



Afdækning af smerteområdet



Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan

Afdækning af smerteområdet

Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan

© Sundhedsstyrelsen, 2020.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-203-8

Sprog: Dansk

Version: 1

Versionsdato: September 2020

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
September 2020

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	4
1. Mulige indsatsområder	6
1.1 Viden, information og kompetencer på smerteområdet	6
1.2 Sundhedsfaglige indsatser på smerteområdet	7
1.3 Organisering på smerteområdet	8
2 Status på smerteområdet	10
2.1 Smerter.....	11
2.2 Sundhedsfaglige indsatser - behandlingsmuligheder	13
2.3 Nuværende organisering og roller.....	14
3 Metode.....	18
4 Behandlingsforløb	19
5 Viden, information og kompetencer.....	23
5.1 Mulige indsatsområder	24
6 Sundhedsfaglige indsatser	26
6.1 Mulige indsatsområder	27
7 Organisering.....	29
7.1 Mulige indsatser.....	30
8 Epidemiologi.....	31
8.1 Sociodemografiske forhold	31
8.2 Komorbiditet.....	32
8.3 Forbrug af sundhedsydelser og medicin.....	32
9 Behandling af smerter.....	34
10 Referenceliste	37
11 Bilag.....	44
11.1 Kommissorium	44
11.2 Eksisterende initiativer på smerteområdet.....	49
11.3 Sygdomme med kroniske smerter	52
11.4 En typisk beskrivelse af forløbet for en person, der udvikler en kronisk kompleks smertetilstand	55

Sammenfatning

Kroniske smertetilstande, dvs. smertetilstande som har været til stede i over 6 måneder, er hyppige, såvel i den danske befolkning som internationalt. Undersøgelser har vist, at forekomsten af selvrappede kroniske smerter i Danmark gennem de senere år er steget fra 19 % i 2000 til 29 % i 2017, svarende til næsten 1,3 millioner danskere over 16 år (1). Til sammenligning var der i 2017 i de nationale registre 235.675 personer, der havde diabetes og 198.500 personer, der havde kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1, 2).

Et dansk studie af personer med kroniske smerter henvist til og behandlet på et offentligt tværfagligt smertecenter viste, at kroniske smerter har en betydelig effekt på såvel helbredsrelateret livskvalitet som på arbejdsevnen (3). Personernes fysiske funktionsniveau og den helbredsrelaterede livskvalitet var svært reduceret, og over halvdelen havde angst og/eller depression. Kun en femtedel af personerne var i arbejde på fuld eller nedsat tid (3).

Mange personer med kroniske smerter har et langt og usammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at mange personer med kroniske smerter mødes med manglende forståelse fra fagpersoner i både sundhedsvæsenet og i det sociale system samt fra arbejdsplads og omgangskreds. I den forbindelse mangler der information og forventningsafstemning om, at udredning og behandling tager tid og at patientens egen indsats i hele forløbet er vigtig for, hvordan smertetilstanden udvikler sig.

Kroniske smertetilstande udgør således et meget stort befolkningsmæssigt problem med alvorlige konsekvenser - dels for den enkelte i form af lidelse og nedsat helbredsrelateret livskvalitet, men også for samfundet i form af tabt erhvervsevne og udgifter til sundhedssystemet. I 2015 kostede alene behandling af lænderygsmerter ca. 1,8 mia. kroner, og udgifter til tabt produktion beløb sig til ca. 4,8 mia. kroner (4). En undersøgelse af sygefraværet blandt erhvervsaktive personer med lænderygsmerter viste, at de årligt havde ca. 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmerter. Det svarer til ca. 20 % af alle sygedage i Danmark i 2015 (4).

Langt de fleste personer med kroniske smerter behandles i primærsektoren, hvor egen læge er tovholder. En mindre del behandles i en kortere eller længere periode hos en praktiserende speciallæge (f.eks. anæstesiologer, reumatologer og neurologer) eller i et ambulans forløb på en specialafdeling på hospital, f.eks. en reumatologisk afdeling.

Endelig er der egentlige smertebehandlingsenheder, som omfatter praktiserende speciallæger (typisk anæstesiologer), monofaglige smerteklinikker og tværfaglige smerteklinikker og smertecentre.

Forløbet for den enkelte borger med en kronisk smertetilstand er ofte langstrakt i tid og involverer flere sektorer og også flere ministeriers lovgivning. Det betyder, at der er behov

for koordinering af lovgivning på tværs af ressortområder for at sikre optimale forløb for borgerne/patienterne.

Med Finanslov 2018 blev det besluttet af afsætte 14,3 mio. kroner til smerteområdet i perioden 2018-2021. Sundhedsstyrelsen er i den forbindelse blevet anmodet om at udarbejde en afdækning af smerteområdet med fokus på personer med kroniske smerter.

Sundhedsstyrelsen er i forbindelse med afdækningen af smerteområdet i Danmark og udarbejdelsen af rapporten blevet rådgivet af en bredt sammensat arbejdsgruppe med deltagelse af repræsentanter fra relevante faglige selskaber og relevante organisationer, herunder Dansk Smerteforum, Smertesagen, Sundhed Danmark, Foreningen af Kroniske Smertepatienter, Danske Patienters repræsentanter (UlykkesPatientForeningen og Dansk Fibromyalgi-Forening), Gigtforeningen, Dansk Kiropraktor Forening og sundhedsprofessionelle fra både regioner og kommuner. For en oversigt over medlemmer i arbejdsgruppen se Bilagsfortegnelsen 11.1.

Formålet med nærværende afdækning er at bidrage med et fagligt oplæg til en smertebehandlingsplan, der skal tage afsæt i aktuelle afdækning af de væsentligste udfordringer og mulige indsatser på smerteområdet. Primært fokus for initiativerne er at støtte de nuværende aktører inden for smertebehandling med kvalitetsudviklingen samt at identificere mulige indsatser, der kan håndteres inden for de nuværende økonomiske rammer samt identificere øvrige eventuelle fremtidige indsatser. Herudover er fokus på at reducere opioidforbruget og mindske antallet af patienter, der er i risiko for blive afhængige af stærke smertestillende præparater.

På baggrund af afdækningen har Sundhedsstyrelsen prioriteret en række forslag til potentielle indsatsområder, som er opřidset i [kapitel 1](#). Selve afdækningen af smerteområdet består af en status på området i [kapitel 2](#), herefter følger [kapitel 3](#), som beskriver den valgte metode. I [kapitel 4](#) er behandlingsforløbet for den typiske patient opřidset. I henholdsvis [kapitel 5](#), [6](#) og [7](#) beskrives udfordringer og potentielle indsatsområder indenfor de tre emner: *Viden, information og kompetencer, sundhedsfaglige indsatser og organisering*. Relevante dele af epidemiologien inden for smerteområdet uddybes i [kapitel 8](#), mens [kapitel 9](#) indeholder en oversigt over behandlingsmuligheder for personer med kroniske smerter.

1. Mulige indsatsområder

Sundhedsstyrelsens afdækning af smerteområdet har primært fokus på personer med kroniske, ikke-kræftrelaterede smerter, og beskriver de væsentligste udfordringer og potentielle indsatser på området.

På baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen blev der identificeret en række problemstillinger knyttet til smerteområdet, og i den forbindelse blev der foreslået en bred vifte af mulige indsatsområder. Sundhedsstyrelsen har efterfølgende prioriteret i de foreslåede indsatser, der ligger inden for Sundheds- og Ældreministeriets ressortområde, og har oplistet nogle specifikke problemstillinger, der med fordel kan iværksættes konkrete tiltag for at løse. Herudover har afdækningen identificeret nogle mere generelle indsatser i forhold til at styrke smerteområdet, som ligeledes er oplistet nedenfor.

Indsatsområderne er opdelt i tre temaer, som følger rapportens opbygning. Første tema relaterer sig til viden om kroniske smerter i de fem faser i behandlingsforløbet. Andet tema adresserer sundhedsfaglige indsatser på området og sidste tema organisering på smerteområdet. Temaerne er yderligere udfoldet i henholdsvis kapitel 6, 7 og 8.

1.1 Viden, information og kompetencer på smerteområdet

Specifikke indsatser

- **En platform for viden**
Det foreslås at etablere en samlet platform for information og viden om kroniske smerter, der kan sikre lettere tilgængelighed og overblik over eksisterende viden. Viden om kroniske smerter kunne med fordel forankres i et Nationalt Videnscenter for Kroniske Smerter.

Generelle indsatser

- **Øget information om kroniske smerter**
Information om kroniske smerter kan med fordel intensiveres til såvel befolkningen, patienter, pårørende, sundhedspersonale samt personale i socialsektoren, da afdækningen har vist, at der generelt mangler viden om både forebyggelse, udvikling, behandling, rehabilitering samt opfølgning af borgere med kroniske smerter.
- **Mere forskning om risikofaktorer**
Der bør igangsættes forskning med henblik på identificering af risikofaktorer og mulige indikatorer for udvikling af kroniske smerter. Forskning bør så vidt muligt indtænkes i alle indsatsområder.
- **Fokus på kompetencer**
Uddannelse i basal lære om kroniske smerter skal styrkes, specielt for lægerne, men også for sygeplejersker og øvrige faggrupper, der beskæftiger sig med personer med kroniske smerter.

1.2 Sundhedsfaglige indsatser på smerteområdet

Specifikke indsatser

- **Udarbejdelse af udredningsprogrammer**
Der bør udarbejdes udredningsprogrammer (f.eks. i form af forløbsprogrammer), som kan understøtte hurtigere udredning af eventuel tilgrundliggende sygdom for at kunne forebygge udvikling af kroniske smerter og sikre hurtigere behandling. Dette på baggrund af, at afdækningen efterlyser, at patienter hurtigere kan blive færdigudredt og behandlet, så de tidligere i forløbet kan henvises til et tværfagligt smertecenter, hvis de har fået diagnosen "kroniske smerter og har behov herfor.
- **Tidlig opsporing af patienter med kroniske smerter i almen praksis**
For at understøtte bedre og hurtigere udredning og behandling hos egen læge kan der udvikles et smertescoringsværktøj til egen læge med tjekliste med relevante punkter for patienter med kroniske smerter til anvendelse i forbindelse med diagnostik og systematisk opfølgning. Sundhedsstyrelsen har udgivet en smerteguide, der har til formål at støtte læger i en hensigtsmæssig, ikke-specialiseret farmakologisk smertebehandling inden for akutte og kroniske smerter. Et færdigudviklet smertescoringsværktøj vil kunne formidles i denne.
- **Øget fokus på non-farmakologiske tilbud**
Der kan sættes yderligere fokus på henvisningsmulighed til non-farmakologisk behandling (f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, kiropraktor, psykolog, kommunale tilbud m.v.). Indholdet bør være struktureret og begrænset i tid med fokus på at give patienten viden, tryghed og erfaring med smerterne, så de selv bliver i stand til at mestre hverdagen.
- **Øget information om forebyggende vaccination af ældre mod helvedesild**
Der kan med fordel informeres yderligere om muligheden for forebyggende vaccination for ældre mod helvedesild (herpes zoster, en tilstand, der udløses af reaktivering af skoldkoppevirus og som i en del tilfælde medfører en kronisk smertetilstand) (62).

Generelle indsatser

- **Øget information om smerter inden operative indgreb**
Hospitaler kan styrke deres forberedelse af patienter til planlagte operative indgreb, herunder tilbyde information om akutte smerter, behandling af smerter under og efter indgrebet samt fysisk aktivitet før og efter operationen for at undgå, at en eventuel smertetilstand udvikler sig til en kronisk smertetilstand med eventuel afhængighed af smertestillende medicin.
- **Forbedret smertebehandling på alle kirurgiske og akutmodtagende hospitalsenheder.**
Hospitaler kan i højere grad tilbyde målstyret, smertescorevejledt smertebehandling på alle kirurgiske og akutmodtagende hospitalsenheder. Smertebehandlingen skal evalueres og justeres med henblik på, at behandlingsmålene for hvile og aktivitetsudløste smerter opnås. Der skal ved udskrivelse foreligge en epikrise med plan for smertebehandlingen, og patienten skal være informeret herom.

- **Tid til komplicerede smerter i almen praksis**
Der bør være fokus på, at der afsættes tilstrækkelig tid til at håndtere patienter med komplicerede kroniske smerter i forbindelse med konsultationssituationer.
- **Opfølgning på smerter i almen praksis**
Praktiserende læger kan i højere grad tilbyde systematisk lægelig opfølgning ved "vent og se-tilgangen" (hvor spontan bedring afventes uden farmakologisk behandling) med beskrivelse af, hvor længe man skal vente, og hvad målet er for den afventende tilgang.

1.3 Organisering på smerteområdet

Specifikke indsatser

- **Fokus på tværfaglige smertebehandlingsmuligheder**
Der bør være større fokus på tværfaglige smertebehandlingsmuligheder for patienter, som er under udredning fra landets smerteklinikker og –centre. F.eks. med rådgivning om farmakologisk smertebehandling og mestring af smertetilstanden.
- **Skabelon for henvisninger**
Der kan udarbejdes en national, elektronisk, fælles skabelon for, hvad man bør afklare inden henvisning, og hvad "den gode henvisning" til landets tværfaglige smerteklinikker og –centre som minimum skal indeholde af information.
- **Etablering af tværsektorielle sygeplejeambulatorier**
Der kan etableres mulighed for videre opfølgning af de mest komplicerede patienter efter, at de er afsluttet fra det tværfaglige smertecenter, eventuelt ved etablering af tværsektorielle sygeplejeambulatorier.

Generelle indsatser

- **Tættere samarbejde på tværs af sektorer**
Der kan med fordel sættes ind med et tidligere og tættere samarbejde på tværs af sektorer og afdelinger i social - og sundhedsvæsenet, da afdækningen har vist, at der er mangelfuld koordinering mellem forskellige udredningsforløb, hvilket kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for tab af tilknytning til arbejdsmarkedet og reduceret livskvalitet for patienten.
- **Fokus på overlevering og opfølgning**
Ved overgange i sundhedsvæsenet bør der være fokus på grundig overlevering af information mellem behandlere med fokus på behovet for systematisk opfølgning ved iværksat behandling med smertestillende medicin, særligt afhængighedsskabende medicin som opioider. Ydermere bør der være særlig opmærksomhed på at sikre den systematiske opfølgning af særligt sårbare patienter, der udskrives fra hospital med smertestillende medicin, specielt afhængighedsskabende medicin. Der bør herunder være krav til indhold i epikrisen med pointering af, at smertebehandlingen løbende skal revurderes, justeres og eventuelt nedtrappes.
- **Rehabilitering af patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet**
Når først smertetilstanden er blevet kronisk bliver den ofte kompliceret af sociale problemstillinger med aftagende eller mistet arbejdsevne. For at sikre et så aktivt

liv som muligt, bør mulighederne for tværfaglig rehabilitering af patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet på specialiserede trænings- og rehabiliteringscentre udvides i den udstrækning, der er behov for det.

- **Individuelle udrednings- og behandlingsindsatser**

Der bør organiseres individuelt tilrettelagte udrednings- og behandlingsindsatser af smertetilstande på baggrund af risikovurdering af patienterne samt mulighed for tidligere at kunne tilbyde samme tværfaglige tilbud som på de tværfaglige smertecentre.

2 Status på smerteområdet

Kroniske smertetilstande er hyppige, såvel i den danske befolkning som internationalt. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) gennemfører med jævne mellemrum nationalt repræsentative sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY-undersøgelserne) af den voksne befolkning i Danmark. Undersøgelser har vist, at forekomsten af kroniske smerter i Danmark gennem de senere år er steget fra 19 % i 2000 til 29 % i 2017, svarende til næsten 1,3 millioner danskere over 16 år (1). Til sammenligning var der i 2017 235.675 personer, der havde diabetes og 198.500 personer, der havde kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1, 2).

Et dansk studie af patienter med kroniske smerter henvist til og behandlet på et offentligt tværfagligt smertecenter viste, at kroniske smerter har en betydelig effekt på såvel helbredsrelateret livskvalitet og på arbejdsevnen (3). De fleste patienter var kvinder, og smerterne blev beskrevet som stærke eller uudholdelige. Patienternes fysiske funktionsniveau og den helbredsrelaterede livskvalitet var svært reduceret, og over halvdelen havde angst og/eller depression. Kun en femtedel af patienterne var i arbejde på fuld eller nedsat tid (3).

Kroniske smertetilstande udgør et meget stort samfundsmæssigt problem med alvorlige konsekvenser for den enkelte i form af lidelse og nedsat helbredsrelateret livskvalitet, samt mulighed for arbejdsfasholdelse. Der kan også være store konsekvenser for familiens økonomiske og sociale situation. Kroniske smertetilstande er således forbundet med ulighed i sundhed, da personer med grundskoleuddannelse/kort uddannelse har en højere forekomst af lænderygsmarter, hvilket blandt andet kan skyldes et mere belastende arbejdsmiljø med f.eks. tunge løft. Denne gruppe af befolkningen oplever også flere hospitalsbesøg og indlæggelser, og generelt er der store udgifter for samfundet i form af tabt erhvervsevne og udgifter til sundhedssystemet. I 2015 kostede alene behandling af lænderygsmarter ca. 1,8 mia. kroner, og udgifter til tabt produktion beløb sig til ca. 4,8 mia. kroner (4). Sygefraværet blandt erhvervsaktive personer med lænderygsmarter viste, at de årligt havde ca. 5,5 mio. flere sygedage sammenlignet med erhvervsaktive personer uden lænderygsmarter. Det svarer til ca. 20 % af alle sygedage i Danmark i 2015 (4).

I dette faglige oplæg til en smertehandlingsplan er den specifikke målgruppe personer med kroniske, ikke-kræftbetingede (non-maligne, uden aktiv cancer) smerter (i det følgende kaldet kroniske smerter). Initiativerne omfatter:

- personer med smerter og deres pårørende
- sundhedsprofessionelle, herunder alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, andre praktiserende sundhedsfaglige personer og ansatte i regionale og private tværfaglige smertecentre/-klinikker
- kommunalt ansatte i jobcentre og sundhedssektoren

- sygeplejersker ansat i hjemmesygeplejen, som møder patienter med kroniske smerter på forskellige trin af sygdomsforløbet.

Formålet med en afdækning af smerteområdet er at understøtte en langsigtet kvalitetsudvikling på området for smertebehandling i hele sundhedsvæsenet i Danmark og sikre rationel behandling af smerter på tværs af både sektorer og geografi.

Afdækningen supplerer allerede eksisterende initiativer på smerteområdet, eksempelvis Sundhedsstyrelsens retningslinjer, information til praktiserende læger mv. Herudover er der også projekter i regionerne og hos øvrige aktører på smerteområdet. Nogle af disse initiativer er oplistet i bilag 11.2.

2.1 Smertes

Den internationale smerteorganisation "International Association for the Study of Pain" (IASP) har i 2017 defineret smerter således: "Smerter er en ubehagelig sanssemæssig og følelsesmæssig oplevelse forbundet med en aktuel eller mulig vævsskade, eller beskrevet som om en sådan forelå" (5). Smerter er ikke bare en sanssemæssig oplevelse som følge af en vævsskade, men en kompleks oplevelse, som ledsages af følelsesmæssige komponenter som ubehag, frygt og angst. Når en person oplever smerter, vil kognitive komponenter, som tidligere erfaring og den sociale og kulturelle baggrund, påvirke den måde, som personen opfatter og reagerer på smerten på. Smerteoplevelsen består således af tre komponenter: en sanssemæssig, en følelsesmæssig og en kognitiv komponent, som ikke uden videre kan måles, og som ikke alene varierer fra person til person, men også hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder.

2.1.1 Risikofaktorer

Der er påvist en række risikofaktorer for at udvikle kroniske smerter, hvoraf nogle vigtige er oplistet nedenfor:

2.1.2 Biologiske:

- Høj alder (6-8)
- Kvindeskøn (6, 8, 9)
- Genetisk disposition (6, 9)
- Svær overvægt (6)
- Traumer og kirurgiske indgreb, herunder gentagen kirurgi, stærke smerter i første uge efter kirurgi og langvarige stærke smerter inden kirurgi (10, 11)

2.1.3 Psykologiske:

- Tendens til angst og katastrofetænkning (12)
- Dårligt selv vurderet helbred (8)

2.1.3.1 Sociale:

- Kort uddannelse (6, 8)
- Hårdt fysisk arbejde (7)

- Separation/skilsmissе (6)
- Ikke-vestlig baggrund (13)

2.1.4 Inddeling af smerter

Smerter inddeles efter forskellige kriterier, f.eks. efter:

- tidsaspekt i forhold til akutte eller kroniske smerter
- ætiologi, f.eks. kræftsmеrter eller ikke kræft-relaterede smerter
- mekanisme, f.eks. vævsskadesmerter (nociceptive smerter) eller nervesmerter (neuropatiske smerter)
- lokalisation, f.eks. i smerter i bevægeapparatet (muskuloskeletale smerter) eller smerter i de indre organer (viscerale smerter).

For nogle smertetilstande er den udløsende årsag til smerter fortsat ukendt. Smerterne kan dog forklares ved en særlig følsomhed i centralnervesystemet (central sensibilisering) og klassificeres af The International Association for the Study of Pain (IASP) som funktionelle smertetilstande. I den kommende reviderede internationale klassifikation af sygdomme ICD-11, som forventes træde i kraft pr. 1. januar 2022, betegnes disse tilstande som primære kroniske smerter (14). De såkaldte psykogene smerter – smerter som alene forklares ved psykologiske problemer – er meget sjældne.

Tidligere har man betegnet smerte som værende kroniske, når de har været til stede i mere end 3-6 måneder, men i den kommende ICD-11, vil kroniske smerter dog blive defineret ved at have være til stede i mere end 3 måneder (15), men i denne afdækning fastholdes den aktuelt brugte grænse på 6 måneder, der er brugt i SUSY-undersøgelserne og som refereres i nærværende afdækning.

Kroniske smertetilstande inddeles desuden efter graden af kompleksitet. Ukomplerede smertetilstande, som kan behandles i primærsektoren, er kroniske smertetilstande, hvor der (endnu) ikke er opstået hverken psykologiske eller sociale problemer, som følge af smertetilstanden, og hvor personen fortsat klarer at passe sit arbejde på normale vilkår og samtidig kan opretholde et socialt og aktivt fritidsliv. Dette kan f.eks. være en person med rygsmеrter. Den komplicerede smertetilstand er derimod en tilstand, hvor der ud over de fysiske problemstillinger er tilkommet psykologiske og/eller sociale problemstillinger, samt hvor diagnose og behandling kræver specialiseret sundhedsfaglig viden, uddannelse og klinisk erfaring samt samarbejde på tværs af fag og sektorer.

Personer med kroniske smerter findes overalt i sundhedssystemet, hvor de registreres under deres primære diagnoser. For et overblik over diagnosekoder vedr. sygdomme med kroniske smerter se bilag 11.3. De kan derfor være vanskeligt at få et overblik over, hvor mange personer med kroniske smerter, der behandles i hospitalssektoren og i hvilke specialer. I smertebehandlingsenheder anvendes smertediagnoser til at klassificere deres patienter efter varighed, årsag (cancer/ikke-cancer) og kompleksitet. World Health Organization (WHO) har i maj 2019 godkendt kroniske smerter som en selvstændig sygdom, og kroniske smerter klassificeres i den kommende ICD-11 under en række diagnosekoder

(14). I praksissektoren anvendes diagnosesystemet International Classification of Primary Care, 2. revision (ICPC-2) (16), hvor smerter kan kodes under en enkelt kode A01, der dækker over alle smerter, både akutte smerter, kroniske smerter og cancersmerter, eller under organspecifikke diagnoser f.eks smerter i underlivet (vulvodyni).

2.2 Sundhedsfaglige indsatser - behandlingsmuligheder

Det er vigtigt at foretage udredning af en nyopstået smertetilstand for at få viden om årsagen og at informere om, hvorvidt den tilgrundliggende tilstand kan eller skal behandles, og hvordan smertetilstanden håndteres. Sideløbende med udredningen og behandlingen af den tilgrundliggende årsag vil behandlingen ofte bestå af en kombination af information til patienten om, hvordan patienten skal forholde sig i den aktuelle situation, og monofaglig smertebehandling som f.eks. fysio- eller ergoterapi og farmakologisk smertebehandling. I denne akutte fase er der fokus på helbredelse og smertefrihed.

Hvis behandling af den tilgrundliggende årsag/sygdom ikke fjerner smerterne, og smerterne dermed fortsætter og bliver kroniske, ændres fokus for behandlingen fra at fokusere på årsag, helbredelse og smertefrihed til at omfatte accept, funktionsniveau og helbredsrelateret livskvalitet.

Grundlaget for behandling af en patient med en kronisk smertetilstand er, at patienten er grundigt og tilstrækkeligt udredt, så der ikke overses en tilgrundliggende årsag, som kan behandles. Et andet vigtigt grundlag for behandlingens positive resultat er, at patienten har opnået en vis grad af erkendelse af, at tilstanden er kronisk. Ved de kroniske smertetilstande er fokus ikke længere på at finde den behandling eller den behandler, som kan fjerne smerterne, da der ikke, med den foreliggende viden, er flere behandlingsmuligheder, der kan fjerne smerterne. Fokus er derimod på at hjælpe personen til at lære at leve med (mestre) sin smertetilstand og om muligt at lindre denne, så personen kan opnå en meningsfuld tilværelse.

Behandlingen af personer med ukomplicerede kroniske smerter, der ikke kræver en tværfaglig indsats, består primært af en kombination af farmakologisk smertebehandling, patientuddannelse, vejledning/rådgivning, træning/fysisk aktivitet og kognitiv terapi. Formålet er at give patienten redskaberne til selv at håndtere daglige og andre relevante funktioner med så få begrænsninger som muligt.

Behandlingen af personer med komplicerede kroniske smerter er tværfaglig og omfatter bl.a. en kombination af farmakologisk smertebehandling, afhjælpning af søvnproblemer, manipulationsbehandling (fysioterapi, ergoterapi, kiropraktik m.v.), behandling af psykologiske problemstillinger i forbindelse med smertetilstanden inkl. komplikationer som angst, depression og stress samt rådgivning og vejledning i forhold til de sociale aspekter, herunder problemer med social isolation, fremtidige forsørgelsesgrundlag og erhvervsmuligheder. Se kapitel 9 for et overblik over behandling af kroniske smerter.

2.3 Nuværende organisering og roller

Langt de fleste personer med kroniske smerter behandles primært i almen praksis. En mindre del behandles i en kortere eller længere periode hos en praktiserende speciallæge (f.eks. anæstesiologer, reumatologer og neurologer) eller i et ambulans forløb i en specialafdeling på hospital, f.eks. en reumatologisk afdeling.

Endelig er der egentlige smertebehandlingsenheder, som omfatter praktiserende speciallæger (typisk anæstesiologer), monofaglige smerteklinikker og tværfaglige smerteklinikker og smertecentre. Børn med komplicerede smerter behandles i egne centre.

Organisering af smertebehandling i hospitalssektoren er nærmere beskrevet i specialeplanen for det anæstesiologiske speciale (17). For specifikke smertetilstande som f.eks. hovedpine, neuropatiske smertetilstande og smertetilstande hos personer, der har været udsat for tortur er behandlingen beskrevet i andre specialevejledninger, f.eks. neurologi og psykiatri.

På hovedfunktionsniveau kan der varetages

- basal palliativ behandling af patienter med cancersmerter
- behandling af patienter med akutte smerter, som ikke responderer på konventionel behandling
- tilsynsfunktion og løbende monitorering
- behandling af ukomplicerede langvarige eller kroniske smertetilstande.

På regionsniveau varetages behandling af patienter med komplicerede kroniske smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor:

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

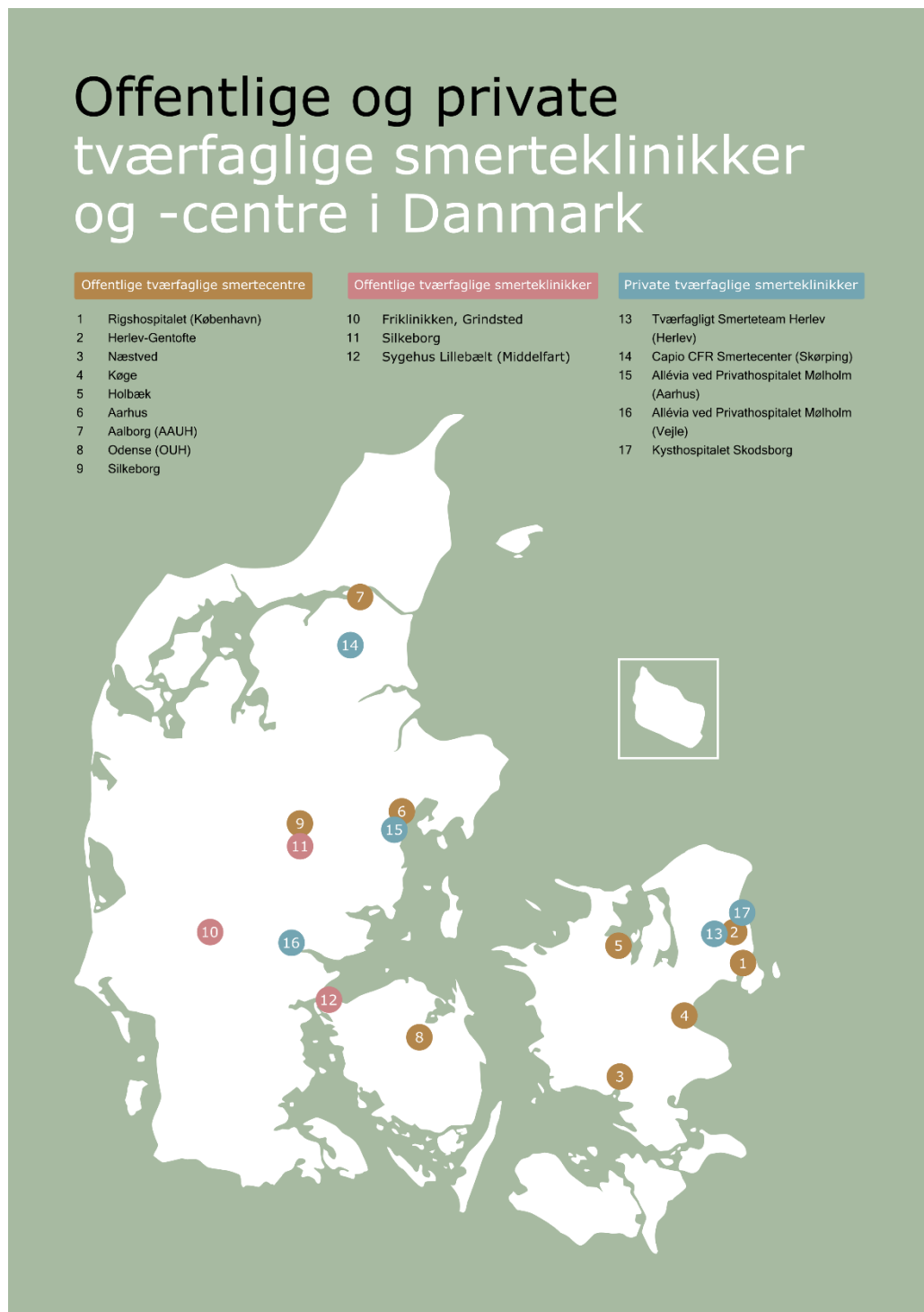
På højt specialiseret niveau varetages behandlingen af patienter med komplicerede kroniske smertetilstande, hvor neurostimulation, herunder bagstrengsstimulation, er indiceret. Det drejer sig om vellokaliserede smerter, især perifere, neuropatiske smertetilstande og refleksdystrofi (regionalt smertesyndrom), men også kroniske smerter i indre organer, f.eks. kronisk bugspytkirtelbetændelse og behandlingsresistent angina pectoris. Denne behandling varetages af anæstesiologer i tæt samarbejde med det neurologiske, neurokirurgiske og kardiologiske speciale.

Et tværfagligt smertecenter er et ekspert-/videncenter som er bemandet med særligt uddannede speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, soci-

alrådgivere og sekretærer. Tværfaglige smertecentre er tilknyttet universitetshospitaler eller regionshospitaler, og er selvstændigt fungerende med egen personalestab, egen økonomi og egne lokaler. Kernen i behandlingen er det integrerede tværfaglige samarbejde om patienten, og patientgrundlaget er patienter med kroniske smerter, der har behov for en tværfaglig indsats. Øvrige opgaver for personalet ved et tværfagligt smertecenter ud over smertebehandlingen er forskning, udvikling, undervisning og videnformidling til såvel fagpersoner som lægmænd.

Tværfaglige smerteklinikker har samme opbygning, funktion og patientgrundlag som et tværfagligt smertecenter, men har ikke samme forsknings-/udviklings- og uddannelsesforpligtigelse som de tværfaglige smertecentre. Tværfaglige smerteklinikker kan både være offentlige og tilknyttet et hospital eller private med udbudsaftaler med en region eller efter aftale med Danske Regioner i henhold til Sundhedslovens § 87 om udvidet frit sygehusvalg.

Figur 1: Offentlige og private tværfaglige smerteklinikker og -centre i Danmark



Monofaglige smerteklinikker består typisk af 1-2 læger (ofte specialuddannede anæstesiologer), sygeplejersker og sekretariat. De er beliggende på et sygehus, og deres fokusområde vil hyppigst være sygehusets egne indlagte patienter, som tilses under indlæggelse, og som kan tilbydes et ambulat forløb efter udskrivelsen. Monofaglige smerteklinikker kan dog også være lokaliseret i praksissektoren under speciallægeområdet. Patientgrundlaget er patienten med den ukomplicerede, kroniske smertetilstand, og behandlingen vil typisk bestå af farmakologisk smertebehandling og hjælp til mestring af de kroniske smerter. Personalet i de monofaglige smerteklinikker kan desuden varetage den farmakologiske smertebehandling af patienter med komplicerede kroniske smerter, hvilket kan aflaste det samarbejdende, tværfaglige smertecenter. Når den farmakologiske smertebehandling er optimeret, kan patienten viderehenvises til det samarbejdende, tværfaglige smertecenter eller -klinik til fortsat tværfaglig behandling.

Den praktiserende læge har en central rolle i behandlingsforløbet for patienter med kroniske smerter. Det er den praktiserende læge, der har den koordinerende rolle i udredningsforløbet, og det er typisk den praktiserende læge, der henviser til en smertebehandlingsenhed. Så længe patienten er tilknyttet en smerteklinik eller -center, er det den behandlingsansvarlige læge, der har ansvaret for smertebehandlingen. Når patientens forløb i smertebehandlingsenheden ender, overtager den praktiserende læge igen behandlingsansvaret for den videre behandling efter anbefalinger fra smertebehandlingsenheden.

Ventetiderne til tværfaglig behandling er meget varierende, både på tværs af landet og mellem private og offentlige smerteklinikker. Aktuelle ventetider kan søges frem på [Mit sygehusvalg](#).

Efteruddannelse af speciallæger i fagområdet avanceret smertebehandling er organiseret som et interskandinavisk samarbejde i Nordic Education in Advanced Pain Medicine, som er en 2-årig diplomuddannelse bestående af en teoretisk del, en videnskabelig opgave samt et 3 måneders klinisk ophold på et tværfagligt smertecenter (18). Grundlaget for den teoretiske del af uddannelsen er IASP's curriculum for læger (19). IASP har endvidere udarbejdet curricula for psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sygeplejersker, tandlæger, socialrådgivere og farmaceuter (20).

Desuden er der ved Aalborg Universitet etableret en 2-årig tværfaglig masteruddannelse, Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling (21).

European Pain Federation (EFIC) har etableret en diplomuddannelse for læger, fysioterapeuter, psykologer og sygeplejersker. EFIC afholder smerteskoler for fagpersonale og har endvidere etableret en online uddannelse, der understøtter ovenstående (22).

3 Metode

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet det faglige oplæg til en smertehandlingsplan for personer med kroniske smerter på baggrund af en afdækning af smerteområdet i Danmark. Der har under processen været løbende inddragelse af en faglig arbejdsgruppe med eksperter fra smerteområdet i form af repræsentanter fra relevante faglige selskaber og relevante organisationer, herunder Dansk Smerteforum, Smertesagen, Sundhed Danmark, Foreningen af Kroniske Smertepatienter, Danske Patienters repræsentanter (UlykkesPatientForeningen og Dansk Fibromyalgi-Forening), Gigtforeningen, Dansk Kiropraktor Foreningen og sundhedsprofessionelle fra både regioner og kommuner. Se fuldstændig medlemsliste over arbejdsgruppen i bilag 11.1.

Der har været afholdt to workshops i januar og maj 2019. Som forberedelse til de to workshops og det videre arbejde bad Sundhedsstyrelsen alle aktører beskrive deres organisationers perspektiver på de væsentligste udfordringer og muligheder (præhøring), som afdækningen burde fokusere på, herunder:

- Farmakologisk behandling, herunder rationel anvendelse af lægemidler og nedtrapning af langvarigt opioidforbrug
- Ikke-farmakologisk behandling, deriblandt tiltag som smertemestring, træning og psykoterapi
- Rehabilitering, herunder opretholdelse af funktionsniveau
- Kompetencer hos sundhedsfagligt personale
- Organisering og sammenhæng i tværsektorielle forløb for patienter med kroniske smerter
- Information og oplysning om smerter og patienter med kroniske smerter
- Registrering af data, forskning samt generering af viden (herunder fokus på kvalitetsindikatorer)
- De største udfordringer og muligheder i forhold til smerteområdet

Formålet med arbejdsgruppens arbejde var at rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af afdækningen, herunder prioritering af indsatser på området.

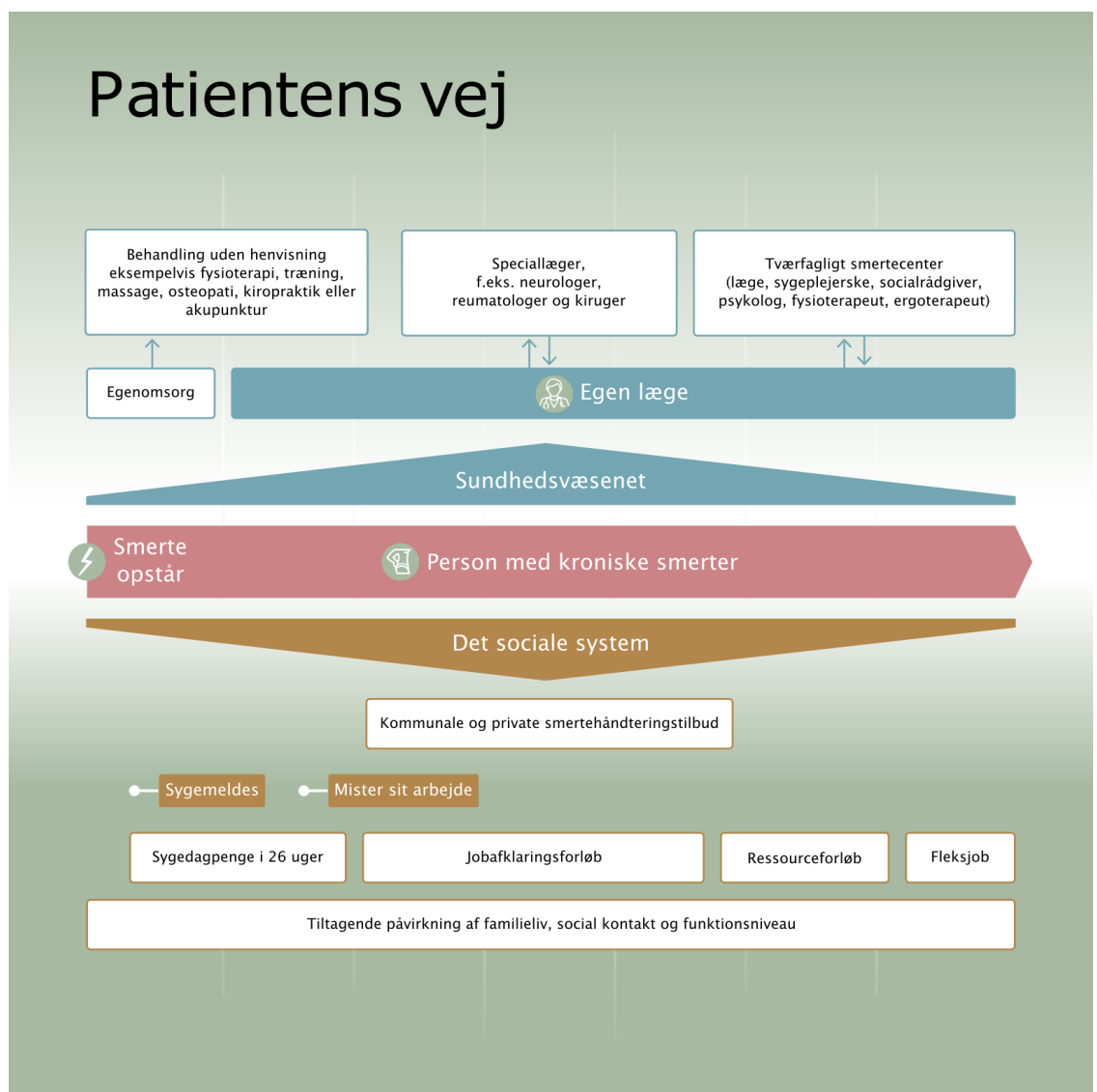
Det har været en af afdækningens hensigter at identificere, udbrede og bygge videre på allerede eksisterende initiativer rundt om i landet. Viden om allerede eksisterende initiativer er blandt andet fremkommet ved præhøringen og via de afholdte workshops.

Afdækningen og det faglige oplæg til smertehandlingsplanen skal generelt ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens og andre aktørers initiativer på smerteområdet. Disse initiativer er beskrevet i [bilag 11.2](#).

4 Behandlingsforløb

I figur 2 er illustreret et typisk forløb for en patient, der over nogle år udvikler en kronisk kompleks smertetilstand.

Figur 2: Patientens vej gennem sundhedsvæsenet



En sådan udvikling består sædvanligvis af en række faser, som vist herunder, med hver deres problemstillinger, udfordringer og handlemuligheder:

Figur 3: Fem faser i patientforløbet



Forebyggelsesfasen er karakteriseret ved, at der her er mulighed for at gribe ind over for forskellige livsvilkår, herunder arbejdsforhold, livsstil og træning i et forsøg på at forebygge,

at smerterne overhovedet opstår. Dette omfatter bl.a. at føre en sund livsstil, herunder regelmæssig fysisk aktivitet. Men også arbejdsmæssige omstændigheder kan påvirke risikoen for udvikling af en smertetilstand (23). Mange mennesker oplever forværring af deres smerter særligt i muskler og led i forbindelse med tungt fysisk arbejde med løft, skub og træk og ved mange gentagelser af samme bevægelser, hvilke begge kan føre til nedsat funktionsevne. Endvidere udvikler nogle patienter kroniske smerter efter traumer og operative indgreb

I *den indledende fase* opstår smerterne, og personen søger selv "at behandle sig ud af det", afprøver måske smertestillende håndkøbsmedicin og/eller andre behandlingsmetoder, som f.eks. fysioterapi, massage, kiropraktik eller akupunktur. Hvis det ikke hjælper, vil patienten typisk kontakte sin egen læge, som ud fra symptomer og objektiv undersøgelse vil søge at udelukke alvorlige årsager til problemerne. Egen læge vil måske ordinere smertestillende medicin og måske henvise til andre behandlere i primærsektoren, f.eks. fysioterapeut eller kiropraktor. I denne fase er behandlingen overvejende symptomatisk, og såvel formålet som håbet er på dette tidspunkt at fjerne smerterne.

Udrednings- og behandlingsfasen er kendetegnet ved forværring af smerterne. Personen har nu kontakt til egen læge, der fortsætte/foretage udredning og behandling evt. i samarbejde med specialister på området. På dette tidspunkt er borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet truet eller ophørt, lige som den sociale situation kan være belastet. Der er stadig håb om helbredelse af smertetilstanden og dermed smertefrihed, men smerterne fortsætter med at være til stede og forværres måske trods ovennævnte undersøgelses- og behandlingsforsøg. Nu henvender patienten sig oftere igen til egen læge. Egen læge udvider nu sin udredning af patienten og henviser til relevante diagnostiske undersøgelser og speciallæger med henblik på at stille en diagnose og iværksætte årsagsbehandling. Den symptomatiske behandling af smerterne (farmakologisk og non-farmakologisk, f.eks. fysio- eller ergoterapi, kiropraktik etc.) fortsætter og intensiveres. I denne fase er der fokus på udredning og behandling for at finde årsagen til problemet og løse det. Målet er, at patienten bliver rask – med andre ord, at patienten bliver smertefri. Når/hvis problemet ikke løses, vil patienten ofte blive henvist til yderligere undersøgelser og/eller speciallæger.

I *rehabiliteringsfasen* er borgeren færdigudredt, og der ses ikke umiddelbart mulighed for helbredelse og smertefrihed. Borgeren skal nu lære at acceptere situationen "finde sin plads i livet", lære forskellige strategier og mestringsteknikker for at få en rimelig kontrol over smerterne og samtidig opretholde et fornuftigt funktionsniveau. Smertetilstanden er blevet kronisk og ofte kompliceret af psykiske og sociale problemstillinger med aftagende eller mistet arbejdsevne. Personen med kroniske smerter vil ofte søge mange forskellige behandlingsmuligheder og håber ofte stadig på at finde den behandler eller den behandling, som fører til helbredelse og genvinding af funktionsevnen. Når det ikke lykkes, udvikler nogle angst og/eller depression, bliver tiltagende opgivende og passive og føler, at smerterne har overtaget og ødelagt deres liv. Med den rette indsats og forståelse fra omgivelsernes side, herunder pårørende, arbejdsplads og jobcentre/kommuner kan der udvikles en accept af tilstanden hos patienten med kroniske smerter, og fokus for behandlingen kan nu rettes mod rehabilitering af patienten. Målet for behandlingen er nu et helt andet end i

de første faser. Målet er nu at opnå en forbedret livskvalitet og et så aktivt liv som muligt – både arbejdsmæssigt og privat. Der er således ikke behov for yderligere udredning af smertetilstanden. Nogle patienter klarer sig igennem denne fase selv eller med hjælp og støtte fra egen læge, mens andre patienter har behov for en tværfaglig indsats.

Opfølgingsfasen vil være præget af løbende kontakt til egen læge for at sikre borgeren individuel opfølgning og støtte til at få et meningsfuldt liv – på trods af de kroniske smerter. Den praktiserende læge overtager igen ansvaret for patientens smertebehandling. For at sikre opretholdelse af funktionsniveau vil mange personer med kroniske smerter have brug for løbende støtte og muligheder for tværfaglige tilbud.

For en typisk beskrivelse af forløbet for en person, der udvikler en kronisk kompleks smertetilstand se bilag 11.4.

I det følgende gennemgås udfordringer og potentielle indsatser på smerteområdet, som arbejdsgruppen har identificeret, og som kan løse eller medvirke til at løse de beskrevne problemstillinger.

5 Viden, information og kompetencer

Afdækningen har vist, at der generelt mangler evidensbaseret viden om forebyggelse, udvikling, behandling, rehabilitering samt opfølgning af borgere med kroniske smerter såvel blandt læger, øvrige sundhedsfaglige og socialfaglige personer som i befolkningen.

Der savnes evidensbaseret viden om forebyggelse af smerter, herunder hvem der er i risiko for at udvikle kroniske smerter samt sikker viden om hvilke aktiviteter, der kan reducere risikoen for udvikling af kroniske smerter.

Der mangler evidensbaseret viden om behandling af kroniske smerter. Blandt andet kan farmakologisk behandling sjældent stå alene, og der er mangelfuld viden om non-farmakologiske behandlingsmuligheder, f.eks. fysio- og ergoterapi eller kiropraktik og om mulighed for henvisning til andre tilbud, f.eks. mono-faglig smerteklinik med henblik på farmakologisk behandling og vejledning i mestring af smerterne ved smertelæge og smertesygplejerske. Der mangler også overblik over forskellige offentlige og private smerteklinikker og -centre og behandlingstilbud i kommunalt regi, f.eks. muligheden for "Lær at tackle"-kurser.

Inden for den farmakologiske behandling mangler mange viden om hvilke lægemidler, der rationelt kan anvendes til behandling af de forskellige smertetilstande samt kendskab til metode for rationel afprøvning af de forskellige lægemidler. Endvidere er der behov for større viden om bivirkninger og risici ved farmakologisk behandling samt risiko for udvikling af fysisk og psykisk afhængighed ved brug af bl.a. opioider og cannabinoider. Nogle alment praktiserende læger ønsker ikke – f.eks. på grund af manglende evidens for behandlingseffekt - at overtage behandlingen, hvis patienten er i behandling med cannabis, naltrexon eller lignende.

Ydermere viser afdækningen, at der ikke er tilstrækkelige kompetencer blandt praktiserende læger og personalet i tværfaglige smerteklinikker og -centre vedrørende diagnostisering og behandling af patienter med problemstillinger inden for brug/misbrug af opioider (eller cannabinoider), der bruges mod kroniske komplicerede smerter og den psykisk afhængighed, der kan udløses af denne behandling. Der eksisterer således heller ingen tværfaglige behandlingstilbud for stofmisbrugere med kroniske smerter eller patienter med svære psykiske lidelser og kroniske smerter og kun begrænsede tilbud til personer med mangelfuldt kendskab til dansk. Viden om øvrige faktorer med betydning for patientens funktionsniveau, ved f.eks. børn med særlige behov, ældre, patienter med angst og depression eller patienter uden sprog (kognitivt påvirkede) er også mangelfuld blandt sundhedspersonalet.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at kroniske smerter adskiller sig fra akutte smerter ved ikke længere at være et symptom, hvis årsag skal findes og behandles. Både personer med kroniske smerter og sundhedsprofessionelles tilgang bærer præg af en helbredelsestankegang. Ydermere kan "Vent og se"-tilgangen, hvor man afventer den spontane helbredelse af en sygdom, i nogle tilfælde strække sig over en for lang periode, hvilket kan øge risikoen for udvikling af kroniske smertetilstande, fordi relevant behandling ikke iværksættes i tide.

Mange personer med kroniske smerter har et langt og usammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at mange personer med kroniske smerter mødes med manglende forståelse fra fagpersoner i både sundhedsvæsenet, i det sociale system samt fra arbejdsplads og omgangskreds. I den forbindelse mangler der information og forventningsafstemning om, at udredning og behandling tager tid og at patientens egen indsats i hele forløbet er vigtig for, hvordan smertetilstanden udvikler sig.

5.1 Mulige indsatsområder

Afdækningen har således vist, at der bør være **øget fokus på information** om kroniske smerter til befolkning, patienter, pårørende, sundhedspersonale samt personale i socialsektoren, specielt i kommunerne, med følgende hovedbudskaber:

- akutte og kroniske smerter adskiller sig væsentligt fra hinanden. Akutte smerter er et symptom på, at der er noget galt i kroppen, hvis årsag skal findes og behandles – ved kroniske smerter er der stillet en diagnose og tilgangen til denne vil være en anden. Før diagnosen kroniske smerter stilles, skal patienten være færdigudredt for evt. anden bagvedliggende årsag til smerterne, som kan behandles. Når diagnosen stilles, er der dermed taget stilling til, at videre undersøgelser ikke vil bidrage yderligere i forhold til diagnose og behandling og opnåelse af smertefrihed. Unødige yderligere undersøgelser kan forsinke det videre forløb i forhold til at bistå patienterne med at lære at mestre livet med kroniske smerter
- det er muligt at hjælpe patienter med kroniske smerter til en bedre livskvalitet, blandt andet ved at udstyre dem med relevante redskaber til at mestre sygdommen.

Patientuddannelsesprogrammet "Lær at tackle kroniske smerter" kunne med fordel udbredes til alle landets kommuner sammen med udbredelse af kendskabet til patientforeninger og deres tilbud, f.eks. ved pjecer og plakater i venteværelser og i forbindelse med afslutning af forløb i smertecentre.

Der bør herudover være **øget fokus på uddannelse i basal lære om kroniske smerter** af relevante faggrupper, herunder specielt læger, men også f.eks. sygeplejersker, fysioterapeuter, kiropraktorer og psykologer.

Desuden bør der igangsættes **forskning** med henblik på at sikre evidensbaseret viden om risikofaktorer, mulige indikatorer for udvikling og relevant behandling af kroniske smerter.

En samlet platform med en national klinisk database med registrering af data vedrørende personer med kroniske smerter på tværs af sektorer (primærsektoren, hospitalssektoren, regioner og kommuner) kunne bidrage til at styrke information og forskning på området. Denne platform kunne med fordel forankres i et Nationalt Videnscenter for Kroniske Smerter.

6 Sundhedsfaglige indsatser

Afdækningen har vist, at udredning og behandling af patientens tilgrundliggende sygdomme ofte tager for lang tid, hvilket forsinker patientens "vej gennem systemet". "Vent og se - tilgangen", hvor man afventer spontan helbredelse af en sygdom, kan i nogle tilfælde strække sig over en for lang periode, hvilket kan øge risikoen for udvikling af kroniske smertetilstande, fordi relevant behandling ikke iværksættes i tide. Risikoen for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet på grund af langstrakte udredningsforløb er reel.

Arbejdsgruppen har påpeget, at egenbetaling i forbindelse med relevante behandlingsmuligheder i primærsektoren er en udfordring og øger den sociale ulighed (f.eks. adgang til 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 som følge af psykiske aspekter ved udredning). Ligeledes påpeger arbejdsgruppen, at der er forskel på behandlingstilbuddene i de offentlige og private smerteklinikker og -centre (f.eks. vægtning af de forskellige elementer blandt behandlingsmulighederne) samt forskel på de kommunale tilbud til patienter med kroniske smerter landet over. Det betyder risiko for geografisk ulighed og dermed manglende mulighed for relevant hjælp, hvis man bor i bestemte dele af landet.

En række sygdomme og tilstande er forbundet med smerter. Bl.a. påpeges, at der er utilstrækkelig opfølgning efter større operative indgreb/traumer med hensyn til vurdering af smertedækning samt justering og aftrapning af smertestillende medicin, specielt opioider. Blandt patienterne i gruppen af kirurgiske patienter er der risiko for at overgå til en kronisk smertetilstand, hvor der ydermere kan være risiko for at inducere medicinafhængighed – specielt af opioider. Der bør her fokuseres specielt på støtte til særligt sårbare patienter. Generelt er der mangelfuld opfølgning af behandlingens effekt af såvel farmakologisk (inkl. opioidbehandling) som ikke-farmakologisk behandling.

Der mangler desuden et værktøj til at sikre målstyret, smertescorevejledt behandling af patienterne. Sundhedsstyrelsen har udgivet en smerteguide, der har til formål at støtte læger i en hensigtsmæssig, ikke-specialiseret farmakologisk smertebehandling inden for akutte og kroniske smerter. Et færdigudviklet smertescoreværktøj vil kunne formidles i denne.

Ved afsluttet behandling er nogle patienter utrygge ved at skulle afsluttes fra de tværfaglige smertecentre, og selvom de har gennemgået kurser i smertemestring, vil det fortsat være nødvendigt for nogle patienter i årene fremover at have kontakt med sundhedsprofessionelle, som har erfaring med patienter med kroniske smerter (24). Der er også patienter, der oplever forværring eller tilbagefald efter afslutning fra smerteklinik/-centre.

6.1 Mulige indsatsområder

Afdækningen har vist, at der skal **fokus på hurtigere udredning** af den eventuelt tilgrundliggende sygdom for at kunne forebygge udvikling af kroniske smerter og samtidig sikre hurtigere årsagsbehandling. Der bør tilbydes systematisk lægelig opfølgning ved "vent og se"-tilgangen med beskrivelse af, hvor længe man skal vente, og hvad målet er for den afventende tilgang. Der kunne desuden udarbejdes udredningsprogrammer, som kan understøtte en hurtigere individuelt tilrettelagt udredning, eventuelt på et tværfagligt smertecenter. Se f.eks. National klinisk retningslinje for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet (45). Der efterspørges i den forbindelse også mulighed for subakut henvisning af patienter til tværfaglig smerteklinik eller – center for at accelerere udredningsforløbene. Der ønskes også mulighed for tidligere henvisning til praktiserende speciallæger med særligt kendskab til smertebehandling og mulighed for at tilbyde samme tværfaglige tilbud som på de tværfaglige smertecentre - inden smertetilstanden er blevet kronisk.

Der mangler information om risikoen og muligheden for **forebyggende vaccination af ældre mod helvedesild** (=herpes zoster, en tilstand, der udløses af reaktivering af skoldkoppevirus). Studier har vist, at for personer i aldersgruppen 50-54 år, der tidligere har haft skoldkopper, udvikler ca. 8 % af patienter Helvedesild (herpes zoster) og efterfølgende postherpetisk neuralgi (langvarig/kronisk smertetilstand). I aldersgruppen 80-84 år får 21 % senfølger i form af postherpetisk neuralgi (62).

Der bør være øget fokus på **forberedelse af patienter til planlagte operative indgreb**, herunder information om akutte smerter, behandling af smerter under og efter indgrebet samt fysisk aktivitet før og efter operationen for at undgå, at en smertetilstand udvikler sig til en kronisk smertetilstand med eventuel afhængighed af smertestillende medicin. Desuden kunne der med fordel anvendes målstyret, smertescorevejledt smertebehandling på alle kirurgiske og akutmodtagende hospitalsenheder. Smertebehandlingen skal evalueres og justeres med henblik på, at behandlingsmålene for hvile og aktivitetsudløste smerter opnås, indtil traumet eller det kirurgiske indgreb er ophelet.

For at understøtte **tidlig opsporing samt bedre udredning og behandling hos egen læge**, bør der generelt være fokus på at afsætte tilstrækkelig tid til at håndtere patienter med komplicerede kroniske smerter i forbindelse med konsultationssituationer. Der kunne – for at understøtte dette - med fordel udarbejdes et smertescoringsværktøj med tjekliste med relevante punkter for en patient med kroniske smerter til anvendelse i forbindelse med diagnostik og systematisk opfølgning med forud planlagte intervaller. Endvidere kunne der udarbejdes redskaber til bio-psyko-social afdækning i almen praksis af patientens problemer, så problemer kan identificeres og håndteres tidligt i forløbet. Desuden kunne der etableres lokale samarbejder i primærsektoren mellem egen læge og øvrige faggrupper til f.eks. at igangsætte patientuddannelse, afprøvning af træningsindsatser og kognitiv terapi og med let adgang til speciallæger for rådgivning lokalt.

Der mangler **fokus på non-farmakologiske behandlingsmuligheder**. Henvisningsmuligheden til non-farmakologisk behandling (f.eks. fysioterapeut, kiropraktor, psykolog m.v.)

bør øges for de patienter, hvor aktivitetsudløste smerter er det primære problem. Indholdet af denne behandling bør være struktureret og begrænset i tid med fokus på at give patienten viden, tryghed og erfaring med smerterne, så de selv bliver i stand til at håndtere hverdagen. Arbejdsgruppen har desuden påpeget, at egenbetaling til non-farmakologisk behandling i primærsektoren er en udfordring, som øger den sociale ulighed.

7 Organisering

Afdækningen har vist, at der er mangelfuld koordinering mellem forskellige udredningsforløb, hvilket kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. For en del patienter er den kroniske smertetilstand en følge af anden kronisk sygdom (f.eks. gigtsygdomme), som kræver fortsat kontrol og behandling i andre kliniske specialer (f.eks. reumatologi). Patienterne vil derfor ofte have behov for en mere tværfaglig behandling og være i samtidig behandling flere steder i sundhedsvæsenet, hvilket stiller endnu større krav om koordinering på tværs af specialer og sektorer. Nogle patienter oplever, at de i høj grad selv må holde styr på deres udrednings- og behandlingsforløb, da der ofte ikke er tilstrækkelige ressourcer og tid i almen praksis til at håndtere personer med kroniske smerter, og dermed påtage sig den koordinerende rolle i forløbet.

For at patienten kan opnå den fulde gavn af behandlingen af den kroniske smertetilstand er det en forudsætning, at patienten har lært at acceptere denne. I den forbindelse er det en udfordring og en yderligere forlængende faktor, at patienten skal være færdigudredt og færdigbehandlet af andre relevante lægelige specialer, inden henvisningen til de monofaglige smerteklinikker og de tværfaglige smerteklinikker og –centre kan finde sted. På disse klinikker og centre er der generelt utilstrækkelig kapacitet med henblik på farmakologisk og non-farmakologisk behandling og vejledning i mestring af smerterne, hvilket igen medfører lange ventetider.

Når behandlingen iværksættes, har borgeren ofte, ifølge arbejdsgruppen, en oplevelse af mangelfuld opfølgning fra praktiserende læge i forhold til, om de iværksatte behandlinger (både farmakologisk og non-farmakologisk) har den ønskede effekt. Herudover er der også mangelfuld tilbagemelding til praktiserende læge fra andre behandlere i primærsektoren, f.eks. fysioterapeut eller kiropraktor, om behandlingens effekt – specielt også, hvor den ikke medfører den forventede bedring af tilstanden. Afdækningen har ydermere vist, at der mangler mulighed for opfølgning på de mest komplicerede patienter, som er vanskelige at afslutte fra de tværfaglige smertecentre. Der mangler desuden opfølgnings- og nedtrappingsplaner, særligt for afhængighedsskabende medicin, efter udskrivelse fra hospitalssektoren.

Når først smertetilstanden er blevet kronisk bliver den ofte kompliceret af psykiske og sociale problemstillinger med aftagende eller mistet arbejdsevne. Det er i den forbindelse blevet påpeget i afdækningen, at der mangler opmærksomhed på arbejdsvilkår og arbejdets indflydelse på smertetilstanden. Nogle personer har større risiko for at udvikle kroniske smerter på grund af deres arbejdssituation. Personer med kort uddannelse vil oftere være beskæftiget med tungt fysisk arbejde og have færre muligheder for at skifte til mindre belastende arbejde, og vil måske derfor have sværere ved at honorere de krav, der stilles ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Med den rette indsats og forståelse fra omgivelsernes side kan der udvikles en accept af tilstanden hos patienten med kroniske smerter for

at opnå en forbedret livskvalitet og et så aktivt liv som muligt – både arbejdsmæssigt og privat.

7.1 Mulige indsatser

Ved overgange i sundhedsvæsenet bør der være **fokus på grundig overlevering** af information mellem behandlere, herunder specielt på behovet for systematisk opfølgning ved iværksat behandling med smertestillende medicin, særligt afhængighedsskabende medicin som f.eks. opioider (52). Ydermere bør der være særlig opmærksomhed på at sikre den systematiske opfølgning af særligt sårbare patienter, der udskrives fra hospital med smertestillende medicin. Der bør herunder være krav til indhold i epikrisen med pointering af, at smertebehandlingen løbende skal revurderes, justeres og eventuelt nedtrappes, gerne med links til de præparater, som patienten er i behandling med.

Generelt vurderes et **tættere samarbejde på tværs af sektorer**, herunder et tættere samarbejde mellem de traditionelle sundhedsydere (udredning, behandling og træning), og den del, der støtter de kommunale psykosociale tilbud (påvirkning af familierelationer og arbejdsliv) at kunne støtte patienten i håndtering af smertetilstanden.

Der bør være **fokus på den sociale ulighed i arbejdsmarkedssituationen**, hvor det - på grund af sammenhæng mellem uddannelsesniveau og risiko for udvikling af smertetilstand (større risiko ved kort/kortere uddannelse) ses, at nogle personer har større risiko for at udvikle kroniske smerter. Det kunne være hensigtsmæssigt at støtte borgeren i et, på et tidligere tidspunkt, mere holdbart jobskifte til et arbejdsområde, de måske kan klare mange år frem.

Når først smertetilstanden er blevet kronisk bliver den ofte kompliceret af sociale problemstillinger med aftagende eller mistet arbejdsevne. For at sikre et så aktivt liv som muligt, bør mulighederne for **tværfaglig rehabilitering** af patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet på specialiserede trænings- og rehabiliteringscentre udvides.

Der bør etableres mulighed for **opfølgning for de mest komplicerede patienter**, som er vanskelige at afslutte fra de tværfaglige smertecentre eventuelt ved etablering af tværsektorielle sygeplejeambulatorier. Det kan f.eks. dreje sig om følgende patientgrupper:

- patienter i højdosis opioidbehandling, som skal gennemføre en langsom aftrapning (hvilket typisk kan tage flere år)
- patienter, som har behov for hyppige kontakter med behandler (f.eks. patienter med komplicerende angstproblematik)
- patienter, som er i behandling med capsaicin-plaster ("chiliplaster").

8 Epidemiologi

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har siden 1987 gennemført undersøgelser af den danske befolknings sundhed og sygelighed – de såkaldte SUSY-undersøgelser (25). I undersøgelserne bliver der indsamlet oplysninger om den voksne (16 år eller derover) befolkning i Danmark, som ikke kan fås fra andre registre, som f.eks. Landspatientregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret. I disse undersøgelser har der siden 2000 indgået spørgsmålet: 'Har du langvarige eller kroniske smerter, der har været i 6 måneder eller mere?'. Derved har det været muligt at indsamle en række oplysninger om kroniske smerter epidemiologi.

8.1 Sociodemografiske forhold

SUSY-undersøgelser viste, at i 2000 havde 19 % af den danske befolkning kroniske smerter. Der var kønsforskel på forekomsten af kroniske smerter, idet der var flere kvinder (21 %) end mænd med kroniske smerter (19 %). 17 år senere - i 2017 - var antallet af personer med kroniske smerter steget til 29 % (32 % af kvinderne og 26 % af mændene)(1). Ud over kønnet afhænger forekomsten af kroniske smerter også af alderen: I aldersgruppen 80 år og derover har næsten halvdelen af kvinderne og ca. en tredjedel af mændene kroniske smerter. Vi ved ikke hvor mange af disse patienter, der udvikler en kronisk kompleks smertetilstand. En undersøgelse fra USA har vist, at i 2016 havde 20,4 % af den voksne befolkning i USA smerter, og 8,0 % havde kroniske komplicerede smerter (26). En konservativ vurdering over tilsvarende danske tal med et skøn på 3-4 % af den danske befolkning vil svare til, at ca. 36-48.000 danskere med kroniske smerter har behov for en tværfaglig indsats.

Incidensen for personer med kroniske smerter er 27 per 1.000 personår, dvs. hvis man observerer 1.000 personer uden kroniske smerter i ét år, ville man se 27 nye tilfælde af kroniske smerter (27).

Faktorer som uddannelse, arbejdssituation, samlivsstatus og etnicitet har betydning for forekomsten af kroniske smerter. Personer med kort uddannelse og hårdt fysisk arbejde har en højere forekomst af kroniske smerter, de har flere sygedage, og mange har måttet opgive deres arbejde. Der er en nær sammenhæng mellem styrken af smerter og disse sociodemografiske data, så jo kortere uddannelse og jo hårdere fysisk arbejde, desto værre var smerterne (7). Personer, der er separerede/fraskilte har også en højere forekomst af kroniske smerter, og fraskilte/separerede personer rapporterede stærkere smerter. Personer med ikke-vestlig baggrund har 1,68 gange større risiko for at have kroniske smerter end personer med dansk baggrund. Desuden har det vist sig, at generaliserede smerter i bevægeapparatet er lidt hyppigere hos personer med dansk baggrund end hos patienter med ikke-vestlig baggrund (13).

Personer med kroniske smerter har en dårlig selv vurderet livskvalitet med betydelige begrænsninger i deres fysiske funktionsniveau (6).

8.2 Komorbiditet

Både undervægtige og overvægtige personer, personer med hjerte-karsygdomme og personer med tidligere eller aktuel cancerdiagnose har højere forekomst af kroniske smerter (13, 28, 29).

8.3 Forbrug af sundhedsydelser og medicin

Forbruget af sundhedsydelser er dobbelt så stort blandt personer med kroniske smerter sammenlignet med personer uden smerter. Det er især kvinder, der gør brug af sundhedssystemet, og det drejer sig især om henvendelse til kirurger og reumatologer. Næsten hver tredje person med kroniske smerter har prøvet anden behandling, især massage, osteopati, manipulation og akupunktur. Godt hver 5. patient har prøvet alternativ medicin (8).

En del af patienterne er imidlertid ikke tilfredse med de undersøgelser eller behandlinger, de har fået tilbudt, i hverken det etablerede eller det alternative system. Den højeste grad af utilfredshed blev observeret blandt de yngre aldersgrupper, de bedst uddannede personer og blandt personer med dårligt selvrapporeret helbred (7).

Afklaring af den sociale situation i forhold til ansøgning om varige sociale ydelser, f.eks. fleksjob og førtidspension har stor betydning, dels for forbruget af sundhedsydelser, men også i forhold til udbyttet af tværfaglig behandling. En uafklaret ansøgning om førtidspension er en negativ prædikator for udbyttet af tværfaglig behandling (30). En undersøgelse af forbruget af sundhedsydelser (besøg hos egen læge, ambulante besøg på hospitaler og sengedage) hos personer med kroniske smerter, der søger førtidspension, viste, at forbruget er betydeligt lavere, når pensionen er tilkendt sammenlignet med før og under sagsbehandlingen. Patienter, som ikke fik den pension, de ønskede, bibeholdt det høje forbrug af sundhedsydelser i året efter afgørelsen (31).

Opioidforbruget er associeret med højere smertestyrke, dårligt selv vurderet helbred, at bo alene, dårligere helbredsrelateret livskvalitet, manglende aktivitet i fritiden, ikke være i arbejde samt at modtage førtidspension. Opioidbrugere har gennemsnitligt en højere alder end personer, der ikke anvender opioider. To tredjedele af langtidsbrugerne er kvinder (32).

Danmark har gennem mange år haft et af de højeste forbrug i verden af opioider per borger. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2016 om opioidforbruget i Danmark viste, at forbruget af opioider i Danmark er højere end i de øvrige nordiske lande, især forbruget af tramadol, der er markant højere i Danmark end i de øvrige nordiske lande (33).

Forbruget af tramadol steg i perioden 2010-2016, men er dog faldet i 2017 (34). Antallet af opioidbrugere i lange kroniske forløb følger samme tendens. Opioidbrugerne i lange kroniske forløb står for størstedelen af det samlede forbrug af opioider solgt på recept (mere end tre fjerdedele) med overvægt af kvinder over 40 (35).

I 2018 viste en analyse fra Sundhedsdatastyrelsen, at antallet af langtidsbrugere af opioider faldt fra ca. 184.000 i 2016 til 170.000 i 2017, langt overvejende betinget af et fald i antal brugere af tramadol (35). I 2017 udgjorde antallet af langtidsbrugere 36 % af det samlede antal opioidbrugere. Det var både antallet af alle opioidbrugere, antallet af langtidsbrugere, antallet af brugere med et forbrug over Sundhedsstyrelsens anbefaling om mængdeforbruget af opioider og tramadol, der faldt fra 2016 til 2017. Dog var der i perioden en stigning i mængden af opioid per langtidsbruger. Til trods for Sundhedsstyrelsens anbefaling om ikke at anvende korttidsvirkende opioider til længere tids brug har en tredjedel af langtidsbrugerne, svarende til ca. 60.000 personer, kun indløst opioider i form af korttidsvirkende præparater, såsom almindelige tableter, kapsler og orale dråber (35).

Visse livstilsfaktorer er forbundet med anvendelse af opioider, f.eks. er der flere rygere blandt opioidbrugerne. Til gengæld er der færre, der drikker alkohol (32). Flere personer med kroniske smerter bruger cannabis, og flere langtidsbrugere af opioider bruger også cannabis. Der er betydelig sammenhæng mellem anvendelse af afhængighedsskabende medicin som opioider, beroligende medicin og sovemedicin (36).

Der ser ud til at være en negativ sammenhæng mellem helbredsrelateret livskvalitet og opioidbehandling, idet flere personer i den gruppe, der startede langtidsbehandling med opioider, havde dårligere livskvalitet end dem, der ikke startede opioidbehandling (37). Det kan skyldes, at det er de dårligste patienter, der starter opioidbehandling, men desværre ser det ud til ud fra SUSY-undersøgelser, at opioidbehandlingen ikke medfører den ønskede effekt, nemlig at øge funktionsniveauet og forbedre livskvaliteten, men derimod at den fysiske funktionsevne blev endnu dårligere hos nogle af de personer, der blev sat i langtidsbehandling (37).

9 Behandling af smerter

Behandlingen af patienter med kroniske smerter er tværfaglig og kan omfatte i ikke prioriteret rækkefølge:

- Farmakologisk smertebehandling.
- Neurostimulation.
- Afhjælpning af søvnproblemer (farmakologisk og non-farmakologisk).
- Fysisk aktivitet, herunder superviseret træning.
- Manuel behandling, ledmobiliserende teknikker, øvelser, akupunktur, transcutan elektrisk nerve stimulation (TENS) og afspænding.
- Vejledning og træning i anvendelsen af energisparende/ergonomiske strategier med henblik på at øge patientens evne til at udføre opgaver i hverdagen (i hjemmet, på arbejdspladsen og i fritiden). Strategierne inkluderer f.eks. tilpasning af fysiske og sociale omgivelser med relevante hjælpemidler, effektivisering af arbejdsgange samt planlægning og prioritering af opgaver i hverdagen.
- Farmakologisk og/eller psykologisk behandling af komplicerende angst- og/eller depressionstilstande.
- Kognitiv adfærdsterapi, der kan anvendes til at styrke patienten til at bemærke og acceptere tanker relateret til smertetilstanden med henblik på at styrke patienterne i at foretage værdibaserede valg samt at arbejde frem mod en aktiv dagligdag styret af dette. Behandlingen har desuden til formål at hjælpe med stresshåndtering, forbedre kommunikation med omgivelserne samt at inddrage de pårørende.
- Afspænding, mindfulness og Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
- Patientuddannelse og mestring, der omfatter undervisning i smertefysiologi (fysiologi er læren om den levende organismes funktioner), behandlingsmuligheder og smertemestring. Uddannelsen giver patienten praktisk viden om og evner til at mestre smertetilstanden og livet med en kronisk sygdom. Uddannelsen kan ske enten som et individuelt eller gruppebaseret forløb og kan være af forskellig varighed afhængigt af patientens behov og ønsker.
- Socialrådgivning i forhold til sociale aspekter, f.eks. forsørgelsesgrundlag og erhvervs-muligheder med henblik på stressreduktion ud fra en empowerment-tilgang.

Behandlingen skal individualiseres og tilpasses den enkelte patients behov, tilstand, ressourcer og præferencer. Patienter med kroniske ukomplicerede smertetilstande kan ofte have tilstrækkelig effekt af enkelte behandlingstilbud, mens det ved kroniske komplicerede smertetilstande ofte er nødvendigt med en bred vifte af tilbud fx i form af en tværfaglig rehabiliteringsindsats.

Disse tiltag har til formål at mindske smertetilstandens begrænsning af patientens livsudfoldelse og øge livskvaliteten ved at bidrage til bedre fysisk, psykisk og social funktion f.eks. ved forbedring af søvn, optimering af kommunikationen med sundhedspersoner, andre

professionelle og pårørende samt forbedret selvforståelse, erkendelse og accept. Patienten vil ikke nødvendigvis opleve færre smerter som følge af interventionerne, men tiltagene kan bidrage til en styrket håndtering af smertetilstanden. Der kan være anden behandling, der kan have en gavnlige effekt for den enkelte patient. Det er vigtigt, at tiltagene bliver tilpasset den enkelte patient, hvad angår f.eks. funktionsniveau og præferencer, og at der tages højde for patientens ressourcer, præferencer og begrænsninger samt behandlingernes bivirkninger. En del af behandlingen kan både finde sted hos egen læge og hos relevante kommunale, regionale eller private udbydere.

Behandling bør være evidensbaseret. En systematisk oversigtsartikel fra 2018 (38) viste, at øvelsesterapi, tværfagligt rehabilitering, akupunktur, kognitiv terapi og *mind-body* terapi (f.eks. yoga og mindfulness) er forbundet med varig let til moderat forbedring af funktion og smerteopfattelse ved visse kroniske smertetilstande (38). Farmakologisk smertebehandling kan sjældent stå alene og bør spille en mindre rolle i den samlede indsats for personer med komplicerede kroniske smerter.

Der findes en række lægemidler, der kan anvendes til behandling af smerter afhængig af, hvilken smertetype og –tilstand, der er til stede, se tabel 1. Det skal bemærkes, at nedenstående liste over lægemidler ikke er udtømmende, da der findes andre lægemidler, der kan anvendes mod smerter. Den farmakologiske behandling bør til enhver tid foregå i henhold til gældende retningslinjer og vejledninger.

Tabel 1: Et udvalg af mulige lægemidler til behandling af forskellige smertetyper.

Type af smerte	Eksempler på sygdomme/tilstande	Mulige lægemidler
Nociceptiv	Slidgigt Lænderygsmerter	Paracetamol Non-steroide antiinflammatoriske lægemidler (NSAID) Opioider (f.eks. morfin)
Neuropatisk	Helvedesild (herpes zoster) Nerveskader som følge af diabetes Smerter efter diskusprolaps (radikulopati) Smerter efter rygmarvsskade	Tricykliske antidepressiva (f.eks. amitriptylin) Gabapentin og pregabalin Serotonin og noradrenalin genoptagelseshæmmere (SNRI) (f.eks. duloxetin) Opioider (f.eks. morfin)
Visceral	Nyresten Galdesten Smerter som følge af betændelse i bugspytkirtlen Menstruationssmerter	Paracetamol Non-steroide antiinflammatoriske lægemidler (NSAID) Opioider (f.eks. morfin)

Valg af lægemiddel skal ske på baggrund af en individuel, lægefaglig vurdering, der foretages i et samarbejde mellem patienten og den behandlende læge. Vurderingen omfatter bl.a. forholdet mellem effekt og bivirkninger samt patientens præferencer. Når der iværksættes farmakologisk behandling, bør lægen i samråd med patienten lægge en plan for behandlingen. Behandlingsplanen bør indeholde forventninger til og mål for behandlingen, mulige bivirkninger og den forventede varighed. Behandlingen bør jævnligt revurderes i forhold til effekt samt forekomst og alvorligheden af bivirkninger for at afgøre, om den farmakologiske behandling bør fortsættes eller afsluttes. Målet for den farmakologiske behandling er bedst mulig smertelindring, færrest mulige bivirkninger, og en for patienten acceptabel balance mellem virkning og bivirkninger. Farmakologisk behandling kan sjældent medføre smertefrihed hos personer med kroniske smerter.

Ved smertebehandling med opioider vil næsten alle udvikle fysisk afhængighed med abstinenssymptomer, når behandlingen aftrappes. Disse abstinenssymptomer kan være meget ubehagelige og vanskeliggøre aftrapningen. Nogle patienter udvikler psykisk afhængighed, når de behandles med opioider for kroniske smerter, hvilket komplicerer smertetilstanden yderligere (39).

Der gælder derfor særlige forholdsregler ved anvendelse af afhængighedsskabende lægemidler, herunder opioider, som er beskrevet i [Vejledning for ordination af afhængighedsskabende lægemidler](#) (VEJ nr. 9166 af 19/03/18) (40). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der generelt udvises tilbageholdenhed ved ordination af opioider. Hovedprincipperne er, at der skal være en regelmæssig, personlig kontakt mellem patienten og lægen, hvor fordele og ulemper ved behandlingen drøftes. Det vil typisk være ved hver receptfornyelse. Findes langtidsbehandling med opioider indiceret, skal den tilrettelægges som en vedligeholdelsesbehandling med depotpræparater i faste doseringer og doseringsintervaller, hvor patienten er tilfredsstillende smertedækket hele døgnet. Der skal generelt være opmærksomhed på, hvor lang tid den enkelte patient bør behandles med afhængighedsskabende lægemidler.

Ved smertebehandling med cannabisholdige lægemidler kan der ligeledes opstå såvel fysisk som psykisk afhængighed (41, 42). Andre lægemidler, f.eks. gabapentin og pregabalin kan også være genstand for misbrug, og de samme overvejelser om fordele og ulemper som for opioider bør gøre sig gældende her (43).

10 Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Personlig kommunikation med Anne Illemann Christensen. 2019.
2. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser 2018 [Available from: <https://www.esundhed.dk/Registre/Registre-for-udvalgte-kroniske-sygdomme>].
3. 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. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2016;28(1):86-91.
4. Flachs EM EL, Koch MB,, Ryd JT DE, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
5. Pain IAftSo. IASP Terminology 2017 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.
6. Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *European journal of pain (London, England)*. 2009;13(3):287-92.
7. Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003;106(3):221-8.
8. Eriksen J, Sjogren 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 (London, England)*. 2004;8(6):517-23.
9. Packiasabapathy S, Sadhasivam S. Gender, genetics, and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *Journal of pain research*. 2018;11:2729-39.
10. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *Lancet (London, England)*. 2019;393(10180):1537-46.
11. Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Rep*. 2017;2(6):e627-e.
12. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and meta-analysis of the association with chronic postsurgical pain. *The Clinical journal of pain*. 2012;28(9):819-41.
13. Kurita GP, Sjogren P, Juel K, Hojsted J, Ekholm O. The burden of chronic pain: a cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. *Pain*. 2012;153(12):2332-8.
14. World Health Organization (WHO). MG30 Chronic pain 2019 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1581976053>.
15. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
16. Wonca International Classification Committee (WICC). ICPC-2 Danish / Dansk

- International Classification of Primary Care – 2nd Edition 2011 [cited 2019 18. juni]. Available from: https://www.dak-e.dk/resources/files/icpc/icpc_2_kodekort.pdf.
17. Sundhedsstyrelsen. Specialeplan for anæstesiologi 2019 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning/Gældende-specialeplan/Specialeplan-for-anaesthesiologi>.
18. The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI). Pain education 2018 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.ssai.info/education/pain-education/>.
19. International Association for the Study of Pain. IASP Curriculum Outline on Pain for Medicine 2017 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=729>.
20. International Association for the Study of Pain. IASP Curricula 2018 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/CurriculaList.aspx?navItemNumber=647>.
21. Aalborg Universitet. Smertevidenskab og tværfaglig smertebehandling 2019 [Available from: <https://www.aau.dk/uddannelser/efteruddannelse/master/smertevidenskab-og-tvaerfaglig-smertebehandling/>].
22. European Pain Federation (EFIC). Pain Curricula [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://europeanpainfederation.eu/education/pain-curricula/>.
23. Roos E, Hartvigsen J, Bliddal H, Mølgaard C, Christensen R, Søgaard K. Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led: Vidensråd for Forebyggelse; 2015 [Available from: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_for_forebyggelse_forebyggelse_af_skader_og_sygdomme_i_muskler_og_led_2015.pdf].
24. Devan H, Hale L, Hempel D, Saïpe B, Perry MA. What works and does not work in a self-management intervention for people with chronic pain? Qualitative systematic review and meta-synthesis. *Physical therapy*. 2018;98(5):381-97.
25. Statens Institut for Folkesundhed Syddansk Universitet. Forskningsgrupper i forskningsafdelingen Sundhed og sygelighed i befolkningen 2019 [cited 2019 24. juni]. Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/instituttet/forskningsafdelinger/forskningsgrupper_sundhed_og_sygelighed_i_befolkningen.
26. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(36):1001-6.
27. Eriksen J, Ekholm O, Sjogren P, Rasmussen NK. Development of and recovery from long-term pain. A 6-year follow-up study of a cross-section of the adult Danish population. *Pain*. 2004;108(1-2):154-62.
28. Macfarlane GJ, Barnish MS, Jones GT. Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. 2017;76(11):1815-22.
29. Kim Y, Umeda M. Chronic Pain, Physical Activity, and All-Cause Mortality in the US Adults: The NHANES 1999-2004 Follow-Up Study. *American journal of health promotion : AJHP*. 2019;890117119854041.
30. N. B, Højsted J, Sjogren P, Eriksen J. Sociodemografiske prædiktorer for behandlingsresultatet hos patienter med kroniske, ikke-maligne smertetilstande. *Ugeskr Laeger*. 2001(163 (22)):3073-7.

31. Højsted J, Alban A, Hagild K, Eriksen J. Forbrug af sundhedssystemet hos kroniske smertepatienter, der søger førtidspension. Ugeskr Laeger. 2001;163(9):1280-4.
32. Ekholm O, Gronbaek M, Peuckmann V, Sjogren P. Alcohol and smoking behavior in chronic pain patients: the role of opioids. European journal of pain (London, England). 2009;13(6):606-12.
33. Sundhedsstyrelsen. Kortlægning af opioidforbruget i Danmark med fokus på patienter med kroniske, non-maligne smerter 2016 [cited 2019 24. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/kortlaegning-af-opioidforbruget-i-danmark>.
34. Medstat. Forbruget af tramadol 2020 [cited 2020 5. august]. Available from: https://medstat.dk/da/viewDataTables/medicineAndMedicalGroups/%7B%22year%22:%5b%222019%22,%222018%22,%222017%22,%222016%22,%222015%22%5d,%22region%22:%5b%220%22%5d,%22gender%22:%5b%22A%22%5d,%22ageGroup%22:%5b%22A%22%5d,%22searchVariable%22:%5b%22people_count%22%5d,%22errorMessage%22:%5b%5d,%22atcCode%22:%5b%22N02AX02%22%5d,%22sector%22:%5b%20%22%5d%7D.
35. Sundhedsdatastyrelsen. Færre langtidsbrugere af opioider i 2017 2018 [cited 2019 24. juni]. Available from: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2018/faerre_langtidsbrugere_af_opioider_2017_24082018.
36. Højsted J, Ekholm O, Kurita GP, Juel K, Sjogren P. Addictive behaviors related to opioid use for chronic pain: a population-based study. Pain. 2013;154(12):2677-83.
37. Birke H, Ekholm O, Sjogren P, Kurita GP, Højsted J. Long-term opioid therapy in Denmark: A disappointing journey. European journal of pain (London, England). 2017;21(9):1516-27.
38. Skelly A, Chou R, Dettori J, Turner J, Friedly J, Rundell S, et al. Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review. Comparative Effectiveness Review. Agency for Healthcare Research and Quality. 2018.
39. Edlund MJ, Martin BC, Russo JE, DeVries A, Braden JB, Sullivan MD. The role of opioid prescription in incident opioid abuse and dependence among individuals with chronic non-cancer pain: the role of opioid prescription. The Clinical journal of pain. 2014;30(7):557.
40. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (VEJ nr 9166 af 19/03/2018) 2018 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=200176>].
41. Bonnet U, Preuss UW. The cannabis withdrawal syndrome: current insights. Substance abuse and rehabilitation. 2017;8:9-37.
42. Issa MA, Narang S, Jamison RN, Michna E, Edwards RR, Penetar DM, et al. The subjective psychoactive effects of oral dronabinol studied in a randomized, controlled crossover clinical trial for pain. The Clinical journal of pain. 2014;30(6):472-8.
43. Schifano F. Misuse and abuse of pregabalin and gabapentin: cause for concern? CNS drugs. 2014;28(6):491-6.
44. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Kurser for læger 2019 [cited 2019 18. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Rationel-Farmakoterapi/Arrangementer/Kurser>.
45. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Farmakologisk behandling af kroniske nociceptive smerter. Den Nationale

Rekommandationsliste 2018 [cited 2019 18. juni]. Available from:

<https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Anbefalinger/Den-Nationale-Rekommandationsliste-NRL-/Kroniske-nociceptive-smerter>.

46. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen.

Farmakologisk behandling af perifere neuropatiske smerter. Den Nationale

Rekommandationsliste 2018 [cited 2019 18. juni]. Available from:

<https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Anbefalinger/Den-Nationale-Rekommandationsliste-NRL-/Farmakologisk-behandling-af-neuropatiske-smerter>.

47. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen.

Analgetisk behandling af primær dysmenoré. Den Nationale Rekommandationsliste 2018 [cited 2019 18. juni]. Available from:

<https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Anbefalinger/Den-Nationale-Rekommandationsliste-NRL-/Analgetisk-behandling-af-primar-dysmenore>.

48. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Rekommandationsliste. Akutte

muskuloskeletale smerter 2020 [Available from: https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Rekommandationsliste/Akutte-muskuloskeletale-smerter/Baggrundsnotat_nationale-rekommandationsliste_akutte-muskuloskeletale-smerter.ashx?la=da&hash=D02E66AACF5D331702469F476DCCED3024D78F9F.

49. Larsen C, Lund M, Krag MØ, Tarp S. Behandling af kroniske non-maligne smerter - hvordan kan nonfarmakologiske tiltag indgå i behandlingen? : Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2017 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2017/Rationel-Farmakoterapi-3-2017>.

50. Nielsen MB, Andersen CU, Krag MØ. Medicinsk cannabis: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-1-2018>.

51. Jarlbæk L, Weibull A. Palliativ smertebehandling: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-2-2018>.

52. Højsted J, Lund M, Jarlbæk L, Madsen GK. Brug af opioider ved kroniske nociceptive, ikke-maligne smerter: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-3-2018>.

53. Kasch H, Gram-Hansen J, Lund M, Finnerup NB. Neuropatiske smerter med fokus på håndtering af farmakologisk behandling i almen praksis: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-7-2018>.

54. Larsen HL. Misbrug af gabapentin og pregabalin – forsigtighed ved behandling af personer med opioidmisbrug: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Rationel-Farmakoterapi-7-2018>.

55. Højsted J, Madsen GK, Lund M. Aftrapning af opioider: Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Rationel Farmakoterapi; 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-1-2019>.

56. Drewes AM, Madsen GK, Højsted J, Ennis ZN, Sædder E, Jensen MP, et al. Farmakologisk smertebehandling af kronisk pancreatitis: Indsatser for Rationel

- Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Rationel Farmakoterapi; 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2019/Rationel-Farmakoterapi-4-2019>.
57. Lund M, Madsen, G., Gram-Hansen, J., Pfeiffer-Jensen, M. Farmakologisk behandling af akutte smertetilstande i bevægeapparatet. Rationel Farmakoterapi. 2020;8.
58. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. IRF's Forårsmøde 2017. Smertebehandling – fokus på ikke-farmakologiske tiltag 2017 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Rationel-Farmakoterapi/Arrangementer/Foraarsmoede>.
59. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. IRF's Forårsmøde 2018. Farmakologisk smertebehandling af kroniske, non-maligne smerter i almen praksis 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Rationel-Farmakoterapi/Arrangementer/Foraarsmoede>.
60. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Seponeringslisten 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Medicinennemgang/Seponeringslisten>.
61. Sundhedsstyrelsen. Smerteguide 2019 [Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Smerte/Smerteguide>].
62. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Fakta om smertestillende håndkøbsmedicin 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Smerte/Fakta-om-smertestillende-haandkoebsmedicin>.
63. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Sundhedsstyrelsen. Folder om vanedannende medicin mod smerter, angst eller søvnbesvær 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Afhaengighedsskabende-laegemidler/Folder-om-vanedannende-medicin>.
64. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmerter 2017 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/anbefalinger-for-tvaersektorielle-forloeb-for-mennesker-med-kroniske-laenderygsmerter>.
65. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmerter 2016 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-laenderygsmerter>.
66. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for nyopstået rodpåvirkning i nakken med udstrålende symptomer til armen (cervikal radikulopati) 2015 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/nkr-nakkesmerter-med-udstraaling-til-armen>.
67. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nyopståede uspecifikke nakkesmerter hos voksne 2016 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-ikke-kirurgisk-behandling-af-nyopstaaede-uspecifikke-nakkesmerter>.
68. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-udredning-og-behandling-af-patienter-med-generaliserede-smerter-i-bevaegeapparatet>.
69. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for diagnostik og behandling af patienter med udvalgte skulderlidelser 2013 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/nkr-udvalgte-skulderlidelser>.

70. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati) 2016 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-for-ikke-kirurgisk-behandling-af-nylig-opstaaet-lumbal-nerverodspaaevirkning-lumbal-radikulopati>.
71. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af lumbal spinalstenose 2017 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/nkr-behandling-af-lumbal-spinalstenose>.
72. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje og faglige visitationsretningslinje for knæartrose 2012 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2012/NKR-Knaeartrose>.
73. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/nkr-opioidbehandling-af-kroniske-non-maligne-smerter>.
74. Sundhedsstyrelsen. Høring: Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med hovedpinesygdomme 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/62901>.
75. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin. National klinisk retningslinje for systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <http://www.dasaim.dk/forskning/nkr-systematisk-opfolgning-af-patienter-i-behandling-med-opioider-for-non-maligne-smerter/>.
76. Komitéen for Sundhedsoplysning. Lær at tackle kroniske smerter 2018 [cited 2019 21. juni]. Available from: <http://www.patientuddannelse.info/kr-sm.aspx>.
77. Region Hovedstaden. Forløbsprogrammet for lænderyglidelser 2012 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Tvaersektorielt-samarbejde/kronisk-sygdom/For%C3%B8bsprogrammer/Sider/Forloebprogram-for-laende-ryg.aspx>.
78. Region Sjælland. Forløbsprogram for patienter med rygproblemer 2015 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Forebyggelse/Forloebprogrammer/Documents/For%C3%B8bsprogram%20rygproblemer%201.juli%202016.pdf>.
79. Region Syddanmark. Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark 2010 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.regionsyddanmark.dk/wm280600>.
80. Region Midtjylland. Forløbsprogram for lænderygsmerter 2012 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/om-sundhedsaftalen/samarbejdsaftaler/forloebprogram-for-laenderygsmerter/>.
81. Region Nordjylland. Patientforløb i primærsektoren for patienter med lænderygsmerter 2012 [cited 2019 21. juni]. Available from: https://rn.dk/~media/Rn_dk/Sundhed/Til%20sundhedsfaglige%20og%20samarbejdspartnere/Kronikerindsatsen/Muskel-skeletlidelser/Patientfor%C3%B8bprim%C3%A6rsektorenforpatientermed%C3%A6nde-rygsmerterendeligversionjanuar2012.ashx.
82. Fysiodanmark. Kørekort til kroniske smerter 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://fysiodanmark.dk/>.

83. Center for Offentlig Kompetenceudvikling. Håndtering af kronisk smerte i rehabilitering - grunduddannelse 2019 [cited 2019 21. juni]. Available from: <https://www.cok.dk/handtering-kronisk-smerte-rehabilitering-grunduddannelse>.

11 Bilag

11.1 Kommissorium

Baggrund

Med Finanslov18 blev der aftalt en sundhedspulje på 100 mio. kr. årligt i perioden 2018-2021 til højt prioriterede indsatser på sundhedsområdet. Som del af denne pulje har regeringen og Dansk Folkeparti besluttet at afsætte samlet 14,3 mio. kr. til smerteområdet i perioden. Sundhedsstyrelsen skal på den baggrund udarbejde et fagligt oplæg til en national smertehandlingsplan på baggrund af en afdækning af smerteområdet.

Målet med smertehandlingsplanen bør være at understøtte en langsigtet kvalitetsudvikling på området for smertebehandling i hele sundhedsvæsenet og sikre rationel behandling af smerter på tværs af landet. Smertebehandlingsindsatsen kan indeholde enkeltstående initiativer inden for nærmere afgrænsede områder, herunder fokus på at styrke de ikke-farmakologiske tilbud.

Det er specificeret, at en del af handlingsplanen skal have fokus på at reducere opioidforbruget og reducere antallet af patienter, der kan blive afhængige. Der kan eksempelvis prioriteres ressourcer til at fortsætte Sundhedsstyrelsens oplysningsaktiviteter rettet mod særligt alment praktiserende læger med fokus på bl.a. behandlingsplaner og udtræning.

Arbejdsgruppe

Til udarbejdelse af det faglige oplæg nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af relevante aktører fra forskellige faggrupper, sektorer, patientrepræsentation og øvrige relevante interessenter. Arbejdsgruppen har til opgave at rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af det faglige oplæg til en handlingsplan, herunder prioritering af indsatser på området. Herudover identificeres områder, hvor der kan gøres en indsats inden for de nuværende rammer i sundhedsvæsenet samt identificere øvrige indsatser til eventuelle fremtidige indsatser.

Arbejdsgruppen vil blive inddraget gennem aktiv deltagelse i forventet to workshops i første halvår af 2019, dels gennem skriftlige input. Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Arbejdsgruppen sammensættes som følger:

- 1 repræsentant udpeget af Sundhedsstyrelsen (formandskab)
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin

- 1 repræsentant udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensivmedicin
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Reumatologisk Selskab
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Neurologisk Selskab
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Psykolog Forening
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- 1 repræsentant udpeget af Ergoterapeutforeningen
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Socialrådgiverforening
- 3 repræsentanter udpeget af Danske Regioner
- 2 repræsentanter udpeget af Kommunernes Landsforening
- 1 repræsentant udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet
- 1 repræsentant udpeget af Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- 2 repræsentanter udpeget af Danske Patienter
- 1 repræsentant udpeget af Gigtforeningen
- 1 repræsentant udpeget af Sundhed Danmark
- 1 repræsentant udpeget af Smertesagen
- 1 repræsentant udpeget af Dansk Smerteforum

Arbejdsgruppen kan suppleres efter vurdering fra Sundhedsstyrelsen. For hvert medlem udpeges en stedfortræder, der kan indtræde, ved forfald. Et medlem kan udtræde af udvalget efter begæring fra medlemmet eller den indstillingsberettigede organisation. Et nyt medlem indstilles herefter.

Arbejdsgruppen bestod af:

- Gitte Krogh Madsen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Carsten Boe Pedersen, Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensivmedicin
- Stine Amris, Dansk Reumatologisk Selskab
- Flemming Bach, Dansk Neurologisk Selskab
- Morten Høgh, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Hanne Würtzen, Dansk Psykolog Forening
- Maren Eriksen, Dansk Sygepleje Selskab
- Jeanette Refstrup Christensen, Ergoterapeutforening
- Jytte Andersen, Dansk Socialrådgiverforening
- Gitte Handberg, Danske Regioner
- Ole Bo Hansen, Danske Regioner
- Dorte Elise Møller Holdgaard, Danske Regioner
- Lars Oxlund Christoffersen, Danske Regioner
- Maria Schou Witthøft, Kommunernes Landsforening
- Anne Bodeval Andersen, Kommunernes Landsforening
- Søren Jensen / Zoheeb Iqbal, Sundheds- og Ældreministeriet
- Pia Frederiksen, Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Lars Bye Møller, Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Sophie Lykkegaard Ravn, Danske Patienter UlykkesPatientForeningen som repræsentant for Danske Patienter

- Judi Olsen, Dansk Fibromyalgi-Forening som repræsentant for Danske Patienter
- Lene Mandrup Thomsen, Gigtforeningen
- Lotte Vagn-Hansen, Sundhed Danmark
- Ryan Hansen, Smertesagen
- Nina Kvorning, Dansk Smerteforum
- Søren O'Neill, Dansk Kiropraktor Forening

Sundhedsstyrelsen

- Birte Obel, (formand)
- Jette Højsted (fagkonsulent)
- Maria Herlev Ahrenfeldt (projektleder)
- Casper Larsen (Marie Louise Schougaard Christiansen pr. 1/8 2019)
- Mikkel Bruun Pedersen
- Henrik Stig Jørgensen (Marlene Øhrberg Krag pr. 1/8 2019)

Tabel 2. Overblik over organisering og roller

Aktør	Karakteristika	Rolle/type af behandlinger/opgaver/visitationsmåde
Alment praktiserende læge	En eller flere speciallæger i almen medicin med tilhørende klinikpersonale	<p>Behandling af ukomplicerede smertetilstande.</p> <p>Koordinerende rolle i udredningsforløbet.</p> <p>Opfølgning på specialiserede behandlinger.</p> <p>Patientadgang ved egen henvendelse.</p>
Andre praktiserende speciallæger, f.eks. anæstesiologer, reumatologer og neurologer	En eller flere speciallæger i relevant speciale med tilhørende klinikpersonale	<p>Specialiserede behandlinger, f.eks. farmakologisk smertebehandling, blokader og akupunktur.</p> <p>Henvisning fra egen læge.</p>
Monofaglige smerteklinikker	1-2 læger (oftest anæstesiologer), sygeplejersker og sekretariat	<p>Behandling af ukomplicerede smertetilstande samt farmakologisk behandling af kroniske komplicerede smertetilstande.</p> <p>Patienter indlagt på andre hospitalsskiftninger.</p> <p>Henvisning fra læge i hospitalssektoren eller (i nogle tilfælde) egen læge.</p>

Tværfaglige smerteklinikker	<p>Kan være private og offentlige.</p> <p>Bemandet med særligt uddannede speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter, (gerne ergoterapeuter), psykologer, socialrådgivere og sekretærer.</p>	<p>Tværfaglig behandling af kroniske komplicerede smertetilstande.</p> <p>Henvi- sning fra egen læge, praktiserende speciallæge eller læge i hospitalssektoren.</p>
Tværfaglige smertecentre	<p>Ekspert-/videnscenter</p> <p>Bemandet med særligt uddannede speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter, (gerne ergoterapeuter), psykologer, socialrådgivere og sekretærer.</p> <p>Tilknyttet universitetshospitaler eller regionshospitaler.</p>	<p>Tværfaglig behandling af kroniske komplicerede smertetilstande.</p> <p>Uddannelse, undervisning og forskning</p> <p>Henvi- sning fra egen læge, praktiserende speciallæge eller læge i hospitalssektoren.</p>
Kommunale tilbud inkl. tilbud i kommunen med hel eller delvis selvbetaling	<p>Kommunal genoptræning/fysioterapi</p> <p>Privatpraktiserende fysioterapeuter</p> <p>Privatpraktiserende kiropraktorer</p> <p>Andre: F.eks. kurser i smertemestring (f.eks. "Lær at tackle</p>	<p>Patientadgang via regionale smerteklinikker, hospital, egen læge eller egen henvendelse til kommunens visitation samt evt. visitation via jobcentre/dagpengecentre</p> <p>Patientadgang ved egen henvendelse eller henvisning fra egen læge.</p> <p>Patientadgang ved egen henvendelse eller henvisning fra egen læge.</p>

	kroniske smerter” udbudt af Komitéen for Sundhedsoplysning).	Henvisning via kommunen eller via det kommunale sundhedscenter
Private tilbud	<p>Tilbud udbudt af patientforeninger mm.</p> <p>Privatpraktiserende psykologer med overenskomst med sygesikringen, eller psykologer uden ydernummer evt. helt eller delvist finansieret via privat forsikring.</p> <p>Private specialsygehuse: f.eks. "Sano"</p>	<p>Patientadgang ved egen henvendelse.</p> <p>Patientadgang ved egen henvendelse eller henvist fra egen læge.</p> <p>Tværfaglig rehabilitering og genoptræning af patienter med reumatologiske sygdomme.</p> <p>Patientadgang ved egen henvendelse eller henvisning fra egen læge eller læge i hospitalssektoren.</p>

11.2 Eksisterende initiativer på smerteområdet

Sundhedsstyrelsens initiativer målrettet alment praktiserende læger:

- Kurser i smertebehandling (44)
- Nationale Rekommandationsliste, herunder:
 - Farmakologisk behandling af kroniske nociceptive smerter (45)
 - Farmakologi behandling af perifere neuropatiske smerter (46)
 - Analgetisk behandling af primær dysmenoré (47)
 - Akutte muskuloskeletale smerter(48)
- Artikler i Månedssbladet Rationel Farmakoterapi, herunder:
 - Behandling af kroniske nonmaligne smerter – hvordan kan nonfarmakologiske tiltag indgå i behandlingen? (49)
 - Medicinsk cannabis (50)

- Palliativ smertebehandling (51)
- Brug af opioider ved kroniske nociceptive, ikke-maligne smerter (52)
- Neuropatiske smerter med fokus på håndtering af farmakologisk behandling i almen praksis (53)
- Misbrug af gabapentin og pregabalin (54)
- Aftrapning af opioider (55)
- Farmakologisk behandling af kronisk pancreatitis (56)
- Farmakologisk behandling af akutte smertetilstande i bevægeapparatet (57)
- Fagligt møde forår 2017 med fokus på ikke-farmakologiske smertebehandling (58)
- Fagligt møde forår 2018 med fokus på farmakologisk smertebehandling af smerter (59)
- En liste med forslag til ophør af behandling med udvalgte lægemidler – Sundhedsstyrelsens seponeringsliste (60)
- Smerteguide, der er udarbejdet som et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og regionernes lægemiddelenheder (61)

Sundhedsstyrelsens øvrige initiativer inden for smerter:

- Materiale rettet mod borgere med smerter:
 - En faktaside om smertestillende håndkøbsmedicin (62)
 - Folder om vanedannende medicin mod smerter, angst eller søvnbesvær (63)
- Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske lænderygsmarter (64)
- Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (40)
- Nationale kliniske retningslinjer:
 - Behandling af nyopståede lænderygsmarter (65)
 - Behandling af udstrålende smerter fra nakken (cervical radiculopati) (66)
 - Ikke-kirurgisk behandling af nakkesmerter (67)
 - Generaliserede smerter i bevægeapparatet (68)
 - Diagnostik og behandling af udvalgt skulderlidelser (69)
 - Ikke-kirurgisk behandling af nyligt opstået lumbal nerverodspåvirkning (70)
 - Behandling af lumbal spinalstenose (71)
 - Knæartrose (72)
 - Opioidbehandling af kroniske non-maligne smerter (73)
- Anbefalinger for behandling af hovedpine og migræne (høringsversion) (74)

Andre initiativer inden for smerteområdet:

- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv terapi: National Klinisk Retningslinje: Systematisk opfølgning af patienter i opioidbehandling (National klinisk retningslinje udarbejdet for puljemidler 2018-2019) (75)
- Komitéen for Sundhedsoplysning: Lær at tackle kroniske smerter. Et patientuddannelsesprogram, hvor patienter underviser patienter, og som udbydes af en lang række kommuner (76)
- Region Hovedstaden: Forløbsprogram for lænderyglidelser (77)
- Region Sjælland: Forløbsprogram for patienter med rygproblemer (78)
- Region Syddanmark: Forløbsprogram for rygområdet (79)
- Region Midtjylland: Forløbsprogram for lænderygsmerter (80)
- Region Nordjylland: Patientforløb i primærsektoren - for patienter med lænderygsmerter (81)
- Kørekort til kroniske smerter. Et initiativ udgået fra privat fysioterapiklinik og et eksempel på uddannelse af patienten til et liv med smerter (82)
- COK – Center for Offentlig Kompetenceudvikling, som er en forening ejet af de danske kommuner, har etableret en grunduddannelse ”Håndtering af kronisk smerte i rehabilitering”, Målgruppen for uddannelsen er medarbejdere i kommunernes rehabiliteringsenheder (socialrådgivere, sygeplejersker, SOSU, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer), sygeplejersker i hjemmeplejen samt ældreplejen og sygeplejersker samt andet personale ansat hos praktiserende læger. Målgruppen er bevidst bredt sammensat for at illustrere, at kun med indgående kendskab og tillid til hinandens kompetencer på tværs af sektorer, kan vi hjælpe borgerne med kroniske smerter (83).

PainData er en klinisk database, der indeholder data fra patienter med kroniske non-maligne smerter henvist til en række private og offentlige smertecentre og smerteklinikker. PainData er et initiativ fra Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital, implementeret i 2015 og udbredt til 7 offentlige, tværfaglige smertecentre og 1 privat tværfaglig smerteklinik. Med udgangspunkt i Danske Regioners projekt om Værdibaseret Sundhed inden for kronisk smertebehandling er fuld implementering i alle offentlige og private tværfaglige smertecentre og smerteklinikker i Danmark undervejs. Efter henvisning til et smertecenter/smerteklinik besvarer patienterne hjemmefra via PainDatas internetbaserede platform en række spørgeskemaer, der søger at beskrive deres smertesituation. Ud over demografiske informationer indeholder den kliniske database også en lang række spørgsmål omkring KRAM faktorer, smertekarakteristika, aktivitetsbegrænsning, arbejdsevne, livskvalitet, medicinforbrug og psykologiske faktorer som stress, angst, og depression. Efterfølgende genereres en rapport til anvendelse for klinikerens inden og under mødet med patienten. PainData giver desuden mulighed for at klinikerens kan indtaste relevante kliniske data i relation til patientforløbet.

11.3 Sygdomme med kroniske smerter

Tabel 3: Diagnosekoder fra ICD-10 vedr. sygdomme med kroniske smerter (ikke udtømmende)

Diagnose	SKS-kode
Leddegigt	DM5-6
Slidgigt	DM15-19
Fibromyalgi	DM797
Whiplash syndrom	DS134C
Rygmerter	DM54
Smerter i kønsorganer	DR522B
Residualsmerter efter amputation	DT876C
Atypiske ansigtssmerter	DG501
Fantomsyndrom med smerter	DG6546
Smerter i tungen	DK146
Ledsmerter	DM255
Cervikale rygmerter	DM542
Lændesmerter	DM545
Tenesmi vesikalis	DR301
Trigeminusneuralgi	DR301
Spændingshovedpine	DG500
Neuralgi UNS	DM792A
Mononeuropati i arm	DG56

Mononeuropati i ben	DG57
Andre mononeuropatier	DG58
Mononeuropatier ved sygdomme klassificeret andetsteds	DG59
Postoperative kroniske smerter	DT818J
Kronisk interstitiel cystitis	DN301
Vulvodyni	DN948A
Kronisk pankreatitis UNS	DK861B
Irritabel tyktarm	DK58
Bækkenløsning UNS	DM798D
Andre polyneuropatier	DG62

Tabel 4: Smertediagnoser (SKS-klassifikation)

Beskrivelse	SKS-kode
Akutte smerter	DR520
Maligne smerter	DR5221
Ukomplerede maligne smerter	DR521A
Komplicerede maligne smerter	DR521B
Andre kroniske smerter	DR522
Kroniske smerter UNS	DR522A
Ukomplerede kroniske smerter	DR522D

Komplicerede kroniske smerter	DR522E
-------------------------------	--------

Tabel 5 Smerteklassifikation i ICD-11

Kroniske smerter	MG30
Kroniske primære smerter	MG30.0
Kroniske cancersmerter	MG30.1
Kroniske postoperative eller post-traumatiske smerter	MG30.2
Kroniske sekundære muskuloskeletale smerter	MG30.3
Kroniske sekundære viscerale smerter	MG30.4
Kroniske neuropatiske smerter	MG30.5
Kroniske sekundær hovedpine eller ansigtssmerter	MG30.6

I hver diagnosegruppe er der yderligere underinddeling efter etiologien. Se ICD-11 (14).

11.4 En typisk beskrivelse af forløbet for en person, der udvikler en kronisk kompleks smertetilstand

Anne er 42 år gammel og arbejder som SOSU-assistent. Hun er gift og har 3 børn i alderen 5, 8 og 13 år.

Anne har i nogle måneder haft smerter i nederste del af lænden. De forværres, når hun er på arbejde, og når hun skal klare husarbejdet hjemme, men aftager i løbet af weekenden, hvor hun kan slappe lidt mere af. Anne har prøvet at købe håndkøbsmedicin mod smerterne, og en veninde anbefalede akupunktur, men begge dele hjalp kun kortvarigt. Til sidst bliver smerterne så slemme, at hun har svært ved at passe sit arbejde, og hun henvender sig til egen læge.

Den alment praktiserende læge (PL) stiller arbejdsdiagnosen lave lænderygsmerter. Han finder ingen tegn på udstrålende smerter, og der er derfor ingen indikation for yderligere udredning nu. PL sender henvisning til fysioterapeut med henblik på instruktion i rygtræning, ordinerer paracetamol og NSAID i en kortere periode og informerer Anne om, at det er vigtigt at holde sig i gang og være så aktiv som muligt.

Månederne går og hverken paracetamol eller NSAID har nogen særlig effekt, men Anne bliver ved med at tage dem for en sikkerheds skyld. Det er hårdt at gå på arbejde, rygsmerterne tiltager, og Anne må ofte lægge sig på grund af smerterne, når hun kommer hjem. Hun prøver at gøre de øvelser, som fysioterapeuten har vist hende, men får ikke gjort det hver dag. Andre veninder foreslår zoneterapi, osteopat og massage, og Anne følger venindernes gode råd, men det hjælper heller ikke, så Anne holder op igen. Det er også dyrt for hende. PL henviser til kiropraktor, men heller ikke det hjælper.

Anne bliver mere og mere opgivende. Smerterne bliver ikke bedre, og hun får sværere og sværere ved at overskue arbejdet, børnene og alt det derhjemme. Det har nu stået på i nogle år, men en dag går det galt på arbejdet. Hun skal sætte støvsugeren på plads i skabet, men ledningen hænger fast, hun hiver til og mærker et knæk i ryggen sammen med en voldsom smerte i ryggen og især ned i venstre ben, helt ud i storetåen. Hendes mand må hente hende og får hende bragt hjem. Hun får en tid ved PL, som stiller diagnosen lumbal diskusprolaps på det kliniske billede. Han giver Gabapentin 300 mg til natten og siger til Anne at hun gerne må tage mere, hvis det ikke hjælper. Hun prøver at tage lidt flere uden særlig effekt.

Anne bliver sygemeldt fra arbejdet. Smerterne i ryg og ben er voldsomme, og hun kan ikke sove på grund af smerterne. Gabapentin hjælper lidt, men hun føler sig uklar i hovedet. Alligevel er hun nødt til at tage dem. Hun bliver henvist til fysioterapeut, hvor hun kommer 2-3 gange om ugen. Hun har svært ved at lave øvelserne, fordi det gør så ondt.

Da smerterne efter 3 måneder stadig er uændrede tilstede, henviser PL til neurolog. Neurologen ordinerer en MR-scanning. Der er ventetid på undersøgelsen, og Anne kommer til en privat klinik. Der påvises en stor diskusprolaps, og PL henviser Anne til rygkirurg. Anne

skal nu have hjælp til at få tøjet på, og hun ligger mere og mere. Selv det at gå på toiletet er pinefuldt, og hun har svært ved at komme i bad. PL starter depotmorfin 5 mg x 3. Men det er ikke nok, Anne siger hun er nødt til at have noget hun kan tage, når hun skal ud af sengen. Hun får derfor også ordineret oxycodon 5 mg pn. Der er desværre nogle måneders ventetid på tiden hos kirurgen, og i mellemtiden bliver Anne sagt op fra sit arbejde på grund af for mange sygedage. Kirurgen vurderer, at Anne vil have gavn af operation, og hun får en tid til operation et par måneder efter. Operationen går planmæssigt, en ret stor diskusprolaps blev fjernet, og Anne er fortrøstningsfuld – nu skal det nok blive godt. Smerterne i benet er aftaget meget, og hun kommer lidt i gang igen derhjemme efter udskrivelsen.

Anne starter nu på rygscole, men desværre vender smerterne i benet tilbage efter få uger. De er lige så slemme som før, og hun er ikke i stand til at vende tilbage til arbejdet og har svært ved at følge med på holdet på rygscolen, så hun opgiver træningen. På grund af smerterne ned i benet med føleforstyrrelser henviser PL igen til neurolog, der efter undersøgelsen ordinerer ny MR-scanning. Den viser nu moderat spinalstenose og Anne henvises igen til rygkirurgisk afdeling. Efter ny vurdering hos kirurg indstilles Anne til dekomprimerende operation, som foretages nogle måneder efter.

Under indlæggelsen er Anne meget forpint. Hun er kommet ret høj op i opioiddosis, hun får depotmorfin 20 mg x 3 og stadig hurtigtvirkende oxycodon ved behov – hun er ikke helt klar over, hvor meget hun tager af det. På afdelingen gives den faste depotmorfin, og så må hun få hurtigtvirkende morfin 10 mg pn. Anne har frygtelige smerter, og hun fryser og ryster, som om hun har feber. Hun har også dårlig mave, så hun har måske fået noget at spise, som hun ikke kunne tåle. Men hun er afebril og udskrives på 5. dagen efter operationen. Hjemme genoptager Anne behandlingen med hurtigtvirkende oxycodon og efterhånden falder det hele lidt til ro.

Desværre viser det sig efter 3 måneder, at smerterne er uændrede. Både PL og kirurg ser på Anne igen, men kirurgen har ikke yderligere behandlingsforslag, og hun bliver afsluttet fra rygfafdelingen.

Nu er Anne fortvivlet, humøret bliver dårligere og dårligere, hun sover ikke, hun bliver mere og mere irriteret og skælder ud på børnene. Det ægteskabelige samliv har været ikke-eksisterende i flere år. Anne har ikke lyst, og det forværrer smerterne, ligegyldigt hvordan de prøver. Til sidst tager manden hende med til lægen, hvor PL stiller diagnosen depression. Anne bliver sat i behandling med antidepressiv medicin, og i stedet for gabapentin får Anne nu pregabalin. Intet hjælper. Smerterne bliver værre, Anne er ved at være desperat og ønsker at få "noget, der er stærkere", som kan tage smerterne. PL starter hurtigtvirkende oxycodon pn. Det tager toppen, humøret bliver bedre, og Anne er nu i stand til at gå lidt rundt i nogle timer, efter hun har taget medicinen. Men virkningen er kortvarig, og hun er nødt til at tage flere og flere for at klare husarbejdet og have maden klar, når familien kommer hjem. PL er tiltagende bekymret over det stigende forbrug af hurtigtvirkende oxycodon og erstatter det med depotmorfin. Men Anne synes ikke, at hun kan undvære hurtigtvirkende oxycodon. Det er det eneste, der hjælper og det, der gør hende i stand til at komme lidt udenfor. Hun kan ikke mærke, at depotmorfinen hjælper og er ikke meget for

at blive ved med det. Hun har en del diskussioner med PL om hurtigtvirkende oxycodon, som PL er bekymret for at udskrive. Men Anne holder fast i, at det er eneste der hjælper, så hun bare kan komme hen til samtalerne i kommunen eller være lidt for sine børn.

Nu er der gået flere år. Anne er meget passiv i hverdagen, fordi smerterne forværres, så snart hun bevæger sig, og fordi PL holder igen med hurtigtvirkende oxycodon. Hun er i behandling for depression, men humøret er stadig dårlig, hun kan ikke overskue noget, bliver forvirret, hvis der sker for meget omkring hende, kan ikke huske så godt mere og har svært ved at koncentrere sig om det, hun ser i fjernsynet. Hun kan ikke længere læse, hvilket hun ellers har holdt meget af, men hun kan ikke huske handlingen og roder rundt i personerne. Hun ser ikke længere sine veninder, de har opgivet hende, fordi hun gang på gang har måtte melde afbud til aftalerne. Hun har mistet indkomst, da hun har ikke været i stand til at søge arbejde eller deltage i arbejdsprøvning. Forbruget af opioider er steget til depotmorfin 30 mg x 4, og hurtigtvirkende oxycodon 20 mg op til 5-6 gange dagligt. PL har forsøgt at motivere Anne for at komme ud af behandlingen, men hun bryder grædende sammen hver gang PL bringer emnet på banen. Manden er med nogle gange og bliver meget vred, når aftrapning bringes på banen. Både han og Anne mener, at der må foretages nye undersøgelser, for det kan ikke være rigtigt, at der ikke er noget at gøre, og manden bliver meget vred, når PL afviser nye henvisninger. Anne græder. Manden bekræfter, at Anne intet kan ud over at ligge i sengen, hvis hun ikke får de hurtigtvirkende piller. Efterhånden er Annes plads i familien reduceret til at ligge i sofaen eller i sengen. Det er manden, der tager sig af børnene, går med dem til fodbold og håndbold og deltager i forældremøderne i skolerne. Anne kan kun udholde at være oppe i kort tid ad gangen og magter ikke at deltage.

PL henviser til et tværfaglig smertecenter.

På smertecentret stabiliseres opioidbehandlingen på stabil, døgndækkende behandling med depotmorfin uden pn medicin. Det holder lidt hårdt at få Anne med på ideen om at undvære pn medicinen, men hun accepterer det dog. Hun kan efterhånden godt se, at nuværende behandling ikke løser hendes situation. Ved tæt opfølgning af smertesygplejerske lykkes det efter en måneds tid at få behandlingen stabiliseret, dog på en relativ høj dosis 80 mg x 3. Til gengæld er Anne nu ensartet smertedækket døgnet igennem uden gennembruds smerter eller abstinenssymptomer. Behandlingen suppleres med amitriptylin til natten og pregabalin dosis justeres til den højeste dosis, som Anne tåler uden bivirkninger. Anne er blevet mere forstoppet og tarmfunktionen stimuleres med laksantia. Nattesøvnen er blevet lidt bedre. Anne taler med psykolog om de svære forhold, hendes ændrede rolle i familien, følelsen af utilstrækkelighed, den dårlige samvittighed overfor børn og mand. Langsom begynder hun at erkende, at hun har en kronisk smertetilstand, og at der ikke er nogen mirakelkure. Hun genvinder sit selvværd og selvtillid og deltager nu i gruppesamtaler med andre patienter. Hun genoptager træningen under vejledning af centrets fysioterapeut. Det går meget langsom fremad, fordi Anne skal overvinde sin angst for at bevæge sig, men efterhånden bliver hun i stand til at gå frem og tilbage mellem hjem og indkøbscenter, så hun nu også kan komme med ud at handle sammen med familien. Hun bliver undervist i mindfulness, som hun øver sig i at bruge dagligt. Det giver hende en

følelse af mere kontrol over situationen og et lille pusterum fra smerterne. Hun lærer at økonomisere med sine kræfter, så hun kan holde hele dagen og være klar, når familien kommer hjem. Hun klarer forskellige huslige opgaver i hjemmet, og de bliver nu hendes "ansvarsområde".

Sammen med socialrådgiver fra smertecentret genoptages dialogen med kommunen. Anne deltager i forskellige arbejdsafprøvninger og tildeles et ressourceforløb. Til sidst får hun et flexjob i et mindre firma, hvor hun passer telefonen 3 timer daglig mandag, onsdag og fredag. Anne er glad for sit arbejde og sine kolleger og nyder at komme hjemmefra, og ikke mindst at have noget at fortælle om, når hun kommer hjem.

Hele forløbet i smertecentret har taget et par år, men Anne har nu fundet sin plads i sit nye liv og kan se fremad. Familien har deltaget i forskellige arrangementer for pårørende og forstår nu bedre Annes situation, og hvordan de bedst kan støtte hende, så hun stadig er en aktiv del af familien.

Anne har nu mod på at forsøge at trappe lidt ned i depotmorfin. Hun har stadig problemer med koncentration og hukommelse, men selvom hun ved, at smerterne også kan give disse bivirkninger, vil hun gerne prøve, om en lavere dosis morfin kan gøre hende lidt mere frisk i hovedet. Godt hjulpet af smertesygeplejerskens hyppige kontakter med hende, lykkedes det i løbet af det næste år at komme betydeligt ned i dosis, helt ned på 20 mg x 3. Men efter flere forsøg på yderligere aftrapning bliver smertelægen og Anne enige om at fastholde dosis der – i hvert fald over det næste halve til hele år. Smerterne er blevet lidt værre end mens Anne var på den høje dosis morfin, men Anne er ikke længere bange for smerterne, og hun ved, hvordan hun skal administrere sine aktive timer. Til gengæld er hun blevet meget mere klar i hovedet, hun kan igen følge med i debatterne på TV og ikke mindst er hun i stand til at læse bøger igen.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●