisk primær smertediagnose, hvis de diagnostiske kriterier for signifikant funktionsnedsættelse og følelsesmæssig påvirkning er opfyldt.

Det er vigtigt, at afklaringen af smerterne sker hurtigst muligt uden unødvendig ventetid for at minimere risikoen for udvikling af kroniske smerter og følgetilstande og for at kunne støtte den enkelte med en målrettet indsats tidligt i forløbet. Almen praksis bør derfor afslutte afklaringen af smerterne, når relevante differentialdiagnoser er udelukket for at undgå langstrakte udredningsforløb. Almen praksis bør således nøje overveje på hvilken indikation, der henvises til parakliniske undersøgelser, herunder billeddiagnostiske undersøgelser. Da der foretages mange unødvendige parakliniske undersøgelser, som ikke er til gavn for mennesker med smerter, bør der være opmærksomhed på kun at anvende undersøgelserne, hvor det er relevant.

Der er behov for, at almen praksis har adgang til rådgivning på sygehuse, for eksempel i de tværfaglige smertecentre eller -klinikker, i forhold til at afslutte den differentialdiagnostiske udredning tidligt i forløbet og stille en primær kronisk smertediagnose. Det er endvidere væsentligt, at lægen har en dialog med personen om udredningen, herunder hvorfor den bør afsluttes og at en primær kronisk smertediagnose ikke er en udelukkesdiagnose, men stilles på baggrund af diagnostiske kriterier for at kunne hjælpe bedst muligt med en målrettet indsats.

Udredningen af smertetilstande i almen praksis foregår i samarbejde med relevante speciallæger. Ved nogle smertetilstande foregår udredningen alene hos relevant speciallæge (praktiserende eller på sygehus) eller indledes hos anden aktør, for eksempel fysioterapeut, kiropraktor med videre. Her er det vigtigt, at almen praksis inddrages i forhold til at være tovholder for det videre samlede forløb.

5.1.3. Brug af diagnosekoder og smerteoplevelse

Der er manglende faglig konsensus om sygdomsbetegnelser, brug af diagnosekoder med videre, hvor mange mennesker med kroniske smerter oplever at få en anden

diagnose ved skift mellem lægefaglige specialer, uden at det bevirker, at deres gener og symptomer forklares eller afhjælpes bedre. Udfordringer vedrørende brugen af diagnosekoder kan blandt andet skyldes, at der er overlap mellem forskellige diagnostiske kriterier på tværs af diagnoserne og at der ikke på tværs af specialer og sektorer er konsensus om terminologi og kodning.

For nogle mennesker kan det virke voldsomt at få stillet en primær eller sekundær kronisk smertediagnose. En kronisk smertelidelse kan være en langvarig og kompliceret tilstand, men bør ikke opfattes som ensbetydende med en permanent tilstand. Der vil typisk være fluktuationer i smerteoplevelsen og ofte findes der lindrende eller forværende faktorer, som indsatsen kan målrettes efter.

I det følgende afsnit beskrives udredningen af individuelle behandlingsbehov i almen praksis. Se endvidere det uddybende bilag 4: Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis, som også ligger særskilt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

5.2 Udredning af behandlingsbehov hos mennesker med kroniske smerter i almen praksis

Udredningen af behandlingsbehov foregår enten:

- 1) Efter udredning af smerterne, herunder efter eventuel alvorlig patologi, og eventuel primær eller sekundær kronisk diagnose er stillet, eller
- 2) Parallelt med udredning af smerterne, hvor der tidligt i forløbet sættes fokus på menneskets samlede situation og umiddelbare behov.

5.2.1 Den indledende fælles forståelse af smerterne

Nogle mennesker vil, når de møder den praktiserende læge til en samtale om, at der er tale om kroniske smerter, allerede have været igennem et omfattende udredningsforløb mhp. en årsagsafklaring. En vigtig del af udredningen af behandlingsbehov har fokus på at opnå en fælles forståelse af, at der er tale om kroniske smerter. Prognosen kan variere, da smerterne kan være langvarige og kun i nogle tilfælde kan fjernes. Smerterne kan muligvis heller ikke forklares på en enkel måde, men skal nu behandles og håndteres som en selvstændig tilstand/sygdom. En forståelse som for patienten kræver tid og for lægen tålmodighed og ofte først opnås efter en løbende dialog mellem den praktiserende læge og patienten. Andre har først for nyligt fået smerter og påbegyndt en årsagsafklaring. Igangsættes udredningen af behandlingsbehov parallelt med udredningen af årsagsforklaringen kan der sættes fokus på den enkeltes behov tidligt mhp. at tilbyde støtte i den ofte lange periode, hvor de bliver udredt for årsager til deres smerter.

Der vil i forhold til nogle mennesker med kroniske smerter være behov for at bruge tid på at skabe tillid mellem dem og lægen. Den praktiserende læge kan derfor overveje meget tidligt i forløbet at italesætte udredningen af behandlingsbehov som en

løbende proces med behov for flere konsultationer. Dette vil give mennesket med kroniske smerter mulighed for at få sagt det, der ikke var tid til eller ikke blev husket i den første konsultation. Det kan også skabe ro hos den enkelte at vide, at der er afsat tid til flere konsultationer. Det vil også give mennesket med kroniske smerter og den praktiserende læge tid til at opnå en fælles forståelse af, at vedkommende har kroniske smerter, hvor forskellige faktorer kan være medvirkende til smerterne.

Mennesket med kroniske smerter bør inddrages aktivt i udredningen af sine behandlingsbehov. Desuden tyder forskning på, at inddragelse af pårørende i udredningen af menneske med kroniske lidelser, giver et bedre forløb, (24-26) hvorfor dette bør overvejes.

5.2.2 Afdækning af den biopsykosociale tyngde

For mennesker med kroniske smerter er smerteintensiteten vigtig, men konsekvenserne af smerterne i form af begrænsninger i den daglige livsførelser er ofte det, der dominerer (27).

Den praktiserende læge bør derfor i udredningen af behandlingsbehov afdække, hvordan smerterne påvirker den samlede funktionsevne ud fra en biopsykosocial begrebsramme ved at spørge ind til, hvordan smerterne påvirker:

- Fysisk og psykisk velvære, herunder søvn, kognitiv påvirkning og stressniveau
- Hverdags- og fritidsaktiviteter samt deltagelse i sociale aktiviteter
- Sociale relationer samt samliv og sexliv
- Uddannelse eller arbejde
- Økonomi og boligsituation
- Forventninger til fremtiden

Ved afdækningen bør den praktiserende læge være opmærksom på sygdomsforståelse og sundhedskompetencer⁷(28) hos mennesket med kroniske smerter, herunder om den enkelte har tidligere erfaringer med kroniske smerter.

Der bør være opmærksomhed på komorbiditeter (for eksempel angst eller depression) eller polyfarmaci, som kan virke forværende på smerterne. Der kan med fordel fokuseres positivt på de ting, mennesket med kroniske smerter klarer i sin hverdag og på hvad der lindrer smerterne.

Da gruppen af mennesker med kroniske smerter generelt set har en højere mortalitet end baggrundsbefolkningen (29) bør man være opmærksom på deres risikoprofil (inaktivitet, rygning, alkoholforbrug, misbrug med videre), på trods af, at disse ting ikke nødvendigvis direkte påvirker smerterne.

⁷ Sundhedskompetence er evnen til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed, herunder at tage beslutning om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet.

Der findes forskellige værktøjer til at belyse patientrapporterede outcomes (PRO), blandt andet Smertehjulet (30) og Dolotesten (31), som kan være nyttige at inddrage i afdækningen, da de kan hjælpe almen praksis med at få spurgt ind til relevante områder. Begge værktøjer er opbygget, så man får afdækket både smerter, kropsfunktion og aktivitets- og deltagelsesniveau i dagligdagen (32).

Til at identificere og graduere kroniske smerter, kan Graded Chronic Pain Scale Revised (GCPS-R) benyttes (33). GCPS-R er et valideret generisk smertescreenings værktøj der består af fem spørgsmål. Via disse vurderes det om smerterne har en mild, generende eller høj impact.

Disse eller lignende værktøjer kan med fordel anvendes løbende og hjælpe den praktiserende læge og mennesket med kroniske smerter med at få et overblik over ændringer i den biopsykosociale situation. Desuden kan de afdække aktiviteter og mekanismer, der henholdsvis forværrer og forbedrer smerterne og situationen.

Det kan desuden være hensigtsmæssigt at inddrage praksispersonalet i afdækning af den enkeltes situation. I denne forbindelse vil det være fordelagtigt at inddrage praksispersonale med specialviden på området, da dybdegående viden om kroniske smerter, ikke nødvendigvis er en del af de sundhedsfaglige grunduddannelser.

5.2.3 Vejledning og løbende planlægning af patientforløbet

I samtalen med mennesket med kroniske smerter er det vigtigt at anerkende dennes oplevelse af de kroniske smerter, selvom der ikke kan findes årsager eller andre faktorer med betydning for smerterne.

Det er hensigtsmæssigt at forklare, hvilket vidensgrundlag som ligger bag eventuelle fordele, risici og usikkerheder ved de mulige medicinske behandlinger. Der bør oplyses om mulige non-farmakologiske behandlinger, som tager sigte mod bedre symptomkontrol (for eksempel aktivitetsregulering, afspænding, mindfulness), og at der kan søges hjælp til dette hos andre sundhedsprofessionelle med særlig uddannelse i smerter.

Mennesker med kroniske smerter bør støttes i at søge mere viden om smerter og strategier til håndtering af smerter via myndigheder og patientforeninger.

Almen praksis bør vejlede og informere om smerterne baseret på den enkeltes behov og sygdomsforståelse. Det planlægges herefter sammen med personen, hvordan det videre forløb skal foregå. Kontakter, vejledning og eventuelt medicinering og/eller non-farmakologisk behandling aftales, og det konkretiseres i planen, hvad der er vigtigst for vedkommende.

Mennesker med kroniske smerter informeres om, at smerterne vil variere over tid og at en årsag til smerten (eller opblussen) ikke altid findes, men at man efterhånden vil få et bedre overblik over, hvad der påvirker ens smerter, så man kan graduere sit aktivitetsniveau.

De informeres også om, at det ofte er muligt at håndtere symptomer med tiltag, som for eksempel let aktivitet, hvile, distraktion eller varme/kulde, samt at der kan ske forbedringer i livskvaliteten, selvom smerten bliver ved med at være der. De bør desuden vejledes i mulighederne for deltidssygemeldinger og andre muligheder for at få støtte

til en god dialog med arbejdsgiver, da fastholdelse i et eventuelt job har en positiv indflydelse på rehabiliteringen.

Digitale opfølgninger fra læge eller andre sundhedsprofessionelle kan være et relevant alternativ til en konsultation.

Hvis den praktiserende læge og mennesket med kroniske smerter vurderer, at vedkommende kan have gavn af et potentielt tilbud (for eksempel forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud) for borgere med kroniske smerter i kommunen, kan der henvises til en afklarende samtale hos kommunen, hvor den enkeltes behov, motivation og ressourcer afdækkes. Et eventuelt efterfølgende kommunalt tilbud tilpasses den enkeltes behov og ressourcer, med hensyntagen til vedkommendes kompleksitet, komorbiditet og særlige socialmedicinske risikofaktorer.

Smertefluktuationer forekommer ofte hos mennesker med kroniske smerter, hvorfor der ikke nødvendigvis er behov for yderligere interventioner ved forværring af eksisterende smerter eller opståelse af nye. Imidlertid bør der være opmærksomhed på, om forværringen af smerterne afføder forværring af funktionsevnen og humøret med risiko for, at smerterne for eksempel kan udvikle sig fra en simpel til kompleks tilstand.

Der henvises til afsnittet om kommunale tilbud i kapitel 6 for uddybende beskrivelse af tidlige tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen samt kapitel 7 for yddybende beskrivelse af henvisning til de regionale og private smertecentre og -klinikker.

6. Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen

Anbefalinger

- Almen praksis bør fungere som tovholder for et sammenhængende forløb for mennesker med kroniske smerter. Det forudsætter, at almen praksis har kendskab til den enkelte og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser
- I det primære sundhedsvæsen bør mennesker med kroniske smerter tilbydes non-farmakologiske indsatser (for eksempel forebyggende eller rehabiliterende) som den primære indsats. Indsatserne bør iværksættes med udgangspunkt i den enkeltes behov og rette sig mod at bedre den samlede funktionsevne, både fysiske, psykologiske og/eller sociale forhold samt aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
- De tværfaglige smertecentre og -klinikker bør understøtte, at personalet i det primære sundhedsvæsen, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter, får styrket deres viden om smerter samt behandlingsmuligheder bredt set
- Tværfagligheden i den samlede indsats bør indtænkes i det primære sundhedsvæsen med henblik på at styrke, at flere mennesker med kroniske smerter får kvalificeret hjælp tidligt i forløbet
- Almen praksis, øvrige praksisområder og kommuner bør have et lokalt samarbejde om forløb for mennesker med kroniske smerter, herunder en løbende dialog for at skabe overblik over hinandens tilbud og kompetencer. Eksisterende kommunikationsværktøjer kan anvendes for at fremme sammenhængende forløb
- Implementering og udbredelse af tværfaglige indsatser samt viden om håndtering af smerter hos personalet i det primære sundhedsvæsen, bør aftales lokalt.

6.1. Behandling/indsatser på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet

Mennesker med kroniske smerter kan have behov for indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet. Nogle har behov for flere indsatser sideløbende eller fortløbende og andre vil kun have behov for enkelte indsatser. Ofte er det ikke tilstrækkeligt med enkeltstående indsatser i forhold til at behandle mennesker med komplekse kroniske smerter, der typisk varetages bedst ved en mange-facetteret indsats, som kan imødekommes med en tværfaglig tilgang (34). De relevante indsatser bør generelt vurderes individuelt og differentieres og gradueres efter den enkeltes behov og ressourcer, herunder sundhedskompetencer. For nogle vil det samlede tilbud bestå af forskellige monofaglige indsatser og for andre af en tværfaglig kommunal indsats.

Målet med den tværfaglige smertebehandlingsindsats, der kan opnås gennem en bi-psykosocial tilgang, er at symptomlindre og rehabiliterer mennesker med kroniske smerter, herunder at øge funktionsevnen både i forhold til kroppens funktion, aktiviteter og deltagelse i samfundslivet og dermed støtte den enkelte i at leve et meningsfuldt liv på trods af smerter. Dette blandt andet ved at tilbyde en indsats, der tilstræber optimal smertelindring, reducerer belastninger og samtidig styrker egne ressourcer (34).

Behandling af kroniske smerter bør overvejende bestå af en non-farmakologisk forebyggende/rehabiliterende indsats, men afhængigt af tilstanden og hvorvidt der er tale om simple eller komplekse kroniske smerter, kan der også være behov for farmakologisk behandling til at lindre smerterne. For specifik vejledning af farmakologisk behandling af kroniske smerter, henvises der til de forskellige behandlingsvejledninger, for eksempel udarbejdet af faglige selskaber. Der henvises desuden til Smerteguiden for sundhedsprofessionelle med nationale anbefalinger om smertebehandling (35) og Sundhedsstyrelsen har endvidere i 2023 igangsat udarbejdelse af nationale kliniske anbefalinger for farmakologisk behandling af smerter.

6.2. Behandling/indsatser i det primære sundhedsvæsen

Hovedparten af mennesker med kroniske smerter behandles i dag i det primære sundhedsvæsen. Det er intentionen med disse anbefalinger, at mennesker med kroniske smerter varetages tidligt i forløbet. Almen praksis bør i forløb for mennesker med kroniske smerter fungere som tovholder for et sammenhængende forløb i de tilfælde, hvor der er behov for henvisning til indsatser i flere forskellige regier. Det forudsætter, at de har kendskab til det enkelte menneske og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser. I nogle tilfælde vil almen praksis, som en del af det primære sundhedstilbud, selv kunne varetage elementer af indsatsen til mennesker med kroniske smerter. Ansvarsfordelingen mellem almen praksis, kommuner og øvrige praksisområde i forhold til den enkeltes behov for indsatser vil bero på en individuelt differentieret vurdering. I nogle forløb vil der dog ikke være behov for indsatser i flere

regier og indsatsen indledes og varetages ofte hos for eksempel en kiropraktor eller en fysioterapeut.

For at understøtte helhedsorienterede, sammenhængende og koordinerede forløb, er det afgørende med et blik og respekt for øvrige relevante indsatser udført af andre faggrupper. Det forudsætter en fælles forståelse, interesse, baggrundsviden, kendskab til tilbud og kompetencer samt dialog og koordinering på tværs af fagpersoner og sektorer om målet for forløbet. Det er dermed også en forudsætning, at de involverede aktører ved, hvilke eksisterende nationale kommunikationsværktøjer, der kan understøtte vidensdeling på tværs, samt hvor de kan søge faglig sparring og rådgivning om kroniske smerter og relevante faglige indsatser. De eksisterende kommunikationsredskaber inden for sundhedsvæsenet giver mulighed for, at sygehuse, kommuner og almen praksis samt dele af den øvrige praksissektor kan kommunikere om de enkelte forløb med samtykke⁸. De mest anvendte kommunikationsredskaber er korrespondancemeddelelse, genoptræningsplan, attester samt den afklarende samtale i kommunen.

Gennem lokalt samarbejde mellem almen praksis, relevante kommuner og faggrupper i det øvrige primære sundhedsvæsen, skabes en ramme for tværfaglig og -sektoriel dialog og sparring, samt for at afklare snitflader og rollefordelinger, der kan være med til at understøtte det sammenhængende forløb. Her kan der skabes en løbende dialog og et overblik over hinandens tilbud og kompetencer.

Som beskrevet i kapitel 5, kan nogle mennesker med kroniske smerter have brug for lindring og støtte tidligt i forløbet, og der bør ikke nødvendigvis ventes med opstart af indsatser til udredningen af smertetilstanden er afsluttet, men bør tilbydes parallelt med afklaring af smerterne i almen praksis eller ved anden relevant speciallæge. Der er behov for, at tværfagligheden i indsatsen indtænkes tidligt i forløbet og at indsatsen styrkes, så flere kan få kvalificeret hjælp i det primære sundhedsvæsen. Almen praksis bør, blandt andet sammen med andre aktører i det primære sundhedsvæsen, langtidspanlægge forløb for mennesker med langvarige smerter (>1 år).

Muligheden for en tværfaglig indsats i det primære sundhedsvæsen er også påvirket af, at der er egenbetaling til udvalgte relevante behandlingstilbud⁹, hvilket kan være en barriere for, at nogle mennesker får den indsats, de har behov for (3).

Nedenfor beskrives relevante indsatser i det primære sundhedsvæsen for mennesker med kroniske smerter.

⁸ Der er enkelte undtagelser, hvor der kan udveksles oplysninger uden samtykke jf. Retssikkerhedslovens § 11 c, Sundhedslovens § 41 stk. 2 og Servicelovens §153.

⁹ For eksempel adgang til almen fysioterapi, kiropraktik, psykolog.

6.3. Tidlig kommunal indsats

Hvis almen praksis vurderer, at der kan være gavn af en indsats i kommunen, kan der for eksempel henvises til den afklarende samtale, hvor behov, motivation og ressourcer afdækkes. Et eventuelt efterfølgende kommunalt forebyggende/rehabiliterende tilbud tilpasses den enkeltes behov og ressourcer med hensyntagen til kompleksitet, komorbiditet og særlige socialmedicinske udfordringer. Tilbuddet kan indeholde træning, egenmestring, energiforvaltning samt vejledning i forhold til kost, rygning og alkohol. Der er variation i kommunernes tilbud til mennesker med kroniske smerter. Nogle kommuner tilbyder forløb specifikt målrettet mennesker med kroniske smerter og andre har generelle forløb, som tilbydes mennesker med kroniske sygdomme, herunder mennesker med kroniske smerter.

Eksempler på kommunale indsatser

Nogle kommuner har rehabiliteringsforløb målrettet mennesker med kroniske smerter, hvor der både er individuelle samtaler og gruppeforløb med undervisning/dialog for eksempel om mekanismen bag smerter og tanker og adfærd i forhold til smerter, herunder energiforvaltning og mindfulness. Dertil supplerende moduler med tidsbegrænset træning. I grupperne er der mulighed for at møde andre i samme situation med henblik på erfaringsudveksling. Forløbenes længde er cirka 3 måneder og forestås ofte af ergo- og fysioterapeuter.

Nogle kommuner tilbyder kurset 'Lær at tackle kroniske smerter' (36)¹⁰ med undervisning i at lære at tackle de problemer og udfordringer, der følger af kroniske smerter, med forskellige teknikker. Disse kurser varetages peer-to-peer, det vil sige støtte, der gives og modtages mellem personer, der deler baggrund eller erfaringer relateret til for eksempel sygdom, etnicitet eller socioøkonomisk baggrund.

Nogle kommuner giver mulighed for, at mennesker med kroniske smerter kan henvende sig direkte til kommunen med henblik på en afklarende samtale om et relevant forebyggelses- eller rehabiliteringstilbud. Eksisterende tilbud kan for eksempel fremsøges via dette link: [Søg som borger - sundhed.dk](#). For de fleste sker det dog efter henvisning fra enten almen praksis eller sygehuset.

Det er dermed ikke en forudsætning, at en indsats efter §119 i Sundhedsloven skal være forudgået af en henvisning, men det kan give bedre sammenhæng og samarbejde om forløbet, hvis dette er tilfældet. Det er således heller ikke et krav, at mennesker med smerter skal være færdigudredt/-afklaret, når der henvises til en kommunal indsats, men en dialog mellem almen praksis og kommunen forud for henvisningen, samt

¹⁰ 35 kommuner i 2023.

løbende, vil kunne betrygge begge parter i relevans og effekt af de iværksatte indsatser. I dialogen kan almen praksis, med samtykke, samtidig videregive relevant information. Igangsættes en indsats i kommunen ved, at mennesker med kroniske smerter selv henvender sig, er det omvendt vigtigt, at den praktiserende læge inddrages.

Der bør dog være opmærksomhed på, at mennesker med smerter ikke altid er motiverede for en indsats, hvis deres tilstand ikke er afklaret, idet de ofte afventer et svar, der kan forklare smerterne og dermed også en konkret behandling, der kan afhjælpe smerterne, for eksempel i sygehusregi. Almen praksis vil, ved mistanke om uafklaret alvorlig sygdom, ikke henvise til kommunale indsatser.

Forløbsprogrammer beskriver blandt andet opgavefordeling, koordinering, samarbejde og kommunikation mellem sygehuse, praksissektoren og kommuner for specifikke målgrupper, for eksempel mennesker med lænderygglidelser. Der bør ved etablering af kommunale indsatser til mennesker med kroniske smerter, koordineres med sådanne eventuelle målgruppespecifikke forløbsprogrammer.

6.4. Biopsykosociale indsatser og styrket vidensgrundlag

I det følgende inddeles indsatserne i det primære sundhedsvæsen efter det primære fokusområde målrettet henholdsvis fysisk funktionsevne, psykologiske forhold eller omgivelsesfaktorer. Jævnfør den biopsykosociale tilgang, kan kroniske smerter, ledsagesymptomer og de forskellige komponenter, som påvirker funktionsevnen alle påvirke hinanden og dermed vil nogle indsatser påvirke forhold indenfor flere områder.

Indholdet i den samlede indsats, der tilbydes mennesker med kroniske smerter, besluttes i samarbejde mellem den enkelte og den sundhedsprofessionelle, og indsatserne bør være evidensbaserede. Overordnet bør indsatserne være tidsbegrænsede med det formål at tilstræbe mere selvstændighed til den enkelte, ved blandt andet at inddrage dennes perspektiver, støtte op om et aktivt liv med meningsfulde aktiviteter trods smerter samt ændre tilgangen fra en indsats, hvor mennesker med kroniske smerter forholder sig passivt, til indsatser med aktiv involvering. Mange kan selv bidrage til at afhjælpe eller reducere smerterne og der er derfor behov for, at sundhedsvæsenet i højere grad yder støtte til mestring af smerterne.

Smertevidenskab er et komplekst område, der har undergået et paradigmeskift i forståelsen af smerter, fra at anskue kroniske smerter alene som symptomer, til at inkludere en opfattelse af kroniske smerter som en selvstændig sygdom. Desuden har formålet været at gøre op med en automatisk anskuelse af smerter som psykosomatiske, hvis der ikke findes patologiske årsager, eller som biomedicinske i tilfælde, hvor der findes patologiske årsager. Med fortsat ny viden på området, vil der blandt de forskellige faggrupper, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter, være behov for en faglig ajourføring.

På kort sigt bør vidensgrundlaget hos relevante sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen styrkes, så de kan tilbyde mennesker med kroniske smerter en kvalificeret indsats. Der findes forskellige kortvarige kurser og lignende, som kan tilgås af forskellige faggrupper.

Eksempel på styrket vidensgrundlag af almen praksis

Der findes forskellige tiltag for kompetenceudvikling af praksislæger og -personalet blandt andet gennem efteruddannelse i regi af PLO. For eksempel afholder MidtKraft (kvalitetsenheden for almen praksis i Region Midtjylland) dagskurser for læger om mennesker med kroniske smerter. Kurset handler om, hvordan den praktiserende læge og praksispersonalet kan hjælpe mennesker med kroniske smerter og giver dem kompetencer til bedre at forstå de komplekse tilstande. Der undervises blandt andet i forståelse af smertens ætiologi og non-farmakologisk behandling, herunder psykoedukation, fysisk aktivitet, fremme af egenomsorg med videre. Der er gode eksempler fra praksis på, hvordan indsatsen til gruppen af mennesker med kroniske smerter i almen praksis er blevet styrket efter korte kompetenceudviklingsforløb.

På længere sigt er der behov for bredere uddannelsesmæssige tiltag, hvilket ikke er rummet i disse anbefalinger, men beskrives i det perspektiverende kapitel 10.

6.4.1. Indsatser målrettet fysisk funktionsevne

Indsatser målrettet fysisk funktionsevne for mennesker med kroniske smerter har oftest som mål at opnå og fastholde den bedst mulige fysiske funktionsevne trods smerter, så der kan leves et så aktivt og normalt hverdagsliv som muligt. Formålet med indsatsen er at støtte den enkelte i at opbygge kompetencer til at forudse og lindre smerterne samt fungere i en hverdag præget af smerter i større eller mindre grad. Ud over at forbedre den fysiske funktionsevne er sigtet med fysisk aktivitet at lindre smerterne og øge den enkeltes livskvalitet ved at mindske følgevirkninger, som eksempelvis træthed, angst, søvnbesvær og risiko for depression.

Indsatsen målrettet fysisk aktivitet indeholder en række forskellige elementer, blandt andet progressiv styrke- og konditionstræning, graderet aktivitetsregulering, vejledning om hensigtsmæssig adfærd, hjælp-til-selvhjælp, undervisning i smerteforståelse og smertehåndteringsteknikker. Forståelse for egen situation og opmærksomhed på forværende og forbedrende faktorer er en vigtig del af behandlingen. En klar kommunikation understøtter, at mennesker med kroniske smerter forstår, kan håndtere og se en mening med sin situation samt det igangværende behandlingsforløb.

Indsatserne relateret til fysisk aktivitet kan gennemføres som individuelle indsatser eller som holdindsats med mulighed for netværksdannelse og erfaringsudveksling.

Indsatser målrettet fysisk funktionsevne til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af fysioterapeuter, ergoterapeuter, kiropraktorer og osteopater.

Henvisning

Almen praksis kan henvise til fysioterapi hos en praktiserende fysioterapeut med tilskud til egenbetaling. Fysioterapi kan endvidere ydes som en del af den kommunale rehabilitering eller genoptræning. Det er desuden muligt at få fysioterapi ved egenbetaling uden henvisning fra almen praksis eller gennem en privat sundhedsforsikring. Derudover kan sygehuse via en genoptræningsplan (GOP) henvise til fysioterapi og/eller ergoterapi i kommunen efter sundhedslovens §140, hvis der, i forbindelse med et forløb på sygehuset, er et lægefagligt vurderet behov for genoptræning eller rehabilitering. Jævnfør servicelovens §86 skal kommunen tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse samt hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, har behov herfor.

Kiropraktik tilbydes hovedsageligt på private klinikker. Det er ikke nødvendigt med en henvisning fra almen praksis for at blive behandlet af en kiropraktor eller for at få tilskud til behandlingen.

Osteopati tilbydes hovedsageligt på private klinikker. Det er ikke nødvendigt med en henvisning fra almen praksis for at blive behandlet af en osteopat. Det er ikke muligt at få tilskud til behandlingen, men mange private sundhedsforsikringer dækker osteopati.

6.4.2. Indsatser målrettet psykologiske forhold

Psykologisk smertehåndtering handler overordnet om forskellige typer af smerteadfærd og ressourceforvaltning. Håndtering af kroniske smerter er en proces, hvor mennesker med kroniske smerter lærer sin egen situation at kende. Den psykologiske behandling giver redskaber til at håndtere de fysiske og psykiske symptomer og målet er at skabe så god livskvalitet som muligt, på trods af de kroniske smerter. Der er ofte tale om en længere omstillingsproces, hvor det bør respekteres, at den personlige forandring og omstilling til et liv med kroniske smerter tager tid og som regel flere år.

Den psykologiske vurdering kan blandt andet omfatte identificering, forebyggelse og behandling af psykologiske følgevirkninger (angst, depression, katastrofetanker med mere) samt vurdering af accept og mestring af tilstanden (34).

Symptomer, der behandles gennem psykologiske indsatser, kan for eksempel være søvnproblemer, ængstelse, ændret selvbillede og relationelle vanskeligheder. Derudover kan den psykologiske smerteindsats blandt andet bestå af kognitive vurderinger i forbindelse med arbejdsevne. Metoderne kan være information, psykoedukation, træning af mestringsstrategier, afklarende psykoterapi, eksistentiel terapi samt kognitiv adfærdsterapi for eksempel ACT (Acceptance and Commitment Therapy) med fokus på

påvirkningen af og sammenhængen imellem følelser, tanker og handlinger. Der arbejdes blandt andet med aktivitetsregulering og hensigtsmæssig mængde aktivitet og hvile.

Indsatser målrettet alvorlige psykologiske forhold til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af psykologer. Sundhedspsykologi er en specialistuddannelse indenfor psykologifaget, der har smerter som speciale. Andre faggrupper, som for eksempel ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialrådgivere, kan varetage forløb med indsatser målrettet psykologiske forhold med mindre alvorlighedsgrad. Her kan nævnes mindfulness, afspænding, sanseintegration, stresshåndtering og undervisning i forståelse og håndtering af kroniske smerter, psykoedukative forløb for at styrke mestring og egenomsorg, herunder læring om egen helbredssituation, samt navigering i sundheds- og socialvæsenet. Denne indsats vil typisk finde sted i kommunalt regi eller i regi af et regionalt tværfagligt smertecenter eller -klinik.

Henvisning

Mennesker med kroniske smerter med behov for indsatser målrettet psykologiske forhold, kan søge hjælp hos en privatpraktiserende psykolog. Almen praksis kan dog ikke henvise til psykolog på baggrund af kroniske smerter og der er egenbetaling. Nogle kommuner har etableret en indsats, for eksempel på arbejdsmarkedsområdet, hvor der for udvalgte tilbydes ydelser hos en psykolog ved en ekstern leverandør for udvalgte borgere, som er under afklaring i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet.

6.4.3. Indsatser målrettet omgivelsesfaktorer

Indsatser målrettet omgivelsesfaktorer for mennesker med kroniske smerter har oftest som formål at muliggøre deltagelse i vigtige aktiviteter i hverdagslivet, herunder arbejdslivet. Derudover at træne færdigheder, som medvirker til, at den enkeltes ønsker til blandt andet personlig udvikling, fritidsinteresser og sociale relationer bliver opfyldt.

Indsatser til forbedring af funktionelle færdigheder har som formål at optimere udførelsen af daglige aktiviteter, for eksempel indsatser relateret til egenomsorg under betegnelsen ADL, der kan omfatte personlig hygiejne, påklædning, madindtag og søvnrutiner. Aktivitetstræning udføres med høj værdi for hverdagslivet (for eksempel i eget hjem eller institution), så de nye færdigheder, strategier og teknikker bliver implementeret, hvor de skal bruges.

Indsatsen kan være en kompensatorisk strategi, som indeholder adaptive/kompenserende tiltag i forhold til mennesker med kroniske smerter, aktiviteten og omgivelserne eller en genoprettende strategi, som tilsigter at genopbygge færdigheder, personlige roller, prioritering og hverdagspraksis (37,38). Aktivitetsregulering (activity pacing) og aktivitetsgradering (graded activity) (39,40) er udbredte metoder indenfor smerterehabilitering. Disse inkluderer blandt andet anvendelsen af energibesparende metoder og energiforvaltning samt anvendelse af hjælpemidler og tilpasning af fysiske omgivelser som vigtige elementer.

Arbejdsrettet rehabilitering

Arbejde er for mange mennesker en væsentlig del af identiteten og kontakt til arbejdsmarkedet opleves som et sundhedstegn. Der opstår dog ofte den udfordring, at sundhedsprofessionelle, mennesker med kroniske smerter og socialrådgivere i beskæftigelsesafdelingerne har forskellige forståelser, kriterier og formål med forløbet. Sundhedsprofessionelle ser mennesket ud fra et sundhedsperspektiv, socialrådgivere ud fra et socialt/samfundsperspektiv og mennesker med kroniske smerter står der imellem og skal forsøge at navigere, hvilket kan være udfordrende. For at understøtte den nødvendige hensyntagen til den enkeltes helbred, har kommunerne mulighed for at indhente sundhedsfaglig rådgivning og vurdering ved regionens Socialmedicinske Klinik (Klinisk Funktion) samt fra almen praksis i jobafklaringsager vedrørende ressourceforløb, fleksjob og førtidspension med videre.

Der er via beskæftigelseslovgivningen forsøgt at skabe muligheder for at fastholde mennesker med kroniske smerter på arbejdsmarkedet. Dette for at skabe rum og mulighed for, at den enkelte kan forsætte sit arbejde på vilkår, der er forenelige med sin tilværelse. Det sker i samarbejde med jobcenteret, der har mulighed for at tilbyde en række indsatser, afhængigt af den enkeltes behov. Det kan for eksempel være i form af hjælpemidler, personlig assistance på arbejdspladsen, individuel arbejdstilrettelæggelse, rundbordsamtale med relevante aktører omkring borgeren, revalidering (omskoling til andet mere skånsomt erhverv eller opgaver) og smertetacklingsforløb med mere (41-43). Det stiller dog krav til, at arbejdsmarkedet i større omfang kan rumme job med mulighed for nedsat tid og fleksible arbejdsforhold, som for eksempel mulighed for hjemmearbejde, og at arbejdsgiverne får større viden om kroniske smerter. Såfremt det, på trods af forskellige foranstaltninger, ikke er muligt at opnå beskæftigelse på ordinære vilkår, kan kommunen afklare, hvorvidt den enkelte borger er i målgruppen for fleksjob og lignende.

Eksempler på tiltag for arbejdsfastholdelse

I Region Hovedstaden kan praktiserende læger, fagforeninger og hospitalsafdelinger henvise erhvervstruede mennesker med kroniske smerter til en socialmedicinsk udredning ved Afdeling for Socialmedicin på Frederiksberg Hospital. Målgruppen er de mennesker, som enten fortsat er i arbejde eller for ganske nyligt er udtrådt af arbejdsmarkedet. Tilbuddet omfatter en tværfaglig udredning med det formål at afdække problemstillinger, som har betydning for evnen til at fungere under private såvel som arbejdsrelaterede forhold. Såfremt der kan peges på kompenserende foranstaltninger, støttes den enkelte i at oprette kontakt til den rette instans.

Ved mistanke om en arbejdsbetinget lidelse hos et menneske med kroniske smerter, kan praktiserende læger, speciallæger, fagforeninger, Arbejdsskadestyrelsen eller arbejdsmiljøorganisationen på arbejdspladsen henvise til en undersøgelse ved en af landets arbejdsmedicinske klinikker. Udover at undersøge, om lidelsen skyldes arbejdsmiljøet, kan klinikkerne blandt andet rådgive om fremtidige erhvervs muligheder og informere arbejdspladsen om forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer.

Fastholdelse på arbejdsmarkedet er både til fordel for den enkelte, men også for samfundet ud fra et økonomisk perspektiv. Det er vigtigt, at jobcentrene eller en kommende tilsvarende funktion benytter den fleksibilitet, der allerede ligger i lovgivningen i forhold til at iværksætte samtidige indsatser, eksempelvis genoptræning som gives efter sundhedsloven, og beskæftigelsesindsatser som ydes efter lov om aktiv beskæftigelse, så en glidende overgang mellem indsatserne understøttes. Desuden bør en beskæftigelsesindsats, for eksempel tilbagevenden til arbejde, indtænkes som en del af genoptræningsforløbet. Dette så tilbagevenden til arbejde ikke først påbegyndes, når mennesker med kroniske smerter er helt raske, men for eksempel foregår som en gradvis tilbagevenden, både i forhold til tid (længde og placering på dagen), men også i forhold til hvilke opgaver, der kan løses. Gradvis tilbagevenden kan eventuelt være med til at understøtte fastholdelse i arbejdsmarkedet til en vis grad, også for de mennesker der aldrig kommer tilbage til at arbejde på normale vilkår.

Eksempel på sammenhæng mellem forvaltninger

I Køge Kommune er der et tæt samarbejde mellem jobcenteret og den kommunale træningsenhed. Jobcenteret har valgt at tilkøbe ydelser hos træningsenheden indenfor beskæftigelsesområdet. Sagsbehandleren fra jobcenteret har mulighed for at deltage i start samtalen, så der skabes sammenhæng i forløb og enighed om mål og retning mellem borger, træningsenhed og jobcenter. Denne praksis er med til at understøtte individuelt tilrettelagte forløb, hvor der er god mulighed for løbende dialog om tilpasning af tilbud og forløbslængde, med udgangspunkt i de individuelle behov. En fysioterapeut i kommunen har gennemført en masteruddannelse i smertevidenskab og tværfaglig smertebehandling, hvilket har opkvalificeret tilbuddet i Træningsenheden.

Indsatser vedrørende omgivelsesfaktorer til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af socialrådgivere og ergoterapeuter, der ofte varetager indsatsen i kombination med andre lidelser.

Henvisning

Almen praksis kan henvise til steder, hvor der tilbydes ergoterapi til mennesker med kroniske smerter for eksempel regionale smertecentre og -klinikker, privathospitaler eller kommuner som beskrevet ovenfor. Almen praksis kan ikke henvise til kommunale indsatser på beskæftigelsesområdet. Der kan gøres brug af LÆ 165 'Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling', hvor kommunen kan gøres opmærksom på særlige udfordringer samt foreslå en rundbordssamtale, hvor formålet er at udarbejde en handleplan for menneskets fremtidige arbejdsituation.

7. Indsatser i regi af smertecentre og -klinikker

Anbefalinger

- Ved henvisning til en specialiseret smertebehandling bør den henvisende læge have kendskab til den biopsykosociale situation, så relevante oplysninger kan videregives
- Tværfaglige smertecentre og -klinikker bør tilbyde indsatser til mennesker med kroniske komplekse smerter tilrettelagt efter de individuelle biopsykosociale behov. Regioner og private udbydere bør understøtte, at indsatserne i de tværfaglige smertecentre og -klinikker på tværs af landet har ensartet kvalitet
- Smertecentre og -klinikker følger løbende op på de enkelte behandlingsforløb og afslutter forløb ved manglende effekt af behandlingen under forudsætning af, at der udarbejdes en udførlig plan for den videre farmakologiske og non-farmakologiske behandling, som videreformidles til almen praksis og andre relevante aktører
- De tværfaglige smertecentre og -klinikker bør samarbejde med almen praksis og kommunerne vedrørende behov for indsatser i det primære sundhedsvæsen i løbet af behandlingsforløbet og i forbindelse med opfølgningen
- Regionerne og kommunerne bør aftale klare rammer for samarbejdet for det tværsektorielle samarbejde mellem de tværfaglige smertecentre og -klinikker og henholdsvis almen praksis og kommunerne, som ligeledes bør have let adgang til rådgivning derfra
- I hver region bør der arbejdes for et bedre samarbejde på tværs af de tværfaglige smertecentre og -klinikker og centre for funktionelle lidelser, både for en fælles forståelse og formidling af henholdsvis primære kroniske smerter og funktionelle lidelser samt for afklaring af den organisatoriske snitflade i forhold til, hvem der bør henvises til det ene og andet sted.

Et specialiseret smertebehandlingsforløb tilbydes som udgangspunkt først, når mennesket med smerter er færdigt udredt og mere generelle behandlingsmuligheder er afprøvet. Efter endt forløb ved smertecenter eller -klinik opfølges der i almen praksis og

kommunerne, såfremt der er behov herfor. Dette forudsætter et godt samarbejde på tværs af sektorerne. Der er desuden behov for tiltag og en organisering, der understøtter, at de rette personer kan tilbydes et forløb i et tværfagligt smertecenter eller -klinik, når det vurderes relevant og uden unødvendig ventetid.

7.1. Organisering af smertecentre og -klinikker

I Danmark er der forskellige former for specialiseret smertebehandling både i offentligt og privat regi. Overordnet skelnes der mellem praktiserende speciallæger (oftest anæstesiologer), monofaglige smerteklinikker samt tværfaglige smertecentre og tværfaglige smerteklinikker. Generelt foregår behandlingen i dagstiden uden indlæggelse.

Derudover varetager andre enheder også smertebehandling, for eksempel de højt specialiserede rygmarscentre for mennesker med rygmarskader og de foreningsdrevne sygehuse, herunder SANO, der tilbyder tværfaglige rehabiliteringsforløb til reumatologiske patienter. Traume- og torturbehandlingscentre varetager endvidere smertetilstande hos flygtninge med posttraumatisk stress syndrom (PTSD).

En monofaglig smerteklinik består af en eller to læger samt sygeplejersker. De varetager typisk forløb med simple kroniske smerter uden væsentlige sociale eller psykiske problemstillinger, hvor der primært er behov for specialiseret hjælp til den farmakologiske behandling. Monofaglige smerteklinikker er enten beliggende på sygehuse, hvor de håndterer sygehusets egne patienter under indlæggelse eller ambulant, eller de er lokaliseret i praksissektoren under speciallægeområdet.

I tilfælde med sværere komplekse kroniske smerter, hvor smerterne er ledsaget af alvorlige sociale og psykologiske problemer med konsekvenser for arbejdsliv og livskvalitet, kan der være behov for en tværfaglig behandlingsindsats, hvor der tilbydes helhedsorienterede evidensbaserede indsatser målrettet både biologiske psykologiske og sociale faktorer. Dette varetages i de tværfaglige smertecentre og -klinikker.

De tværfaglige smertecentre/-klinikker fungerer som ekspert- /videnscentre, som er bemandede med særligt uddannede speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, sygeplejersker, ergoterapeuter og eventuelt andre sundhedsprofessionelle med specialkendskab til smerteområdet. Et tværfagligt smertecenter er tilknyttet en sygehusafdeling, for eksempel som et ambulatorium under anæstesiologisk afdeling. Den tværfaglige smerteklinik har, til forskel for et tværfagligt smertecenter, ikke forsknings- og uddannelsesforpligtelse, men derudover er funktionsområderne ens. Generelt gælder det, at de tværfaglige smertecentre og -klinikker varetager behandling af mennesker med komplekse kroniske non-maligne smerter af længere varighed og hvor monofaglig smertebehandling ikke har haft effekt.

Ventetiderne til de tværfaglige smertecentre og -klinikker varierer, både på tværs af landet og mellem private og offentlige behandlingsenheder. Der opleves nogle steder i

landet udfordringer med lange ventetider til behandling på ovenstående på grund af begrænset kapacitet. De aktuelle ventetider kan søges frem på [Mit Sygehusvalg](#). Undersøgelser har vist, at længere ventetid mellem specialsthenvi sning og specialistkonsultation resulterer i dårligere helbred, smertebehandling og risiko for en øget kompleksitet af smerterne(44). Det er derfor vigtigt, at de mennesker, der har behov for forløb med en tværfaglig indsats, ikke oplever for lang ventetid.

Organiseringen af smertebehandling på hospitaler og sygehuse er nærmere beskrevet i specialeplanen for det anæstesiologiske speciale (45). Der henvises til kapitel 3 for beskrivelse af simple og komplekse kroniske smerter.

7.2. Henvisning til et tværfaglige smertecenter eller -klinik

Mennekser med komplekse kroniske smerter kan henvises til et forløb i en de tværfaglige smertecentre eller -klinikker, hvis vedkommende er motiveret og følgende forudsætninger er opfyldt (fra [Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Anæstesiologi](#), 2018):

1. monofaglig terapi har ikke haft effekt og
2. patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer og
3. der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og hverdagsliv og
4. de kroniske smerter har udløst sociale og psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

De regionale krav til henvisningsoplysninger er i store træk enslydende, men der bør være opmærksomhed på, at der kan være varians på tværs. En grundig beskrivelse af, hvordan mennesket er belastet af sine smerter, vil oftest være et krav, men det kan være en fordel at kontakte det relevante smertecenter/-klinik eller besøge deres hjemmeside for at få information om de specifikke krav. Derudover ligger der en vejledning på [sundhed.dk](#). Det er vigtigt, at den henvisende læge (praktiserende læge eller sygehusafdeling) har kendskab til hele helbredssituationen, så oplysningerne i henvisningen er fyldestgørende for, at der ved visitationen kan vurderes, om de generelle henvisningskrav er opfyldt og der kan tilbydes et relevant forløb.

Det er desuden vigtigt, at den henvisende læge oplyser informationer om både aktuel medicin og tidligere forsøgt medicinsk behandling. Henvisningen skal endvidere indeholde fyldestgørende informationer om relevante psykologiske forhold, for eksempel forekomst af angst, depression, irritabilitet og uhensigtsmæssig smertehåndtering. Derudover skal der fremgå information om relevante fysiske forhold, for eksempel søvn og aktivitet samt social situation, herunder erhvervs mæssig status (arbejde, sygemeldt, revalidering med videre), eksistensgrundlag (uafklaret eller afklaret) eller verserende erstatningssager. Ovenstående informationer er vigtige for at kunne beskrive helhedsbilledet af den enkeltes situation og kompleksiteten af smertetilstanden.

I tilfælde, hvor den henvisende læge støder på udfordringer i forhold til gældende henvisningskrav, anbefales det, at der tages kontakt til det tværfaglige smertecenter eller -klinik for rådgivning, for at undgå unødvendig ventetid og afviste henvisninger. Ligeledes bør smertecentre og -klinikker tage kontakt til den henvisende læge, hvis der mangler information i henvisningen eller lignende.

7.3. Indsatser i tværfaglige smertecentre og -klinikker

De generelle behandlingsmål for et tværfagligt forløb i et smertecenter eller -klinik er at lindre smerterne så meget som muligt, give en forståelse for smertetilstanden og de udfordringer, der følger med langvarige smerter, hjælpe til at leve så aktivt som muligt, lære at prioritere hvad den enkelte bruger sin energi på samt at undgå sygeliggørelse af smertetilstanden. Samlet set er formålet, at funktionsevnen i forhold til aktiviteter og deltagelse øges bedst muligt på trods af kroniske smerter.

I de tværfaglige smertecentre og -klinikker tages der individuelt stilling til, hvad mennesker med kroniske smerter har behov for, og forløbene kan derfor variere betydeligt, men typisk varer de fra 3-12 måneder. Størstedelen tilbydes et standardiseret forløb, der både består af individuelle samtaler, undervisning og gruppeforløb med tematikker såsom sygdoms-/smerteforståelse, stressregulering og aktivitetstilpasning (både fysisk, mentalt og socialt/arbejds-mæssigt). Indsatserne bør primært bestå af non-farmakologiske indsatser, for eksempel rehabiliterende, rettet mod både de fysiske (herunder aktivitet og deltagelse), psykologiske og sociale faktorer. Farmakologisk behandling anvendes i mindre grad til mennesker med komplekse smerter. Ofte består et forløb af flere faser med en vurdering, et behandlingsforløb og en afrunding. Der arbejdes ud fra den biopsykosociale tilgang.

Kvaliteten af den specialiserede smertebehandling varierer imidlertid nationalt og på tværs af regioner og private udbydere. Regionerne bør derfor understøtte, at indsatserne i smertecentre og -klinikker på tværs af landet har ensartet høj kvalitet. Der bør endvidere være relevant tværfagligt personale med viden og erfaring med komplekse smerter samt tværkulturelle kompetencer, for eksempel ved behov for tolkebistand.

Ved afslutningen af et forløb i et smertecenter eller -klinik foretages der en helhedsorienteret afrunding og der tages stilling til behov for opfølgning hos egen læge eller kommunen. Det anbefales, at det bør fremgå af epikrisen, at den farmakologiske behandling ikke er permanent, men at der vil være behov for justering ved de fortsatte konsultationer i almen praksis. Mennesket med kroniske smerter skal have grundig information om det videre forløb, som informeres til og eventuelt drøftes med egen læge og kommunen, herunder mulige opfølgende kommunale indsatser, for eksempel støtte i forhold til sociale og arbejdsrelaterede problemstillinger.

For at opnå den bedste effekt af behandlingsforløbet er den enkeltes parathed og motivation en vigtig faktor. Der bør derfor være løbende opfølgning af, hvorvidt det kan være

giventigt at fortsætte i behandlingsforløbet eller der er behov for anden indsats i stedet. Der bør derfor foretages regelmæssig status på alle, så forløbet afsluttes, hvis der mangler fremdrift eller der opleves stagnation i behandlingsindsatsen. Disse forløb bør afsluttes, også selvom der ikke er opnået en væsentlig bedring, men med mulighed for genhenvisning.

Særligt sårbare mennesker med kroniske smerter kan have komplekse helbredsmæssige problemer, herunder flere samtidige sygdomme, der gør det svært at definere, hvornår behandlingsmulighederne er udtømte eller der ikke er mulighed for at kunne give den enkelte yderligere nytte eller indsigt. Denne kompleksitet kan kræve en mere individualiseret og fleksibel tilgang til behandlingen for at understøtte, at relevante sundhedsprofessionelle eller almen praksis overtager det videre forløb eller behandling.

7.4. Tværsektorielt samarbejde, herunder rådgivning

7.4.1. Samarbejde med almen praksis

Under et behandlingsforløb er det den behandlingsansvarlige læge, tilknyttet smertecentret eller -klinikken, der har ansvaret for behandling af de kroniske komplekse smerter. Egen læge har behandlingsansvaret forud for forløbet i smertecentret eller -klinikken og overtager igen efter endt forløb. Når forløbet afsluttes på et smertecenter eller -klinik, skal der videregives fyldestgørende information om selve behandlingsforløbet samt plan for den videre farmakologiske og non-farmakologiske behandling via epikrise eller om nødvendigt via personlig kontakt til egen læge.

Der er behov for et tæt samarbejde mellem almen praksis og smertecentre og -klinikker. Dette vil hjælpe almen praksis til at varetage behandling forud for en eventuel henvisning, ved eventuel ventetid til opstart i forløb ved et smertecenter eller -klinik og kunne yde en opfølgende indsats efter forløbet. Dette kan både understøtte, at de rette mennesker med kroniske smerter håndteres i almen praksis og at de rette bliver henvist til tværfaglig behandling i smertecentre eller -klinikker. Der er gode praksiseksempler på tæt samarbejde med almen praksis i forhold til at overtage behandlingen efter endt specialiseret smerteforløb, hvor overtagelsen er blevet afhjulpet med grundige udskrivnings-/behandlingsplaner samt mulighed for telefonisk sparring og vejledning.

7.4.2. Samarbejde med kommuner

For nogle mennesker, tilknyttet et tværfagligt smertecenter eller -klinik, kan der være behov for kommunal støtte undervejs i forløbet og efter endt forløb. Kommunen kan have behov for viden om den enkeltes smertetilstand i forhold til sagsbehandlingen af sideløbende sociale indsatser. De tværfaglige smertecentre og -klinikker bør derfor også være opmærksomme på overlevering af information til kommunen. En socialrådgiver eller fagperson med lignende kompetencer tilknyttet de tværfaglige smertecentre eller -klinikker vil kunne varetage dialogen med kommunen om, hvor den enkelte er i sit forløb og om følgerne af smerterne for bedre at kunne yde den rette støtte. Dette kræver samtykke.

Der bør ligeledes være mulighed for, at kommunerne kan indhente rådgivning i enkelte sager hos de tværfaglige smertecentre og -klinikker i forhold til sideløbende og opfølgende behandling med videre. Der er således behov for at styrke et tæt samarbejde mellem de tværfaglige smertecentre og -klinikker og kommunerne i forhold til dem, der har behov for ekstra støtte, er erhvervstruede med videre.

7.4.3. Rammer for tværsektorielt samarbejde

Regionerne og kommunerne bør aftale klare rammer for samarbejdet mellem de offentlige og de private smertecentre og -klinikker, almen praksis og kommunerne. Behandlingsindsatser i såvel de private som i de offentlige udbydere bør have samme høje kvalitet og de private udbydere bør derfor også være omfattet af rammerne for samarbejdet. I Region Midtjylland er der for eksempel udarbejdet en forløbsbeskrivelse, som også omfatter forløb i privathospitaler¹¹.

Almen praksis og kommuner bør i alle regioner have let adgang til rådgivning hos et tværfagligt smertecenter eller -klinik. Der er flere steder i landet allerede etableret mulighed for, at fagpersoner kan få telefonisk specialistrådgivning ved enten et tværfagligt smertecenter eller -klinik (46,47). En af forudsætningerne for, at indsatsen i højere grad kan finde sted i det primære sundhedsvæsen, er, at de tværfaglige smertecentre og -klinikker bidrager til opkvalificering af almen praksis og kommunerne i viden om kroniske smerter, herunder hvad personalet skal være opmærksom på i indsatsen. Flere både offentlige og private tværfaglige smertecentre og -klinikker tilbyder efteruddannelse til praktiserende læger indenfor regionen eller afholder årlige samarbejds møder med de praktiserende lægers lokale klyngegrupper med fokus på faglig opdatering.

Eksempler på tværsektorielt samarbejde

I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark er der udarbejdet forløbsbeskrivelser for behandling af mennesker med komplekse kroniske smerter i de tværfaglige smertecentre og -klinikker, hvoraf det fremgår, at der bør være mulighed for rådgivning fra de tværfaglige smertecentre og -klinikker telefonisk eller via korrespondancebreve.

Tværfagligt Smertecenter (TSC), Aalborg Universitetshospital og Nord-KAP har et samarbejdsprojekt, der har til formål at øge samarbejdet mellem almen praksis og det tværfaglige smertecenter samt understøtte, at flest mulige får den rette behandling på det rette tidspunkt. Der er efteruddannelses tilbud til læger om smerter

¹¹ Region Midtjyllands forløbsbeskrivelse: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/kroniske-smertepatienter/>

Region Syddanmarks forløbsbeskrivelse: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/icpc-oversigt/a-almen-og-uspecificeret/smertebehandling/>

i en biopsykosocial sammenhæng samt non-farmakologiske indsatser, inklusiv tilbud til de pårørende. Der er endvidere oprettet en hotline i smertecentret til læger, der har behov for rådgivning i forhold til henvisning, smertemedicinering eller andet.

Tværfagligt Smertecenter Rigshospitalet har tilknyttet socialrådgivere, som tager kontakt til kommunen, hvis der vurderes behov for et kommunalt tilbud, for eksempel efter servicelovens §85 eller anden støtte for eksempel hos en frivillig forening. I et smertecenter i Region Midtjylland er der et mere udvidet samarbejde med kommunerne, hvor smertecentret via sundhedskoordinatorer i socialmedicinsk klinik kan drøfte sager med kommunerne.

I Smertecenter Syd arbejdes der med, at mennesker med kroniske smerter selv tilegner sig redskaber til at handle og agere bedst muligt i eget liv. Det er vurderet hensigtsmæssigt for deres liv på den lange bane, at arbejdet med egne handlekompetencer foregår i et samarbejde med jobcenteret. Der arbejdes med at styrke den enkeltes empowerment i eget liv (48). I situationer, hvor personen er særligt udfordret eller hvor der kan være særlige behov, kan socialrådgiverne medvirke til samarbejdet ved for eksempel at give information om behandlingsforløbet og sygdomsbillede.

Tværfagligt smertecenter Næstved har virtuelle samarbejdskonferencer med Familieambulatoriet, Psykiatrisk klinik i Næstved samt Center for senfølger efter kræftsygdom. Disse konferencer medvirker til at øget samarbejde og forståelse, der giver bedre forløb for den enkelte. Desuden er der udarbejdet en samarbejdsaftale i forhold til gravide med kroniske smerter, hvor Familieambulatoriet kan henvise direkte til fysioterapeutisk kontakt i Tværfagligt Smertecenter Næstved, hvor de følges, imens de varetages medicinsk i Familieambulatoriet.

7.5. Snitflade i forhold til behandling af mennesker med funktionel lidelse

Organiseringen af behandlingstilbud til mennesker med primære kroniske og komplekse smerter er meget forskelligt nationalt set. Grundet det store overlap i symptomer hos mennesker med kroniske smerter og funktionel lidelse vanskeliggøres både stillingtagen til henvisning til enten behandlingstilbud i smerte-regi eller enheder for funktionelle lidelser. Der er etablerede enheder for funktionelle lidelser og smertetilbud i hver region, men der er et meget forskelligt samarbejde om, hvilke mennesker, der skal henvises til og behandles i henholdsvis det ene og andet tilbud. Dette er en stor udfordring for både almen praksis og andre læger, som henviser, men også for patienter og patientforeninger i forhold til at rådgive om den rette behandling. Oveni denne organisatoriske udfordring er der forskelle i forklaringsmodeller som fundament for sygdomsforståelse, tilgang og prognose også en udfordring. Det anbefales derfor, at der fremadrettet

arbejdes for et bedre samarbejde på tværs, både i forhold til en fælles forståelse og formidling af primære kroniske smerter/funktionelle lidelser og i forhold til afklaring af snitflade og rette behandlingstilbud for de forskellige problemstillinger. Dette anbefales som udgangspunkt iværksat lokalt i hver region med henblik på et mere udvidet og ensartet nationalt samarbejde på sigt.

Eksempel på samarbejde om snitfaldeafklaring

På Aarhus Universitetshospital er Smerteenheden organiseret som et tæt samarbejde mellem Neurologisk Afdeling og Afdeling for Funktionel Lidelse, hvilket imødekommer afklaring af snitflade og bedst mulige behandlingstilbud.

8. Indsatser i forbindelse med operationer

Anbefalinger

- Der bør foretages grundig præoperativ smerteanamnese med en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang
- Der bør gives fyldestgørende præoperativ information om de planlagte kirurgiske procedurer, forventet postoperativt forløb samt smertelindring
- Hvis der opstartes behandling i kirurgisk regi med opioider, skal der også udarbejdes en behandlingsplan af kirurgen, der blandt andet indeholder en aftrapningsplan
- Ved aftrapning af opioidbehandling, kan almen praksis søge farmakologisk rådgivning fra en af de fem lægemiddelrådgivninger, der er tilknyttet sygehusenes Kliniske Farmakologiske Afdelinger.
- Der bør være mulighed for tilgængelig faglig sparring for almen praksis ved de tværfaglige smertecentre og -klinikker, hvis der er udfordrende forløb i forhold til aftrapning af opioidbehandling efter en operation, og der ikke er tvivl om postkirurgiske komplikationer.

I dette kapitel beskrives anbefalede tiltag og indsatser i forbindelse med operation. Anbefalingerne omhandler både de mennesker, der allerede har kroniske smerter, og dem der inden en operation ikke har kroniske smerter, men er i risiko for at udvikle kroniske smerter og/eller opioidafhængighed.

For mange mennesker med kroniske smerter vil en planlagt operation have til formål at lindre en allerede eksisterende smertetilstand. For de flestes vedkommende vil det lykkes, mens for andre vil et operativt indgreb efterfølgende kunne medføre, at de udvikler kroniske smerter. En del har gennemgået langvarige udredningsprocesser og oplevet ventetider på operationer, og nogle har haft behov for smertestillende behandling, herunder opioider allerede inden en operation.

Undersøgelser viser, at afhængig af typen og årsagen til det kirurgiske indgreb, er det mellem 10 og 70 pct., som udvikler postkirurgiske kroniske smerter (49). Den store variation illustrerer blandt andet forskellen i de populationer, der er undersøgt og udfordringer med at sammenligne dem. Årsagerne er multifaktorielle og selvom studier viser

populationssammenhæng mellem risiko for udvikling af kroniske smerter og faktorer som alder, køn, præoperative smerter, psykiske faktorer, sociale faktorer og operationstype, kan faktorerne ikke anvendes til at forudse den enkeltes risiko (49,50). En grundig præoperativ smerteanamnese og en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang kan dog give den sundhedsfaglige et indblik i opmærksomhedspunkter både i forhold til mulig risiko for udvikling af kroniske smerter, risiko for at allerede eksisterende smerter kan blive komplekse, men også relevante i forhold i den enkeltes sociale liv, for eksempel hvorvidt vedkommende er arbejdsstruet (4).

Det er endvidere nødvendigt med øget opmærksomhed på den farmakologiske behandling efter en operation, herunder især systematisk opfølgning samt aftrapning af opioider. Langvarig brug af opioider er forbundet med risiko for alvorlige bivirkninger og afhængighed (35), hvorfor der er øget bekymring for risikoen efter kirurgiske indgreb. Omfanget af mennesker, der udvikler et langvarig brug af opioider efter kirurgi er omdiskuteret (49,50, 51,52), men afhænger blandt andet af indgrebstype og varierer alt efter, hvilken type opioid der anvendes, og hvorvidt der allerede præoperativt er opstartet behandling med opioid (47,48). Op til 30 pct. af mennesker med kroniske smerter er allerede i behandling med opioider før indlæggelsen og selve operationen (52). Der opstår ofte den problemstilling, at ansvarsfordelingen mellem det sygehus, der iværksætter smertebehandlingen i forbindelse med kirurgi og den alment praktiserende læge, der skal følge op på forløbet, ikke er fyldestgørende afstemt. For at kunne afhjælpe de mennesker, der er i risiko for at udvikle kroniske smerter eller afhængighed af opioider, bør der iværksættes indsatser både før og efter operationen og på at skabe bedre sammenhæng gennem hele forløbet.

8.1. Risikovurdering og smerteafdækning før operationer

Det anbefales generelt, at alle inden en planlagt operation får foretaget en fyldestgørende smerteanamnese og informeres grundigt om de planlagte kirurgiske procedurer, det forventede postoperative forløb samt smertelindringen. Utilstrækkelig information præoperativt og postoperativt, manglende erkendelse af smerten i dens kontekst i den akutte fase og uhensigtsmæssig mestring af de initiale akutte smerter er alle kendte risikofaktorer for udvikling af en kompleks kronisk smertetilstand (34). Derfor bør der før operationen forberedes med information om både akutte smerter, behandling af smerter under og efter indgrebet, anbefalinger til fysisk aktivitet samt mulige konsekvenser ved smertestillende lægemidler, særligt vedrørende opioider.

Der er et stort sammenfald mellem risikofaktorerne for udvikling af længerevarende opioidforbrug efter kirurgi og risikofaktorerne for at udvikle kroniske postoperative smerter (47). Ud over behandling med opioider forud for en operation er flere faktorer såsom det biologiske køn og alder, varighed og intensiteten af smerter, arbejdstyngde, operationstype og -metode samt faktorer som depression, angst, tendens til katastrofetænkning, selvvurderet risiko for misbrug samt brug af alkohol og tobak, risikofaktorer for udvikling af et langvarigt opioidforbrug. Foretages der derfor en grundig præoperativ

vurdering af blandt andet risikofaktorer, vil der kunne være opmærksomhed på, hvilke faktorer der er modificerbare og derfor vigtige indsatsområder (53). Især ved større eller længerevarende opioidforbrug forud for operationen, kan der være behov for en detaljeret individuel smerteplan før operationen.

Eksempel på organisering hvor de præoperative indsatser, operationen og det postoperative forløb varetages under samme ledelse

I Region Midtjylland er der ved Center for Planlagt Kirurgi, Silkeborg oprettet et Paincare-team, som består af kirurgiske smertesygeplejersker, forankret i Smerteklinikken. Paincare-teamet har et samarbejde med forskellige kirurger, personale på sengeafsnit samt praktiserende læger. Visitering til en Paincare-indsats, kan ske allerede ved den indledende vurdering til operation. Paincare-sygeplejerskerne kommer derfor i kontakt med mennesket med smerter forud for en operation og kan i god tid og i dialog med vedkommende, afdække smertesituationen. I samråd med mennesket med smerter og anæstesilægen laver sygeplejersken en individuel plan for smertebehandling før og efter operation, herunder også muligheden for aftrapning af opioider forud for operationen. Ved behov er der endvidere mulighed for opfølgning på smertebehandlingen efter operation og efter udskrivelse samt støtte til aftrapning af opioider. Ligeledes kan Paincare-sygeplejerskerne understøtte en god overgang til almen praksis i det postoperative forløb for personer med multisygdom og komplikationer. Det er erfaringen fra Paincare, at det er væsentligt at skabe tryghed for den enkelte i forhold til smertebehandlingen. Dette kan for eksempel gøres ved en opringning en uge inden operationen, hvor der spørges ind til bekymringer. Smerteklinikken tilbyder endvidere undervisning for personalet i almen praksis om opioidnedtrapning.

8.2. Opfølgning efter operationer, herunder aftrapning af opioidbehandling og genoptræning

Anbefalinger for kirurger

En grundig præoperativ smerteanamnese vil, ved udskrivelse efter operation, give kirurgen et godt grundlag til videregivelse af opmærksomhedspunkter i epikrisen i forhold til opfølgning hos egen læge samt eventuel kommunal støtte og genoptræning.

En effektiv postoperativ smertebehandling er vigtig, men kan være en udfordring. Opioider anvendes ofte til at behandle smerter, der er relateret til operationen og det indledende postoperative forløb. Jævnfør 'Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler' skal der altid laves en behandlingsplan, når der ordineres opioider (54). Derudover skal behandlingsvarigheden ifølge vejledningen begrænses til det akutte behov, for at mindske risikoen for udvikling af afhængighedstilstande. Ved for eksempel

sektorovergange eller andre situationer, hvor behandlingsansvaret overgives, er det den læge, der hidtil har varetaget behandlingen, der har ansvar for, at der foreligger en behandlingsplan og for at videreformidle denne, om nødvendigt ved at tage personlig kontakt til den læge, der fremover bliver behandlingsansvarlig (54). I størstedelen af tilfældene vil aftrapningen kunne forløbe uden problemer ud fra den overleverede aftrapningsplan og uden behov for yderligere indsatser.

Kirurgen udarbejder en plan for gradvis aftrapning af opioidbehandling, både for dem der allerede er i opioid-behandling før operationen og dem som får opioid-behandling efter operationen. Det kan være udfordrende i tilfælde, hvor der har været et længerevarende opioidbehandlingsforløb forud for operationen, og aftrapning kan eventuelt ske i samråd med almen praksis eller tidligere behandlingsansvarlig speciallæge. Ordinationen skal tilpasses det forventede forbrug, og der bør ikke ordineres mere medicin, end hvad der rækker til næste opfølgning (53). Så længe kirurgen har behandlingsansvaret, skal vedkommende løbende følge op på behandlingsplanen, idet denne er bekendt med omfanget af operationen og kender til den forventede helingstid. Kirurgerne har dermed det bedst faglige grundlag for at vurdere, hvor længe der forventes at være behov for smertestillende behandling efter den pågældende operation. Der bør tages stilling til, hvorvidt opfølgningen skal ske hos kirurgen selv eller hos almen praksis, for eksempel ved udfordringer ved aftrapning, fortsatte smerter eller forværring af smerterne (53).

Kirurgerne har ansvar for at videregive information om behandlingsplan, aftrapningsplan og behov for opfølgning, til den læge der fremadrettet bliver behandlingsansvarlig (54,55). Det kan ske via epikrisen eller om nødvendigt via personlig kontakt.

Det er kirurgen, der afgør, om der er behov for genoptræning efter udskrivelse, og om genoptræningen skal være specialiseret og ske på sygehus, om der er behov for rehabilitering på specialiseret niveau eller almen genoptræning i kommunalt regi. Der skal udfærdiges en skriftlig genoptræningsplan fra sygehuset, hvoraf det fremgår, om det drejer sig om specialiseret genoptræning, almen genoptræning eller rehabilitering.

8.2.1. Anbefalinger for almen praksis

Efter en indledende periode vil de fleste forløb efter en operation overgå til opfølgning i almen praksis, som kan give bedst mulig støtte og opfølgning tidligt efter udskrivelse ved behov.

En fyldestgørende behandlingsplan og aftrapningsplan vil hjælpe almen praksis til at planlægge opfølgning og tage aktivt stilling til smertelindring i det videre forløb, herunder skift til depotmedicin eller henvise til den nødvendige biopsykosociale støtte. Almen praksis kan søge farmakologisk rådgivning fra en af de fem lægemiddelrådgivninger, der er tilknyttet sygehusenes Kliniske Farmakologiske Afdelinger. I mere komplekse forløb, hvor aftrapningen efter en operation er en udfordring for almen praksis og eventuelle postkirurgiske komplikationer er udelukket, bør der være mulighed for faglig sparring med et tværfagligt smertecenter eller -klinik.

Der er gode praksiserfaringer fra flere almene praksisser, hvor dele af aftrapningsforløbet varetages af en sygeplejerske, efter at lægen har haft den indledende samtale. Aftrapningsindsatsen indeholder blandt andet støttende samtaler i forbindelse med receptfornyelse og samtidig afdækning af de samlede belastninger, udredning og behandling med anden medicin ved behov. Det tværfaglige praksispersonale har forudgående haft korte kurser om kroniske smerter og aftrapning af opioider, for eksempel i regi af kvalitetsenhed for almen praksis eller PLO, så de faglige forudsætninger og rammer er blevet opdateret og samstemte.

Hvis der sker en systematisk opfølgning i et aftrapningsforløb, som er prædefineret og lagt i faste rammer ud fra enkelte kriterier, kan almen praksis være med til at understøtte, at der kun fortsættes med en behandling, hvis den har effekt på smertetilstanden (lindrer smerterne og/eller øger funktionsevnen) samt at risikoen for bivirkninger og afhængighed mindskes. Der henvises til *Retningslinjer for systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter* fra Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin (56). I disse anbefalinger fremgår intervaller for, hvor hyppigt i forløbet der skal ske en opfølgning i almen praksis ved behandling med opioider.

8.2.2. Anbefalinger for kommuner

I følge sundhedslovens § 140 skal kommunen tilbyde genoptræning til dem, der udskrives fra et sygehus med en genoptræningsplan. Kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehov, som er foretaget på sygehuset.

Den kommunale genoptræningsenhed spiller en vigtig rolle i forhold til opsporing af og forebyggelse af udvikling af komplekse kroniske forløb postoperativt. Ved opstart af forløbet bør mennesket, der skal genoptrænes, vurderes i forhold til indhold i forløbet ud fra en biopsykosocial forståelsesramme. Risikofaktorer, for eksempel bevægeangst, søvnproblemer og andre psykosociale faktorer, adresseres, så mennesket med kroniske smerter ikke ender i en negativ, nedadgående spiral, med et dårligt forløb til følge. Det anbefales, at kommunen bør have et tæt samarbejde med almen praksis om for eksempel de mennesker, der undervejs i genoptræningen får komplikationer.

9. Implementering og opfølgning

Anbefalinger

- Der bør være ledelsesmæssigt fokus i regioner, almen praksis og kommuner på implementering af anbefalingerne, herunder den organisatoriske forankring og udarbejdelse af implementeringsplan
- Der bør ske en opfølgning på implementeringen, herunder om anbefalingerne opfylder formålet og fungerer efter hensigten.

For at den tilsigtede forbedrede kvalitet i forløb for mennesker med kroniske smerter kan ske, er det væsentligt at anbefalingerne implementeres. Det vil kræve en indsats på lokalt niveau at implementere anbefalingerne, hvor regioner, almen praksis, det øvrige praksisområde og kommuner anvender, konkretiserer og tilpasser anbefalingerne i forhold til tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med kroniske smerter. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

9.1. Organisering og samarbejde

Regioner, almen praksis og kommuner har i regi af sundhedsklyngerne og sundhedsaftalerne en organisation med ansvar for udvikling, implementering og opfølgning på det tværsektorielle/tværgående samarbejde, herunder rammer for den konkrete arbejdsdeling, koordination og samarbejde. Implementeringen af anbefalingerne kan hensigtsmæssigt forankres i denne organisering, eventuelt med nedsættelse af en udviklings- og opfølgningsgruppe for anbefalingerne med deltagelse af relevante aktører fra region, kommuner, almen praksis og det øvrige praksisområde samt brugerorganisationer. Anbefalingerne kan desuden hensigtsmæssigt forankres i regi af praksisplaner for almen praksis og fysioterapi, der udarbejdes som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning.

9.2. Planlægning af implementeringen

Den lokale implementering forudsætter, at hver region, almen praksis, øvrige praksissektor og kommuner i samarbejder om planlægningen af implementeringen.

Planlægning af implementering kan med fordel omfatte en beskrivelse af:

- De væsentligste implementeringsaktiviteter
- Rolle og ansvarsfordeling
- Tids- og milepælsplan

Anbefalingerne beskriver indsatser og organiseringen overordnet. For at understøtte en implementering kan der være behov for at udarbejde konkrete faglige retningslinjer og beskrive arbejdsgange. I den udstrækning, det er relevant, bør disse være tværfaglige og tværsektorielle. Det er vigtigt, at de relevante videnskabelige og faglige selskaber samt patient- og pårørendeforeninger indgår i dette arbejde, herunder at selskaberne identificerer områder med behov for retningslinjer og prioriterer rækkefølgen af udarbejdelsen af disse.

9.3. Monitorering og opfølgning

Monitorering danner grundlag for planlægning og kvalitetsudvikling af indsatser og forløb for mennesker med kroniske smerter. Det er derfor væsentligt, at der lokalt tages stilling til, hvordan implementeringsprocessen kan monitoreres. Monitoreringen kan anvendes til at undersøge, om implementeringen forløber som planlagt og kan samtidig anvendes som beslutningsgrundlag vedrørende implementeringsprocesser.

Når anbefalingerne implementeres i regioner, almen praksis, kommuner, og øvrig praksissektor, er det væsentligt at følge, om anbefalingerne opfylder formålet og fungerer efter hensigten. Denne opfølgning vil bidrage med viden og erfaringer med de enkelte indsatser og organiseringen samt koordineringen heraf. Viden fra forskning, opfølgningen og den løbende monitorering, bør anvendes til løbende justeringer af praksis. Der bør lokalt foretages en systematisk opfølgning af anbefalingerne og implementering heraf. Denne opgave kan hensigtsmæssigt forankres i eksisterende fora i sundhedsaftaler, der har deltagelse af relevante aktører fra region, kommune, almen praksis og eventuelt med involvering af brugerorganisationer.

10. Perspektivering

Nærværende anbefalinger er en del af et øget fokus på mennesker med kroniske smerter. Under rammerne for dette arbejde, peger Sundhedsstyrelsen, som beskrevet i indledningen, på følgende centrale udfordringer: *udredning i almen praksis, tværfaglig indsats i det primære sundhedsvæsen, uensartet kvalitet og rådgivning i de tværfaglige smertecentre og -klinikker, samarbejde og ansvarsfordeling på tværs af sektorer samt indsatser før og efter operation*. Disse udfordringer søges afhjulpet med de anbefalinger, der er oplistet i kapitel 2.

Der udestår dog stadig flere relevante fokusområder, og der er derfor behov for fortsat at styrke indsatsen til mennesker med kroniske smerter. I det følgende fremhæves eksempler på centrale områder, som vurderes væsentlige som fremtidige udviklingsområder:

- **Organiseringen.** En klarere opgavefordeling mellem de forskellige aktører, der varetager indsatser til mennesker med kroniske smerter, herunder hvem der gør hvad
- **Mere forskning** om kroniske smerter og hvordan mennesker med kroniske smerter kan afhjælpes og støttes bedst muligt, såvel som identificering af risikofaktorer og mulige indikatorer for udvikling af kroniske smerter. Forskning og registrering af data bør så vidt muligt indtænkes på tværs af sektorer i alle indsatsområder
- **Børn og unge med kroniske smerter.** I Danmark findes der ikke koordinerede tilbud til børn og unge med kroniske smerter. Det er en målgruppe med behov for en særlig indsats for og af hele familien, hvor der er fokus på en koordineret indsat mellem sundhedsprofessionelle, den unge, familien, skole og eventuelt kommunalt tilbud
- **Mennesker med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.** Dette er en gruppe, hvor der mangler særsigt viden om opsporing og håndtering af problemstillinger vedrørende kroniske smerter. Smerter skal her ses ind i en markant højere dødelighed og sygelighed sammenlignet med den generelle danske befolkning. Årsagerne er blandt andet barrierer i forhold til regelmæssig kontakt med sundhedssystemet. Det kan handle om mangelfuld tolkning af kropslige symptomer, mistillid til sundhedssystemet, oplevelsen af at blive stigmatiseret samt andre problemer end dem, som er sundhedsrelaterede
- **Snitflade mellem primære kroniske smerter og funktionelle lidelser.** Aktuelt anvendes sygdomsklassifikationen ICD-10, men som beskrevet i kapitel 3 vedtog

WHO i 2019 at overgå fra ICD-10 til ICD-11, hvilket endnu ikke er implementeret i Danmark. Dette udestår og i den forbindelse er der behov for en afklaring i forhold til primære kroniske smerter og funktionelle lidelser. I dag er der en organisatorisk skelnen med de forskellige behandlingsenheder, hvor der er behov for en afklaring af snitfladerne, så det bliver tydeligere, hvor den enkelte skal henvises til – jævnfør anbefalingen i kapitel 7. Der er således behov for afklaring både på kort og længere sigt

- **Opkvalificering af faggrupper, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter.** Der er behov for at styrke uddannelse i basal lære om kroniske smerter, specielt for læger, men også fysioterapeuter og andre faggrupper, som beskæftiger sig med mennesker med kroniske smerter. Herunder udbredelse af viden om effekten af en tværfaglig indsats med henblik på at styrke funktionsevnen ud fra den biopsykosociale tilgang, for eksempel med ICF som forståelsesramme. Ligeledes bør der være opmærksomhed på hvordan både farmakologiske og non-farmakologiske indsatser, kan bidrage til udredning og behandling af mennesker med kroniske smerter
- **Specialistrådgivning (telefonisk).** For at de forskellige faggrupper, der beskæftiger sig med mennesker med kroniske smerter, kan varetage den optimale udredning, behandling og støtte, er det centralt, at der er et tilbud om rådgivning og sparring. Flere af de tværfaglige smertecentre og -klinikker tilbyder forskellige former for telefonisk rådgivning, men der er behov for, at det tilbydes ensartet specialistrådgivning regionalt eller nationalt. Dataindsamling på henvendelserne vil kunne bruges til at målrette fremtidige kompetenceindsatser.
- **Oplysningsindsatser om kroniske smerter.** Mange danskere med kroniske smerter oplever at blive mødt med manglende forståelse, mistillid og stigmatisering blandt andet på grund af manglende viden om kroniske smerter hos deres omgivelser. Som led i indsatserne på smerteområdet har Sundhedsstyrelsen med kampagnerne "AVLIV – myter om kroniske smerter" fra 2020 og "Afliv myter og fordomme" fra 2023 ønsket at sætte ord og billeder på en hverdag med kroniske smerter, skabe et fælles sprog og give konkrete råd om kroniske smerter, der gør det lettere at tale om og forstå kroniske smerter og de svære perioder, som kan følge heraf. Der er fortsat behov for omfattende oplysningsindsatser for at øge forståelsen for et liv med kroniske smerter og undgå stigmatisering og tabuisering.

11. Referenceliste

- (1) Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet* 2021;397(10289):2082-2097.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark i 2022. 2023.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Afdækning af smerteområdet - fagligt oplæg til en smertehandlingsplan. 2020.
- (4) Vaegter HB, Christoffersen LO, Enggaard TP, Holdgaard DEM, Lefevre TN, Eltved R, et al. Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData). *Journal of pain research* 2021;14:1215-1230.
- (5) Treede R, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19-27.
- (6) Arendt-Nielsen L, Morlion B, Perrot S, Dahan A, Dickenson A, Kress HG, et al. Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. *European journal of pain* 2018;22(2):216-241.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Funktionelle lidelser - anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering. 2018.
- (8) Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain* 2009;13(3):287-292.
- (9) Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106(3):221-228.
- (10) Eriksen J, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Health care utilisation among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. *European Journal of Pain* 2004;8(6):517-523.
- (11) Packiasabapathy S, Sadhasivam S. Gender, genetics, and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *Journal of Pain Research* 2018;Volume 11:2729-2739.
- (12) Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet* 2019;393(10180):1537-1546.

- (13) Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *PAIN Reports* 2017;2(6):e627.
- (14) Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke H, Marcus MA. Preoperative Anxiety and Catastrophizing. *The Clinical Journal of Pain* 2012;28(9):819-841.
- (15) Kurita GP, Sjøgren P, Juel K, Højsted J, Ekholm O. The burden of chronic pain: A cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. *Pain* 2012;153(12):2332-2338.
- (16) Cheatle MD. Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *Medical Clinics of North America* 2016;100(1):43-53.
- (17) Murray CB, Groenewald CB, de la Vega R, Palermo TM. Long-term impact of adolescent chronic pain on young adult educational, vocational, and social outcomes. *Pain* 2020;161(2):439-445.
- (18) Turk DC, Swanson K. Efficacy and Cost-Effectiveness Treatment for Chronic Pain: An Analysis and Evidence-Based Synthesis 2007.
- (19) Ugeskrift for læger. Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. 2014.
- (20) WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health. 2022.
- (21) Ibsen C. Biopsykosocial og patientcenteret tilgang til udredning af patienter med lænderygsmerter - Udvikling, implementering, afprøvning og evaluering af redskab til udredning af lænderygsmerter. 2022.
- (22) Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen CV, Johansen JS, Vind, AB. Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark. 2022.
- (23) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. 2018.
- (24) Roenne PF, Horn NS, Hansen CA. Involvement of relatives in chronic non-malignant pain rehabilitation at multidisciplinary pain centres: part one – the patient perspective. *Scandinavian Journal of Pain* 2021;21(1):81-94.
- (25) West C, Usher K, Foster K, Stewart L. Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21(23-24):3352-3360.

- (26) Swift CM, Reed K, Hocking C. A New Perspective on Family Involvement in Chronic Pain Management Programmes. *Musculoskeletal Care* 2014;12(1):47-55.
- (27) Ørtenblad L, Valentin GH, Carstensen K. Smerter - en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. 2014.
- (28) Sundhedsstyrelsen. Sundheds kompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til mere lighed. Sundhedsstyrelsen, 2022.
- (29) Vaegter HB, Støten M, Silseth SL, Erlangsen A, Handberg G, Sondergaard S, et al. Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multidisciplinary pain clinic: a cohort register-linkage study. *Scandinavian Journal of Pain* 2019;19(1):93-99.
- (30) Sundhed.dk. Smertehjul.
- (31) Kristiansen K, Lyngholm-Kjaerby P, Moe C. Introduction and Validation of DoloTest®: A New Health-Related Quality of Life Tool Used in Pain Patients. *Pain Practice* 2010;10(5):396-403.
- (32) Sundhedsstyrelsen, Munksgård. ICF International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København:2003.
- (33) Von Korff M, DeBar LL, Krebs EE, Kerns RD, Deyo RA, Keefe FJ. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain (Amsterdam)* 2020;161(3):651-661.
- (34) Werner U, M, Finnerup B, N, Nielsen A, L. Smerter, baggrund, evidens og behandling, 4. udgave, 2019;12.
- (35) Sundhedsstyrelsen. Smerteguide. 2019.
- (36) Sundhedsministeriet. Strategi for smerteområdet - en handlingsplan målrettet mennesker med kroniske smerter. 2022.
- (37) Fisher AG, Marterella A. Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy. 2019.
- (38) Gustafsson L, Isbel S, Logan A. The occupational therapy practice process. *Occupational Therapy in Australia: Professional and Practice Issues*. 2021.
- (39) Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Research and Management* 2018;1-19.

- (40) Lagueux É, Masse J, Pagé R, Marin B, Tousignant-Laflamme Y. Management of chronic pain by occupational therapist: A description of practice profile. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2023;000841742311627.
- (41) Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Indsatser ved sygdom, nedslidning mv.
- (42) Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. Handicapområdet.
- (43) Retsinformation. Sygedagpengeloven.
- (44) Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain* 2008;136(1):97-116.
- (45) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Anæstesiologi. 2023.
- (46) Region Midtjylland. Kroniske smertepatienter. Opdateret: 2020. Link: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/kroniske-smertepatienter/>.
- (47) Region Syddanmark. Smertebehandling. Opdateret: 2023. Link: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/icpc-oversigt/a-almen-og-uspecificeret/smertebehandling/>.
- (48) Simonsen E, Møhl B. "Socialpsykiatri" Grundbog i psykiatri Hans Reitzels Forlag, 2010.
- (49) Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2009;9(5):723-744.
- (50) Blichfeldt-Eckhardt M, Jensen J, Møller FB. Behandling af postoperative smerter *Ugeskr Læger*. 2017.
- (51) Jarlbaek L, Werner M. When surgery prompts discontinuation of opioids. 2021.
- (52) Raebel MA, Newcomer SR, Reifler LM, Boudreau D, Elliott TE, DeBar L, et al. Chronic Use of Opioid Medications Before and After Bariatric Surgery. *JAMA* 2013;310(13):1369.
- (53) Uhrbrand P, Simoni AH, Olesen AE, Pedersen AB, Christiansen CF, Nikolajsen L. Morfinafhængighed som komplikation i forbindelse med kirurgi. 2018.
- (54) Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (VEJ nr 9523) 2019.
- (55) Styrelsen for patientsikkerhed. Vejledning om epikriser.

(56) Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin. Systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter. 2019.

12. Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Kommissorium for faglig følgegruppe vedrørende anbefalinger for organisering og indsatser på smerteområdet (initiativ 1)
- Bilag 2:** Medlemmer af faglig følgegruppe vedrørende anbefalinger for organisering og indsatser på smerteområdet
- Bilag 3:** Kommissorium for udarbejdelse af faglige anbefalinger for udredning af personer med smerter i almen praksis (initiativ 2)
- Bilag 4:** Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis

Bilag 1. Kommissorium for faglig følgegruppe vedr. anbefalinger for organisering og indsatser på smerteområdet

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2020 en faglig afdækning af smerteområdet¹, som bl.a. viste, at der er mangelfuld koordinering mellem forskellige dele af udredningen af mennesker med kroniske smerter, hvilket kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for sociale og familiære udfordringer samt tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. For nogle er den kroniske smertetilstand en følge af anden kronisk sygdom, som kræver fortsat kontrol og behandling i andre kliniske specialer. Mennesker med kroniske smerter vil derfor ofte have forløb flere steder i sundhedsvæsenet, hvilket stiller store krav til koordinering på tværs af specialer og sektorer. Den faglige afdækning pegede bl.a. på, at der er behov for et tættere samarbejde på tværs af sektorer, herunder mellem de traditionelle sundhedsydelsers og de tilbud, der støtter mennesker med kroniske smerter i håndtering af smertetilstanden (psykoedukation mv.).

På baggrund af Sundhedsstyrelsens faglige afdækning udgav den daværende regering i juli 2022 en strategi målrettet mennesker med kroniske smerter. Her er bl.a. afsat midler til udarbejdelse af faglige anbefalinger om organisering og indsatser på smerteområdet (initiativ 1). Anbefalingerne skal understøtte tidlig udredning, herunder en kvalificering af udredningsprocessen, så mennesker med smerter ikke bliver fastholdt unødigt længe i udredningsforløb og med et større fokus på at forebygge, at smerterne bliver kroniske. Anbefalingerne skal endvidere understøtte en bedre organisering i samarbejdet mellem sektorer gennem hele forløbet. Der vil desuden være fokus på, at færre patienter udvikler kroniske smerter efter planlagte operationer.

I strategien blev der også afsat midler til udarbejdelse af nationale kliniske anbefalinger vedrørende udredning og behandling af mennesker med smerter (initiativ 2). Dette arbejde er igangsat og varetages af Sundhedsstyrelsens Enhed for Evidensbaseret Medicin og er afgrænset til anbefalinger med fokus på konkrete faglige indsatser, der kan understøtte alment praktiserende læger i at udrede personer med smerter både bedre og hurtigere. Der vil derfor blive koordineret tæt mellem initiativ 1 og 2 i processen.

¹ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/afdaekning-af-smerteomraadet>

Formål og rammer

Dette kommissorium omhandler anbefalingerne under initiativ 1, som vil have fokus på organiseringen af patientforløb for mennesker med kroniske smerter, herunder sammenhængen mellem de tværfaglige og tværsektorielle indsatser. Anbefalingerne vil dog overvejende have fokus på indsatser efter sundhedsloven. Indsatser efter anden lovgivning beskrives kun, såfremt der samtidig er et behov for sundhedsfaglig viden og kompetencer i forhold til denne indsats og at der således er en sammenhæng med sundhedsindsatserne. Anbefalingerne vil som udgangspunkt være generiske og omfatte den brede patientgruppe, der enten har simple eller komplekse kroniske smerter. Der vil være fokus på ansvarsfordelingen og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om patienterne ud fra en bio-psykosocial tilgang, blandt andet med følgende fokusområder:

Systematisering og organisering af udredningen

I almen praksis er der fokus på udredning af den eventuelle fysiologiske/somatiske årsag til smerterne. Dertil er der generelt behov for større kendskab til og brug af den bio-psykosociale tilgang i udredningen af patienternes smerter med fokus på evt. psykologiske, sociale eller eksistentielle faktorer. Da der ofte er behov for en afventende tilgang i almen praksis og da der kan være ventetid til undersøgelser hos andre speciallæger, kan udredningen af personer med smerter tage lang tid. Det er derfor vigtigt med systematisk opfølgning på patienten i løbet af udredningen, da der ellers er risiko for, at forløbet bliver for langstrakt og at patienten måske først henvender sig igen, når smerterne er blevet kroniske og måske komplekse. Udredningsforløbet kan også trække ud, hvis det ikke er muligt at finde en fysiologisk årsag til smertetilstanden og dermed svært at afgøre, hvornår patienten er diagnostisk afklaret, hvilket er afgørende for at kunne henvise til et videre forløb, fx i et smertecenter. Der er således behov for systematisering og organisering af udredningsforløbet, hvilket anbefalingerne vil have fokus på.

Tværfaglig indsats til patienter med smerter

Tidlig udredning ud fra en bio-psykosocial model understøtter, at patienterne kan tilbydes relevante tværfaglige indsatser tidligt i forløbet, hvilket kan medvirke til at forebygge, at smerterne bliver kroniske. Anbefalingerne vil have fokus på, hvordan tidlige tværfaglige indsatser, fx sygdomsmestring og psykosociale indsatser, i højere grad kan varetages i det primære sundhedsvæsen, herunder fokus på viden og kompetencer hos personalet til at kunne varetage sådanne indsatser. Almen praksis kan desuden henvise patienter med komplekse smerter til forløb i de regionale smertecentre/-klinikker ved behov for en specialiseret tværfaglig tilgang.

Smertecentrene har dog begrænset kapacitet og mange steder er ventelisterne lange. Med henblik på at tydeliggøre, hvilke patienter der bør henvises til smertecentre/-klinikker og hvilke patienter, der vil kunne varetages tværfagligt i det primære sundhedsvæsen, vil anbefalingerne have fokus på en stratificering af patientgruppen samt tydeliggørelse af henvisningskriterier til smertecentre/-klinikker. Endvidere vil der være fokus på tværsektorielt samarbejde mellem smertecentre/-klinikker og øvrige aktører, herunder kommunerne ift. arbejdsmarkedsfastholdelse og støtte ved betydelig nedsat funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Vurdering af risiko for kroniske smerter før operation samt opfølgning efter operation

Jf. den daværende regerings strategi, skal anbefalingerne også understøtte, at færre patienter får kroniske smerter efter planlagte operationer. Forud for operationen er der derfor behov for at afdække patienternes smertesituation, herunder risikoen for at udvikle kroniske smerter efter operationen. Dette kræver organisering og samarbejde mellem relevante faggrupper, hvilket anbefalingerne vil beskrive. Efter operationer er der endvidere behov for fokus på patienternes farmakologiske behandling, herunder især brugen af hurtigvirkende opioider. Det er en udfordring, at nogle patienter nedtrappes for sent eller slet ikke af sådanne behandlinger med risiko for afhængighed. Der er derfor behov for opfølgning af patienterne efter operationer, hvilket fx kan understøttes ved udarbejdelse af individuelle planer for nedtrapning af opioider og tværsektorielt samarbejde derom. Dette vil anbefalingerne ligeledes have fokus på.

Andre relevante fokusområder i anbefalingerne vil blive drøftet med følgegruppen.

Den faglige følgegruppes opgaver

Den faglige følgegruppes opgave er at rådgive Sundhedsstyrelsen i arbejdet med anbefalinger til organisering og indsatser på smerteområdet:

- Drøfte og kommentere rapportudkast i forhold til at kvalificere det faglige indhold undervejs i processen
- Bidrage med viden på området, herunder eksisterende faglige og organisatoriske erfaringer/tiltag, der kan bidrage til at styrke indsatsen til mennesker med kroniske smerter
- Komme med input til stratificering af patientgruppen og organiseringen af den tvær- faglige og -sektorielle indsats, herunder til ansvarsfordelingen og samarbejdet
- Rådgive om tværfaglige og organisatoriske konsekvenser af forskellige forslag og løsninger

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatet for den faglige følgegruppe og fremsender dagsorden og rapportudkast forud for møderne samt referat efterfølgende.

Den faglige følgegruppes sammensætning

Den faglige følgegruppe sammensættes med følgende repræsentation:

| Udpegende organisation | Repræsentanter |
|--|------------------|
| Dansk Selskab for Almen Medicin | 2 repræsentanter |
| Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensivmedicin | 1 repræsentant |
| Dansk Ortopædkirurgisk Selskab | 1 repræsentant |

| | |
|--|---|
| Dansk Reumatologisk Selskab | 1 repræsentant |
| Dansk Kirurgisk Selskab | 1 repræsentant |
| Dansk Samfundsmedicinsk Selskab | 1 repræsentant (en socialmediciner) |
| Dansk Selskab for Fysioterapi | 1 repræsentant |
| Dansk Psykolog Forening | 1 repræsentant |
| Dansk Sygepleje Selskab | 1 repræsentant |
| Dansk Socialrådgiverforening | 1 repræsentant |
| Danske Regioner | 1 repræsentant fra Danske Regioner og 2 repræsentanter fra regionerne |
| KL | 1 repræsentant fra KL og 2 repræsentanter fra kommunerne |
| Indenrigs- og Sundhedsministeriet | 1 repræsentant |
| Socialstyrelsen | 1 repræsentant |
| Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering | 1 repræsentant |
| Foreningen af Kroniske Smerteramte og pårørende (FAKS) | 1 repræsentant |
| Smertesagen | 1 repræsentant |
| Dansk Smerteforum | 1 repræsentant |

Sundhedsstyrelsen vil løbende inddrage supplerende ekspertise efter behov.

Projektgruppen i Sundhedsstyrelsen:

- Louise Lauridsen, overlæge og sektionsleder
- Anne Kirstine Bang, læge
- Linnea Waldorff Lund, specialkonsulent og fysioterapeut
- Cecilie Luul, chefkonsulent og projektleder/formand/mødeleder for følgegruppen

Forventet tidsplan

Der forventes deltagelse i to møder i den faglige følgegruppe:

| | |
|------------------------|--------------------|
| 1. møde i følgegruppen | 2. marts kl. 12-15 |
| 2. møde i følgegruppen | 3. maj kl. 12-15 |
| Høring | Juni |
| Færdiggørelse | August/september |

Bilag 2. Medlemmer af faglig følge-gruppe

Følgegruppen:

- Siw Anna Wernberg, udpeget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Lars Oxlund Christoffersen, udpeget af Danske Regioner
- Per Bjørn Føge Jensen, Region Hovedstaden, udpeget af Danske Regioner
- Susanne Haase Hansson, udpeget af Region Sjælland
- Lise Holten, udpeget af KL
- Lars Damkjær, Københavns Kommune, udpeget af KL
- Bettina Eiger, Køge Kommune, udpeget af KL
- Niels Bentzen, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Jens Gram-Hansen, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Pernille Opstrup, udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
- Mikkel Østerheden Andersen, udpeget af Dansk Ortopædisk Selskab
- Stine Amris, udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab
- Morten Willer Stadeager, udpeget af Dansk Kirurgisk Selskab
- Karsten Thielen, udpeget af Dansk Samfundsmedicinsk Selskab
- Michael Skovdal Rathleff, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- Peter la Cour, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Anja Geisler, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lene Kit Rasmussen, udpeget af Dansk Socialrådgiverforening
- Line Zimmer Rasmussen, udpeget af Social- og Boligstyrelsen
- Sanne Lydø, udpeget af Foreningen af Kroniske Smerteramte og pårørende (FAKS)
- Lars Bye Møller, udpeget af Foreningen af Kroniske Smerteramte og pårørende (FAKS)
- Winnie Schmelling, udpeget af Smertesagen
- Nina Kvorning, udpeget af Dansk Smerteforum

Sundhedsstyrelsens sekretariat:

- Forperson og projektleder Cecilie luul
- Sektionsleder Louise Lauridsen
- Afdelingslæge Anne Kirstine Bang
- Fysioterapeut Linnea Waldorff Lund
- Sekretær Tina Birch

Bilag 3. Kommissorium for udarbejdelse af faglige anbefalinger for udredning af personer med smerter i almen praksis

Baggrund

Omkring 1,2 millioner danskere over 16 år har smerter, som har været til stede i mere end seks måneder. Ved varighed i mere end tre måneder defineres smerterne som værende kroniske. Det er en stor belastning for den enkelte, som ofte medfører en stor negativ påvirkning af livskvaliteten, funktionsniveauet, og giver udfordringer i hverdagen, for eksempel i forhold til tilknytningen til arbejdsmarkedet. Et dansk studie af personer med kroniske smerter, der var henvist til og behandlet på et offentligt tværfagligt smertecenter, viste at over halvdelen oplevede angst og/eller depression ledsagende til smerterne.¹ Mange personer med kroniske smerter har lange og ofte komplicerede udredningsforløb, der kan involvere flere sektorer.

1 Jensen HI, Plesner K, Kvorning N, Krogh BL, Kimper-Karl A. Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: a cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2016 Feb;28(1):86-91. doi: 10.1093/intqhc/mzv108. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26678805.

2 <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/afdaekning-af-smerteomraadet>

Klinisk problemstilling

I dag varetages størstedelen af udredningen af kroniske, ikke-kræftrelaterede smerter af almen praksis med inddragelse af andre speciallæger og billeddiagnostik ved behov. Sundhedsstyrelsens faglige afdækning af smerteområdet² viser, at de alment praktiserende læger efterspørger kompetencer og værktøjer, der kan gøre det lettere at identificere og håndtere personer med smerter og personer som er i risiko for at udvikle kroniske smerter. Dette kunne eksempelvis være et smertescoringsværktøj til den alment praktiserende læge, som indeholder relevante punkter for personer med smerter til anvendelse i forbindelse med udredning og opfølgning.

Afgrænsning

Regeringen udgav i juli 2022 en strategi for smerteområdet. Her er afsat midler til udarbejdelse af faglige anbefalinger vedrørende udredning og behandling af personer med kroniske, ikke-kræftrelaterede smerter i almen praksis. Anbefalingerne vil dække konkrete faglige indsatser, der kan understøtte alment praktiserende læger i at udrede personer med smerter både bedre og hurtigere.

For at kvalificere den kliniske problemstilling gennemfører Sundhedsstyrelsen en præhøring samtidig med, at der anmodes om udpegninger til arbejdsgruppe og referencegruppe. Præhøringen vil give et indblik i hvilke konkrete behov der er for kompetencer og værktøjer, som kan understøtte udredningen af personer med smerter i

almen praksis. Indsigterne fra præhøringen gennemgås med arbejdsgruppen på det første arbejdsgruppemøde.

Alt efter hvilke konkrete behov, der identificeres sammen med arbejdsgruppen, udvælges den mest optimale model for udarbejdelse af evidensbaserede anbefalinger i regi af de nationale kliniske anbefalinger. Nationale kliniske anbefalinger (NKA) erstatter de tidligere nationale kliniske retningslinjer (NKR). Hvor NKR er retningslinjer indeholdende 8-10 anbefalinger, er fokus for NKA enkeltstående anbefalinger på en udvalgt del af et udrednings-, behandlings-, eller rehabiliterings-forløb. Metoden der anvendes på en NKA er grundlæggende den samme som på en NKR. Den bygger på den bedst tilgængelige evidens og vil blive udarbejdet systematisk og transparent i henhold til højest mulige metodestandarder inden for kliniske anbefalinger.

De nationale kliniske anbefalinger skal udformes på en sådan måde, at de så vidt muligt:

- Bygger på den bedst tilgængelige evidens
- Giver konkrete anbefalinger til de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der skal træffes konkrete beslutninger undervejs i patientforløbene.
- Går på tværs af sektorer og sundhedsprofessionelle.

Anbefalingerne kan ikke stå alene, men skal efterfølgende understøttes og implementeres i de kilder, som sundhedspersoner bruger i deres kliniske hverdag, fx Lægehåndbogen, behandlingsvejledninger fra videnskabelige selskaber og eventuelle elektroniske beslutningssystemer. Omfanget vil formentlig være 1-2 relevante kliniske spørgsmål, som danner baggrund for udformningen af 1-2 anbefalinger. Udkast til formulering af de kliniske spørgsmål vil blive udformet på første arbejdsgruppemøde.

Til orientering igangsætter Sundhedsstyrelsen i efteråret sideløbende med dette arbejde en opdatering af de nuværende kliniske retningslinjer og lægemiddelanbefalinger til almen praksis inden for smerteområdet. Der er omkring 120 anbefalinger, som hovedsageligt omhandler behandling af smerteproblematikker. Det sideløbende arbejde vil foregå i andet regi, men arbejds- og referencegruppen vil blive holdt orienteret løbende.

Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning

Der nedsættes en arbejdsgruppe, der skal bidrage til udarbejdelsen af nye nationale udredningsanbefalinger for personer med smerter i almen praksis. Arbejdsgruppens opgaver omfatter følgende:

- Deltagelse i metodeundervisning i GRADE-metoden forud for arbejdet
- Deltagelse i møder i arbejds- og referencegruppe
- Bidrage til definition og afgrænsning af den kliniske problemstilling
- Bidrage til at kvalificere de kliniske spørgsmål
- Bidrage til at kvalificere litteratursøgningen
- Bidrage til gennemgang af identificeret litteratur
- Bidrage til vurdering af evidensen
- Bidrage til at udforme anbefalinger
- Kommentere løbende på tekstudkast til anbefalinger

Arbejdsgruppens medlemmer må forvente en betydelig arbejdsindsats med gennemgang og vurdering af eksisterende litteratur på området mellem møderne samt kort frist til at kommentere skriftligt på tekstudkast til anbefalingen, særligt i slutfasen. Nogle af møderne i arbejdsgruppen afholdes i fysisk i Sundhedsstyrelsen, mens nogle af dem afholdes virtuelt.

Sundhedsstyrelsen vil i samarbejde med en ekstern fagkonsulent på området forestå den skriftlige udarbejdelse af anbefalingen. Der tilknyttes endvidere en søgespecialist og en metodekonsulent til arbejdsgruppen.

Følgende organisationer anmodes om at udpege repræsentanter til arbejdsgruppen:

- Dansk Selskab for Almen Medicin (2-3 repræsentanter)
- Dansk Smerteforum (1 repræsentant)
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intern Medicin (1 repræsentant)
- Dansk Neurologisk Selskab (1 repræsentant)
- Dansk Reumatologisk Selskab (1 repræsentant)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1 repræsentant)
- Dansk Sygepleje Selskab (1 repræsentant)
- Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin (1 repræsentant)
- Dansk Radiologisk Selskab (1 repræsentant)
- Dansk Ortopædkirurgisk Selskab (1 repræsentant)
- Ergoterapeutforeningen (1 repræsentant)
- Dansk Socialrådgiverforening (1 repræsentant)
- Foreningen af Kroniske Smertepatienter (1 repræsentant)
- Smertesagen (1 repræsentant)

Sundhedsstyrelsen udpeger formanden og varetager sekretariatsfunktionen for arbejdet. Sundhedsstyrelsen kan supplere arbejdsgruppen efter behov.

Referencegruppens opgave og sammensætning

Der nedsættes en referencegruppe, der skal kommentere på arbejdet undervejs. Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

- Kommentering af afgrænsning og fagligt indhold i anbefalingerne
- Bidrage med relevant faglig og organisatorisk viden
- Kommentering på udkast til anbefaling inden den sendes i høring.

Referencegruppen har primært en høringsfunktion og skal medvirke til at højne resultatet og sikre forankring af anbefalingen.

Følgende myndigheder/organisationer anmodes om at udpege repræsentanter til referencegruppen:

- Regionerne (5 repræsentanter, 1 fra hver region, udpeges af Danske Regioner)
- Danske Regioner (1 repræsentant)
- Kommunernes Landsforening (1 repræsentant)
- Sundhedsministeriets departement (1 repræsentant)
- Lægehåndbogen (1 repræsentant)
- Social- og Boligstyrelsen (1 repræsentant)

Arbejdsgruppens medlemmer deltager som observatører i referencegruppens møder.

Organisering af arbejdet

Mødefrekvens

Der forventes afholdt fem arbejdsgruppemøder inden høringsfasen og et møde efter høringen. Møderne vil ligge i perioden november 2022 til august 2023.

- 1. møde: 16. november 2022 kl. 10.00-15.00
- 2. møde: 13. december 2022 kl. 12.00-15.00
- 3. møde: 6. februar 2023 kl. 10.00-15.00
- 4. møde: 18. april 2023 kl. 10.00-16.00
- 5. møde: 24. maj 2023 kl. 12.00-15.00
- 6. møde: 22. august 2023 kl. 10.00-15.00

Referencegruppen afholder to møder i den tilsvarende periode, som udgangspunkt samme dag som 2. og 5. møde i arbejdsgruppen.

- 1. møde: 13. december 2022 kl. 10.30-12.00 (virtuelt)
- 2. møde: 24. maj 2023 kl. 10.30-12.00 (virtuelt)

Information om obligatorisk metodeundervisning for arbejdsgruppe-medlemmer kan findes i udpegningsbrevet.

Mødereferat

Sundhedsstyrelsen udarbejder beslutningsreferat fra arbejdsgruppemøderne samt referat fra referencegruppemøderne. Referatet sendes til kommentering senest én uge efter mødets afholdelse med henblik på gruppens bemærkninger og godkendes skriftligt inden for en fastsat tidsfrist.

Tidsplan

Sundhedsstyrelsen forventer, at der foreligger et høringsudkast i juni 2023 og at anbefalingen publiceres i september 2023

Bilag 4. Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis

Baggrund

1,2 mio. danskere har kroniske smerter, som ifølge International Classification of diseases, 11th edition criteria (ICD-11) er defineret som smerter, der har været til stede i mere end 3 måneder (1). Langt de fleste håndterer disse smerter uden at være i kontakt med sundhedsvæsenet, men ifølge Lægernes Uddannelses Forening drejer mere end hver 4. henvendelse i almen praksis sig om smerter. Hos nogle ender smerterne med at påvirke hverdagen betydeligt. 5-7 % af den danske befolkning lever med smerter, som i væsentlig grad påvirker deres hverdag (2) (high impact chronic pain) (3,4,5). Desuden oplever nogle patienter, at deres smerter undervurderes i sundhedsvæsenet, især hvis smerterne ikke har en underliggende sygdom som årsag (6).

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens faglige afdækning af smerteområdet stod det klart, at praktiserende læger, som ser hovedparten af de patienter, der opsøger sundhedsvæsenet med smerter, efterspørger faglige kompetencer og redskaber til dette. Formålet med disse faglige anbefalinger er således at understøtte de praktiserende læger i at udrede behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter.

Anbefalingerne er i udgangspunktet relevante fra det tidspunkt, hvor patienten har kroniske smerter og er udredt for alvorlig patologi. Her forudsættes det, at smertemekanistisk udredning er sket og behovet for farmakologisk behandling er klarlagt.

Anbefalingerne kan også anvendes til at sætte fokus på patientens behov i den ofte lange periode, hvor de bliver udredt for en underliggende sygdom som årsag til deres smerter (somatisk udredning).

Definition af kroniske smerter

Hvor kroniske smerter tidligere har været kategoriseret som en tilstand, og primært opfattet som et symptom på underliggende sygdom, blev det i 2019 i forbindelse med ICD-11 anset som en diagnose. Ifølge ICD-11 opdeles kroniske smerter i kronisk primær smerte eller kronisk sekundær smerte (1).

Kronisk primær smerte er defineret som vedvarende smerter i et eller flere områder af mere end 3 måneders varighed, som er forbundet med betydelig emotionel påvirkning

eller betydelig funktionsnedsættelse og hvor smerten ikke kan forklares ved en underliggende sygdom eller vævsskade.

Kronisk sekundær smerte er defineret som vedvarende smerter i mere end 3 måneder, som kan henføres til en kendt underliggende sygdom, men hvor smerten er blevet behandlingskrævende i sig selv.

Primære kroniske smerter opdeles i 5 subkategorier:

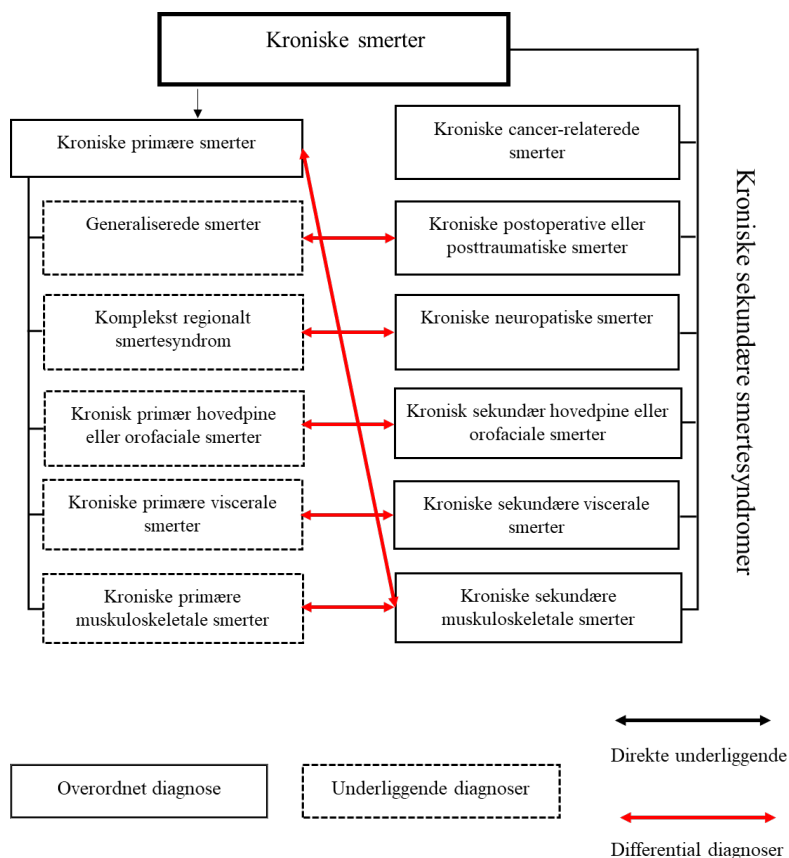
- *"Generaliserede smerter"*,
- *"Komplekst regionalt smertesyndrom"*,
- *"Kronisk primær hovedpine/orofaciale smerter"*,
- *"Kroniske primære viscerale smerter"*
- *"Kroniske primære muskuloskeletale smerter"*.

Sekundære kroniske smerter opdeles i 6 subkategorier:

- *"Kroniske cancerrelaterede smerter"*,
- *"Kroniske postoperative/posttraumatiske smerter"*,
- *"Kroniske neuropatiske smerter"*,
- *"Kronisk sekundær hovedpine/orofaciale smerter"*,
- *"Kroniske sekundære viscerale smerter"*
- *"Kroniske sekundære muskuloskeletale smerter"*.

Kategorierne dækker over de mest udbredte typer af kroniske smerter (se figur 1, som er udarbejdet af International Association for the Study of Pain, IASP).

Figur 1. IASP-klassifikation af kroniske smerter (1)



Det er vigtigt at understrege, at selv hvis patienten er diagnosticeret med en kronisk primær smertetilstand, kan der komme nye symptomer eller viden til, som ændrer forudsætningerne og gør, at patienten skal have foretaget yderligere diagnostisk udredning. Ligeledes kan en patient med kroniske sekundære smerter udvikle distress og funktionsstab i et omfang, som ikke stemmer overens med vævspatologi og sygdom (primære smerter som overbygning). Hvilket medfører at patienten skal have opdateret sin smertediagnose.

Kontekst

Anbefalingerne er målrettet praktiserende læger, men vurderes at være relevante for alle sundhedsprofessionelle i almen praksis.

Anbefaling 1. Indledende vurdering

Inddrag patienten aktivt og spred vurdering og indledende håndtering over flere konsultationer. Inkluder pårørende og evt. arbejdsplads på et tidligt tidspunkt, hvis det er relevant.

Tilbyd at patienten med kroniske smerter kan deltage aktivt i sin udredning/behandling ved at:

- Fremme et samarbejdende og støttende forhold til den enkelte samt dennes pårørende over tid.
- Anerkende at det er svært at leve med kroniske smerter og italesætte dette overfor patienten.
- Sikre sig at både ens egen og patientens forståelse for årsager til de kroniske smerter er afstemt
- Afstemme forventninger til mulig helbredelse og forskellige behandlingsformers effekter.

Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

At investere ekstra tid ved den indledende vurdering og sprede vurderingen over flere konsultationer kan formentlig forbedre resultaterne for den enkelte og minimere uhenigtsmæssig brug af ressourcer på længere sigt.

Hvorfor anbefaler vi det?

Nogle patienter vil, når de møder den praktiserende læge til en samtale om, at der er tale om kroniske smerter, allerede have været igennem et omfattende diagnostisk udredningsforløb mens andre først for nyligt har fået smerter. Der vil hos nogle af disse patienter være behov for at bruge tid på at skabe tillid mellem patient og læge. Den praktiserende læge kan derfor overveje meget tidligt i forløbet at italesætte udredningen som en løbende proces med behov for flere konsultationer. Dette vil give patienten mulighed for at få sagt det, der ikke var tid til, eller ikke blev husket ved den første konsultation.

Det kan også skabe ro hos patienten at vide, at der er afsat tid til flere konsultationer. Og det vil give patienten og den praktiserende læge bedre tid til at nå til en fælles forståelse af, at patienten har kroniske smerter, som muligvis ikke forsvinder og hvor forskellige faktorer kan være medvirkende til smerterne.

Forskning tyder på at inddragelse af pårørende i behandlingen af patienter med kroniske lidelser, giver et bedre forløb (7,8,9), hvorfor dette bør overvejes.

Anbefaling 2. Afdæk den biopsykosociale tyngde

Udred hvordan de kroniske smerter påvirker patientens samlede funktionsevne ud fra en bio-psyko-social begrebsramme.

Herunder bør afdækkes, hvordan smerterne påvirker patientens:

- Fysiske og psykiske velvære, herunder søvn, kognitiv påvirkning og stress-niveau
- Hverdags- og fritidsaktiviteter, og deltagelse i sociale aktiviteter
- Sociale relationer, herunder samliv og sexliv
- Uddannelse eller arbejde
- Økonomi og boligsituation
- forventninger til fremtiden

Vær opmærksom på patientens sygdomsforståelse og sundhedskompetencer, herunder om patienten har tidligere erfaringer med kroniske smerter. Har patienten viden om og forståelse af mulige behandlinger, eller er der brug for støtte til at få denne viden.

Vær opmærksom på komorbiditeter (f.eks. angst eller depression) eller polyfarmaci, som kan virke forværende på smerterne. Fokusér gerne positivt på de ting patienten klarer i sin hverdag og på hvad der lindrer smerterne.

Da patientgruppen har en højere mortalitet end baggrundsbefolkningen (10) bør man være opmærksom på patientens risikoprofil (inaktivitet, rygning, alkoholforbrug, misbrug mv.), på trods af, at disse ting ikke nødvendigvis direkte påvirker smerterne.

Der findes forskellige værktøjer til at belyse patientrapporterede outcomes (PRO), bl.a. Smertehjulet (11) og Dolotesten (12), som kan være nyttige at inddrage i afdækningen af den biopsykosociale tyngde, da de kan hjælpe almen praksis med at få spurgt ind til relevante områder. Disse er opbygget, så man får afdækket både patientens smerter, kropsfunktion og aktivitets- og deltagelsesniveau i dagligdagen (13). Til at identificere og graduere kroniske smerter, kan Graded Chronic Pain Scale Revised (GCPS-R) benyttes (14).

GCPS-R er et valideret generisk smertescreenings-værktøj, der består af fem spørgsmål. Via disse vurderes det om smerterne har en mild, generende eller høj impact på patientens liv. Disse eller lignende værktøjer kan med fordel genbesøges i det videre forløb og hjælpe den praktiserende læge og patienten med kroniske smerter til at få et overblik over ændringer i den biopsykosociale situation.

Hvorfor anbefaler vi det?

For patienter med kroniske smerter er smerteintensiteten vigtig, men konsekvenserne af smerterne er ofte det, der dominerer. De begrænsninger i den daglig livsførelse smerterne medfører, at man ikke længere kan gøre de ting man gjorde tidligere. Derudover,

at man ikke længere kan udfylde de vante og ønskede sociale roller og leve som man plejer (15).

Selvom der ikke ligger meget litteratur omkring effekten af en biopsykosocial udredning af behandlingsbehov, er der efterhånden en del evidens (16,17,18) der peger på at en biopsykosocial rehabilitering af patienter med kroniske smerter fører til bedre forløb og derfor er at foretrække fremfor en primært biologisk tilgang.

Det kan være hensigtsmæssigt at samarbejde med praksispersonalet i afdækning af den enkeltes situation. I denne forbindelse vil det være fordelagtigt at inddrage praksispersonale med specialviden på området, da dybdegående viden om kroniske smerter, ikke nødvendigvis er en del af de sundhedsfaglige grunduddannelser.

Anbefaling 3. Informér og planlæg løbende

Vejled og informer om tilstanden baseret på den enkelte patients behov og sygdomsforståelse. Planlæg herefter sammen med patienten, hvordan det videre forløb skal foregå. Aftal kontakter, vejledning og eventuelt medicinering og/eller non-farmakologisk behandling. Konkretiser i planen, hvad der er vigtigst for patienten. Tilstanden kan tilgås på samme måde som hos andre patienter med kroniske tilstande, hvor mål og plan løbende justeres.

Forklar baggrunden bag eventuelle fordele, risici og usikkerheder ved mulige medicinske behandlinger. Oplys om mulige non-farmakologiske behandlinger, som tager sigte mod bedre symptomhåndtering (fx aktivitetsregulering, afspænding, mindfulness), og at der kan søges hjælp til dette hos andre sundhedsprofessionelle med særlig uddannelse i smerter.

Tilskynd patienten til at søge mere viden om smerter og strategier til håndtering af smerter via myndigheder eller patientforeninger.

Inkludér følgende i patientsamtalen:

- At du anerkender patientens oplevelse af de kroniske smerter, selvom vi ikke kan forklare smerterne (eller opblussen) med underliggende sygdom eller vævsskade
- At smerterne og konsekvenser vil variere over tid
- At det ofte er muligt for patienten at håndtere symptomer med non-farmakologiske tiltag, som fx let aktivitet, varme/kulde, hvile og distraktion.
- At der kan ske forbedringer i livskvalitet, selvom smerten bliver ved med at være der

Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

Digitale opfølgninger fra læge eller andre sundhedsprofessionelle kan være et relevant alternativ til en konsultation.

Hvis den praktiserende læge og patienten vurderer, at patienten vil have gavn af et mestringsforløb i kommunen, kan den praktiserende læge se regionale og kommunale tilbud på sundhed.dk. Her kan man for hver region finde de tilgængelige tilbud. Der er i øjeblikket stor variation i smertehåndteringsstilbud i de enkelte kommuner.

Vær opmærksom på egentlige forværringer af smerter og symptomer, som kan kræve yderligere udredning. Husk at smertefluktuationer dog ofte forekommer hos patienter med kroniske smerter, hvorfor der ikke nødvendigvis er behov for yderligere interventioner ved ændringer i patientens tilstand.

Henvielse til specialiseret smertebehandling (regionsfunktion) bør overvejes, hvis patienten er motiveret og følgende forudsætninger er opfyldt (fra Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Anæstesiologi, 2018):

5. monofaglig terapi har ikke haft effekt **og**
6. patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer **og**
7. der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og hverdagsliv **og**
8. de kroniske smerter har udløst sociale og psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

I forbindelse med henvisning til smertecentrene er det vigtigt at være opmærksom på de forskellige krav, der stilles til en henvisning. En grundig beskrivelse af, hvordan patienten er belastet af sine smerter, vil oftest være krævet, men det kan være en fordel at kontakte de relevante smertecentre for at få beskrevet specifikke krav. Derudover ligger der en vejledning på sundhed.dk.

Referencer

- 1: Treede, R-D et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the international Classification of Disease (ICD-11) Pain. 2019.
- 2: Vaegter, H. B., Christoffersen, L. O., Enggaard, T. P., Holdgaard, D. E. M., Lefevre, T. N., Eltved, R., og Høybye, M. T. (2021). Socio-demographics, pain characteristics, quality of life and treatment values before and after specialized interdisciplinary pain treatment: results from the Danish clinical pain registry (PainData). *Journal of Pain Research*, 1215-1230.
- 3: Eccleston, C., Begley, E., Birkinshaw, H., Choy, E., Crombez, G., Fisher, E., ... & Keogh, E. (2022). The establishment, maintenance, and adaptation of high-and low-impact chronic pain: a framework for biopsychosocial pain research. *Pain*, 10-1097.
- 4: Duca, L. M., Helmick, C. G., Barbour, K. E., Nahin, R. L., Von Korff, M., Murphy, L. B., ... & Mackey, S. (2022). A review of potential national chronic pain surveillance systems in the United States. *The Journal of Pain*.
- 5: Von Korff, M., DeBar, L. L., Krebs, E. E., Kerns, R. D., Deyo, R. A., & Keefe, F. J. (2020). Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain. *Pain*, 161(3), 651.
- 6: Seers, T., Derry, S., Seers, K., & Moore, R. A. (2018). Professionals underestimate patients' pain: a comprehensive review. *Pain*, 159(5), 811-818.
- 7: Roenne, Pernille Friis, Nadija Schwartz Horn, and Carrinna Aviaja Hansen. "Involvement of relatives in chronic non-malignant pain rehabilitation at multidisciplinary pain centres: part one—the patient perspective." *Scandinavian Journal of Pain* 21.1 (2021): 81-94.
- 8: West, C, Usher, K, Foster, K, Stewart, L. Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *J Clin Nurs* 2012;21:3352–60.
- 9: Swift, CM, Reed, K, Hocking, C. A new perspective on family involvement in chronic pain management programmes. *Muscoskel Care* 2014;12:47–55.
- 10: Vaegter, H. B., Støten, M., Silseth, S. L., Erlangsen, A., Handberg, G., Sondergaard, S., & Stenager, E. (2019). Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multidisciplinary pain clinic: a cohort register-linkage study. *Scandinavian journal of pain*, 19(1), 93-99.
- 11: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/kronikerforloeb/smertehjul/>
- 12: Kristiansen, K., Lyngholm-Kjaerby, P., & Moe, C. (2010). Introduction and Validation of DoloTest®: A New Health-Related Quality of Life Tool Used in Pain Patients. *Pain Practice*, 10(5), 396-403.
- 13: ICF International klassifikation af Funktionsevne. Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen og Munksgård: København; 2003

14: Von Korff, M., DeBar, L. L., Krebs, E. E., Kerns, R. D., Deyo, R. A., & Keefe, F. J. (2020). Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain. *Pain*, 161(3), 651.

15: Ørtenblad, L., Valentin, G. H., & Carstensen, K. (2014). SMERTER-En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. Health Technology Assessment and Health Services, CFK

Søgebeskrivelse

Litteratursøgningen til disse kliniske anbefalinger er foretaget i henhold til metodehåndbogen for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Databaserne er ligeledes udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer som defineret i metodehåndbogen. Der er foretaget en systematiske søgning, efter Guidelines, practice guideline, clinical guideline, guidance, consensus, og recommendations fra 2013 til marts 2023.

Søgeprotokollen med søgestrategier og søgetermer for de enkelte databaser er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: <https://www.sst.dk/da/>

Generelle søgetermer

Engelske: Pain, Chronic Pain, fibromyalgia, musculoskeletal pain

Norske: smerte, kronisk smerte, fibromyalgi, Muskel- og skjelettsmerter

Svenske: generaliserat smärtor, Fibromyalgi, Kroniska smärtor, muskuloskeletal smärta

Guideline-søgningen

Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines blev foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), Trip (gratis klinisk søgemaskine), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Folkehelseinstituttet (Norge), Helsedirektoratet (Norge) og Medline via OVID.

Generelle søgekriterier

- Publikations år: 2013 – marts 2023
- Sprog: Engelsk, norsk og svensk
- Dokumenttyper: Kliniske retningslinjer, guidelines, practice guideline, clinical guideline, guidance, consensus, og recommendations

Arbejds- og referencegruppe

Arbejdsgruppen

- Niels Bentzen, Gitte Krogh Madsen og Jon Zwisler, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Karin Due Bruun, udpeget af Dansk Smerte Forum
- Sanne Lydø og Lars Bye Møller udpeget af Foreningen af kroniske smerte-ramte og pårørende, FAKS
- Jytte Andersen, udpeget af Dansk Socialrådgiverforening
- Winnie Smelling, udpeget af Smertesagen
- Bjarne Rittig-Rasmussen og Morten Høgh, udpeget af Dansk Selskab for Fysio-terapi
- Svetlana Solgaard Nielsen, udpeget af Ergoterapeutforeningen
- Sif Gylfadottir, udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- Lilli Kirkeskov, udpeget af Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin
- Kirstine Amris, udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab
- Carsten Boe Pedersen, udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Inten-siv Medicin

Referencegruppen

- Kommunernes Landsforening
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Danske Regioner
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Region Nordjylland
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Lægehåndbogen
- Social- og Boligstyrelsen

Sekretariatet i Sundhedsstyrelsen

- Forperson: Maria Herlev Ahrenfeldt
- Fagkonsulent: Elisabeth Ginnerup Læbo
- Projektleder: Christian Ulrich Eriksen (til 14. juli 2023)
- Projektleder: Sengül Sari Canbolat (fra 14. juli 2023)
- Metodekonsulent: Henning Keinke Andersen
- Søgesepecialist: Birgitte Holm Petersen

Metodetilgang

I forbindelse med de første arbejdsgruppemøder blev det klart, at de kliniske spørgsmål, vi skulle besvare med disse anbefalinger, ikke egnede sig til PICO eller PIRO-metoden. Det blev derfor besluttet at lave en guidelinesøgning.

På baggrund af 1314 screenede titler og abstracts og læsning af 46 videnskabelige artikler blev 2 guidelines udvalgt:

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. *NICE guideline NG193*.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). Management of chronic pain. a national clinical guideline.

Disse guidelines blev AGREE-vurderet og relevante anbefalinger blev udtrukket og oversat til dansk. AGREE-vurderingerne kan tilgås på SST's hjemmeside:

- <http://www.agreetrust.org/appraisal/101950>
- <http://www.agreetrust.org/appraisal/101330>
- <http://www.agreetrust.org/appraisal/101949>

De oversatte anbefalinger blev herefter gennemgået sammen med arbejdsgruppen. Syv overordnede emner blev i første omgang fundet relevante og 6 anbefalinger blev formuleret "Personcentreret og individualiseret vurdering", "Afdæk smerteætiologi" "Afdæk den biopsykosociale tyngde", "Informér og planlæg løbende", "Manglende effekt eller forværring" og "18-25-årige". Disse blev efter drøftelse med reference- og arbejdsgrupperne ændret til 3 anbefalinger: "Indledende vurdering", "Afdæk den biopsykosociale tyngde" og "Informér og planlæg løbende".

Anbefalingerne er sammenskrevet med anbefalingerne vedrørende initiativ 1 i 'Strategi for smerteområdet' og indsat som bilag i en fælles rapport 'Tværsektorielle anbefalinger for mennesker med kroniske smerter'. Den samlede rapport har været i offentlig høring.

Anbefalingerne vil i udgangspunktet ikke blive opdateret, hvorfor det påhviler de faglige miljøer at orientere os, hvis der kommer ny viden

Sundhed for alle ♥ + ●