



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter



Indsatser og organisering

**Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter**

Indsatser og organisering

© Sundhedsstyrelsen, Høringsudkast 18. september 2023.

Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** [xx]

**Den trykte versions ISBN:** [xx]

**ISSN:** [xx]

**Sprog:** Dansk

**Version:** [xx]

**Versionsdato:** [x.xx.xxxx]

**Format:** pdf

**Foto:** [Tekst] – og;

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
[Måned og år]

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion .....</b>	<b>5</b>
1.1. Indledning og baggrund .....	5
1.2. Udfordringer ved organisering indsatsen og .....	6
1.3. Formål med anbefalingerne.....	7
1.4. Begrebsafklaring .....	8
1.5. Læsevejledning .....	9
<b>2. Sammenfatning af anbefalinger .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Mennesker med kroniske smerter .....</b>	<b>13</b>
3.1. Diagnosekoder .....	16
3.2. Afgrænsning .....	17
<b>4. En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet .....</b>	<b>19</b>
4.1. Den biopsykosociale tilgang .....	19
4.2. ICF som fælles biopsykosocial-skabelon for beskrivelse af funktionsevne .....	20
<b>5. Udredning i det primære sundhedsvæsen .....</b>	<b>22</b>
5.1. Udredning for årsager til smerter .....	23
5.2. Udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis .....	25
<b>6. Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen .....</b>	<b>29</b>
6.1. Tidlig kommunal indsats .....	31
6.2. Biopsykosociale indsatser .....	33
6.3. Styrket vidensgrundlag .....	38
<b>7. Indsatser i regi af smertebehandlingsenheder .....</b>	<b>39</b>
7.1. Organisering af smertebehandlingsenheder .....	40
7.2. Henvi sning til en smertebehandlingsenhed .....	41
7.3. Indsatser i tværfaglige smertecentre .....	42
7.4. Tværsektorielt samarbejde, herunder rådgivning .....	43
7.5. Snitflade i forhold til behandling af mennesker med funktionel lidelse .....	45
<b>8. Indsatser i forbindelse med operationer .....</b>	<b>46</b>
8.1. Risikovurdering og smerteafdækning før operationer .....	47
8.2. Opfølgning efter operationer, herunder fokus på aftrapning af evt. opioid-behandling og genoptræning .....	48
<b>9. Implementering og opfølgning .....</b>	<b>51</b>
9.1 Tværsektorielt/tværgående samarbejde .....	51

9.2 Plan for implementering.....	51
9.3 Monitorering og opfølgning.....	52
<b>10. Perspektivering .....</b>	<b>53</b>
<b>11. Referenceliste.....</b>	<b>54</b>
<b>12 Bilagsfortegnelse.....</b>	<b>59</b>
<b>Bilag 1 Kommissorium for faglig følgegruppe vedr. anbefalinger for organisering og indsatser på smerteområdet .....</b>	<b>60</b>
<b>Bilag 2 Medlemmer af faglig følgegruppe.....</b>	<b>64</b>
<b>Bilag 3: Kommissorium for udarbejdelse af faglige anbefalinger for udredning af personer med smerter i almen praksis.....</b>	<b>65</b>
<b>Bilag 4: Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis .....</b>	<b>69</b>

HØRINGSUDKAST

# 1. Introduktion

## 1.1. Indledning og baggrund

Mange danskere lever med smerter (1). For de fleste er smerter forbigående, men for nogle er de vedvarende og påvirker dagligdagen i forskellige grader. I Danmark lever cirka en femtedel af alle danskere et liv med kroniske smerter. I den danske befolkning var forekomsten af kroniske smerter 26 procent i 2021 (30 procent blandt kvinder og 22 procent blandt mænd), svarende til at over 1,2 millioner danskere over 16 år har smerter<sup>1</sup>.

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

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

Denne publikation er en udmøntning af to initiativer i strategien:

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

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

<sup>1</sup> Ikke offentliggjort data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 (smerter i over 6 måneder)

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

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

Sundhedsstyrelsen og bredere faglige kredse har på smerteområdet gennem mange år anbefalet behandling med fokus på træning og fysisk aktivitet og egenomsorg til mennesker med kroniske smerter, samtidig med anbefalinger om at reducere brugen af billeddiagnostiske undersøgelser i udredningen af smerter, en reduktion af smertestillende medicin, og fokusere kirurgisk behandling i de tilfælde, hvor aktiv behandling er forsøgt. Der har imidlertid ikke været en systematisk implementering af programmer og anbefalinger med aktiv behandling og egenomsorg. Desuden er der egenbetaling til relevante behandlingsmuligheder i primærsektoren<sup>2</sup>, hvilket kan være en udfordring for nogle mennesker for at få den indsats, de har behov for. Dette er en medvirkende faktor til social ulighed i sundhed(2).

Der er fortsat brug for udbredelse og implementering af viden om håndtering af kroniske smerter i sundhedsvæsenet, så der kan komme større fokus på at forebygge udvikling og forværring af kroniske smerter. Der er behov for større udbredelse af non-farmakologisk behandling af mennesker med kroniske smerter, så træning og mindre indgribende behandling bliver førstevalg samt fokus på indsatser målrettet egen sygdomsopfattelse og at smertemestring tilbydes tidligt i forløbet. Derudover er der fortsat behov for differentiering af indsatserne, så den tilpasses den enkeltes ressourcer og samlede situation. Endelig er der behov for at tilrettelægge mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer.

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

## 1.2. Udfordringer vedrørende organisering og indsatser

Disse anbefalinger adresserer nogle centrale udfordringer og behov vedrørende indsatsen til mennesker med kroniske smerter og organiseringen af området. Udfordringerne er dels identificeret med baggrund i Sundhedsstyrelsens 'Afdækning af smerteområdet

<sup>2</sup> For eksempel 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).

- fagligt oplæg til en smertehandlingsplan' og dels med afsæt i rådgivning fra de faglige grupper nedsat i forbindelse med nærværende anbefalinger. Nedenstående udfordringer vil blive behandlet i disse anbefalinger og er således første skridt på vejen til at sætte fokus på området og til at løse nogle af problemstillingerne:

#### *Udredning i almen praksis*

Mange mennesker med kroniske smerter bliver fastholdt unødigt længe i lange udredningsforløb, som betyder, at en rettidig indsats igangsættes sent. I almen praksis er der ligeledes udfordringer med at udrede kroniske smerter betydninger for funktionsevne og biopsykosociale behandlingsbehov, så der kan sættes ind med den rette individuelle indsats på rette tidspunkt.

#### *Tværfaglig indsats i det primære sundhedsvæsen*

Der er behov for udbredelse og implementering af tværfaglige indsatser og viden om håndtering af kroniske smerter i det primære sundhedsvæsen, med fokus på non-farmakologiske indsatser, for eksempel støtte til egenomsorg. Der er behov for at mennesker med kroniske smerter kan tilbydes en tværfaglig indsats tidligt i forløbet, hvilket er vigtigt ift. at forebygge, at smerterne bliver komplekse.

#### *Ensartet kvalitet og rådgivning i smertebehandlingsenheder*

Der er behov for ensartet kvalitet på tværs af smertebehandlingsenhedernes indsatser og bedre adgang til specialistrådgivningen fra de regionale smertebehandlingsenheder til almen praksis, det øvrige praksisområde samt kommunerne. Der er endvidere behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde gennem hele forløbet.

#### *Indsats før og efter operation*

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

#### *Samarbejde og ansvarsfordeling på tværs af sektorer*

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

### **1.3. Formål med anbefalingerne**

Formålet med anbefalingerne for organisering og indsatser på smerteområdet er at:

- styrke en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet

- udredningen af årsager til smerterne og af behandlingsbehov i almen praksis har fokus på den samlede funktionsevne, så mennesker med kroniske smerter kan få den rette indsats på rette tidspunkt
- understøtte, at der følges struktureret op i udredningsforløbet og at udredningen afsluttes, så forløbet ikke bliver for langstrakt
- styrke tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen tidligt i forløbet med fokus på non-farmakologiske indsatser og støtte til egenomsorg
- understøtte, at det primære sundhedsvæsen yder en indsats ved behov til mennesker med lettere komplekse smerter
- styrke organisering og samarbejde på tværs af sektorer med henblik på mere sammenhængende forløb
- styrke samarbejdet tværregionalt om henvisninger til smertebehandlingsenhederne samt opfølgning under og efter behandlingsforløbet. At understøtte ensartet kvalitet i smertebehandlingsenhedernes indsats samt at der er adgang til rådgivning fra andre sektorer
- forebygge udvikling af kroniske smerter efter en operation, herunder styrke den præoperative indsats før operation og opfølgningen efter operation med fokus på evt. igangsat medicinsk behandling.

#### 1.4. Begrebsafklaring

'Smertebehandlingsenheder' bruges som samlebetegnelse for regionale og private, monofaglige og tværfaglige smertecentre og -klinikker. Relevante steder i teksten anvendes de specifikke betegnelser.

'Aftrapning' anvendes som samlebetegnelse for ned-, ud- og aftrapning af medicinforbrug.

'Tværfaglighed' anvendes i forbindelse med behov for flere samtidige indsatser varetaget af forskellige fagligheder, som samarbejder derom.

'Mennesker med kroniske smerter' anvendes generelt i anbefalingerne og omfatter både 'borgere' og 'patienter' med kroniske smerter.

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



## 1.5. Læsevejledning

Læsevejledning for de følgende kapitler i anbefalingerne:

**Kapitel 2 Sammenfatning af anbefalingerne** er en opsummering af anbefalingerne i kapitel 4-9.

**Kapitel 3 Om mennesker med kroniske smerter** er en beskrivelse af smertetilstande, herunder begrebsafklaring. Der redegøres desuden for risikofaktorer og ledsagesymptomer, diagnosekoder og klassifikationer samt afgrænsningen af mennesker med kroniske smerter i anbefalingerne.

**Kapitel 4 En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet** er en beskrivelse af den overordnede biopsykosociale tilgang og hvordan den kan anvendes, herunder ICF som fælles forståelsesramme for beskrivelse af funktionsevne.

**Kapitel 5 udredning i det primære sundhedsvæsen** er en beskrivelse af udredningsforløbet primært i almen praksis, med fokus på både udredning af årsager til smerter og udredning af behandlingsbehov, herunder strukturering og afslutning af udredningsforløbet.

**Kapitel 6 Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen** er en beskrivelse af tværfaglige indsatser i praksissektoren og kommuner relateret til fysiske, sociale og psykiske forhold, herunder kompetencer der bør være til stede og henvisningsmuligheder.

**Kapitel 7 Indsatser i regi af smertebehandlingsenheder** er en beskrivelse af organisering og indsatser i såvel regionale som private smertebehandlingsenheder, herunder beskrivelse af samarbejdet med andre aktører ifm. især henvisning og opfølgning.

**Kapitel 8 Indsatser i forbindelse med operationer** er en beskrivelse af indsatser i forbindelse med operation, herunder smerteafdækning og risikovurdering før operation samt opfølgning og ansvarsfordeling efter operation.

**Kapitel 9 Implementering og opfølgning** er en beskrivelse af understøttende tiltag ifm. implementering og udbredelse af anbefalingerne samt den løbende opfølgning, herunder monitorering, med henblik på kvalitetsudvikling.

## 2. Sammenfatning af anbefalinger

### Anbefalinger for anvendelse af en biopsykosocial tilgang (kapitel 4)

- Alle fagpersoner omkring mennesker med kroniske smerter, anlægger en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet dvs. både tidligt i forløbet i udredningsfasen samt gennem behandlingsforløbet
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) anvendes som en fælles forståelsesramme og begrebsmodel.

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

- Almen praksis foretager differentialdiagnostisk udredning med fokus på afklaring af eventuelle årsager til smerterne i samarbejde med praktiserende speciallæge eller sygehus ved behov. I den differentialdiagnostiske udredning indgår en helhedsvurdering af patientens samlede funktionsevne
- Almen praksis kvalificerer og strukturerer udredningen, så der sikres en systematisk løbende opfølgning og sikrer at udredningsforløbet ikke bliver for langstrakt
- Almen praksis afslutter udredningen, når relevante differentialdiagnoser er udelukket og den udløsende årsag til smerten fortsat er ukendt o. Almen praksis har en dialog med patienten om vigtigheden af at afslutte udredningen og stiller en primær kronisk smertediagnose ud fra de diagnostiske kriterier
- Almen praksis (læge og praksispersonale) tilbyder en indsats tidligt i forløbet, evt. allerede sideløbende med udredningen af årsagsforklaringen
- Almen praksis henviser til relevante indsatser i det primære sundhedsvæsen og i den øvrige praksissektor ved vurderet behov ud fra en bio-psykosocial tilgang
- Almen praksis kan indhente rådgivning ved behov på sygehuse, for eksempel hos smertebehandlingsenheder

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

- Almen praksis bør i forløb for mennesker med kroniske smerter fungere som tovholder for et sammenhængende patientforløb. Det forudsætter, at de har kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser
- Almen praksis og kommuner har et lokalt samarbejde om forløb for mennesker med kroniske smerter. herunder fokus på en løbende dialog for at skabe overblik over hinandens tilbud og kompetencer. Eksisterende kommunikationsværktøjer kan anvendes for at fremme sammenhængende forløb
- Mennesker med kroniske smerter tilbydes non-farmakologisk behandling som den primære behandling, og indsatserne iværksættes med udgangspunkt i den enkeltes behov og kan rette sig mod både fysiske, psykologiske og/eller sociale forhold
- Sundhedsprofessionelle i det primære sundhedsvæsen, der tilbyder indsatser målrettet mennesker med kroniske smerter, bør styrke deres viden om smerter og behandlingsmuligheder.

**Anbefalinger for indsatser i regi af smertebehandlingsenheder (kapitel 7)**

- Ved henvisning til en smertebehandlingsenhed bør den henvisende læge have kendskab til patientens biopsykosociale situation, som beskrives i henvisningen
- Smertebehandlingsenhederne bør tilbyde indsatser til patienter med kroniske komplekse smerter tilrettelagt efter de individuelle biopsykosociale behov. Regioner og private udbydere bør sikre, at der udarbejdes faglige retningslinjer, så indsatserne i smertebehandlingsenheder har ensartet høj kvalitet
- Smertebehandlingsenhederne følger løbende op på patientforløbene og afslutter patientforløb ved manglende effekt af behandlingen. Afslutning af patientforløb sker under forudsætning af, at smertebehandlingsenheden udarbejder en udførlig plan for den videre farmakologiske og non-farmakologiske behandling, som videreformidles til almen praksis og andre relevante aktører.
- Smertebehandlingsenhederne samarbejder med almen praksis og kommunerne ift. behov for indsatser i det primære sundhedsvæsen gennem behandlingsforløbet i smertebehandlingsenheden og i forbindelse med opfølgningen

- Regionerne udarbejder klare aftaler for samarbejdet for at understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem smertebehandlingsenhederne og hhv. almen praksis og kommunerne, herunder hvordan der sikres let adgang til rådgivning i smertebehandlingsenhederne
- Snitfladen mellem kroniske smerter og funktionelle lidelser: I hver region bør der arbejdes for et bedre samarbejde på tværs, både i forhold til en fælles forståelse og formidling af primære kroniske smerter/funktionelle lidelser og i forhold til afklaring af snitflade og rette behandlingstilbud for den enkelte patient. Der bør udarbejdes en regional forløbsbeskrivelse, der vejleder om snitfladen og henvisning.

#### **Anbefalinger i forbindelse med planlagte operationer (kapitel 8)**

- Der bør foretages grundig præoperativ smerteanamnese med en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang
- Der bør gives fyldestgørende præoperativ information om de planlagte kirurgiske procedurer, forventet postoperativt forløb, samt smertelindring til mennesker der skal opereres
- Hvis der opstartes behandling i kirurgisk regi med opioider, skal der også udarbejdes en behandlingsplan af kirurgen, der blandt andet indeholder en aftrappingsplan
- Der bør være mulighed for tilgængelig faglig sparring for almen praksis med et smertecenter, hvis der er forløb, der er udfordrende ift. aftrapning af opioidbehandling efter en planlagt operation, og der ikke er tvivl om postkirurgiske komplikationer.

## 3. Mennesker med kroniske smerter

Smertetilstande er hyppige, såvel i den danske befolkning som internationalt(1). For de fleste mennesker er smerter forbigående, men for nogen er de vedvarende og med indflydelse på dagligdagen i forskellige grader. I Danmark lever cirka en femtedel af alle danskere et liv med kroniske smerter. I den voksne danske befolkning var forekomsten af kroniske smerter 26 procent i 2021 (30 procent blandt kvinder og 22 procent blandt mænd), svarende til at over 1,2 millioner danskere over 16 år har smerter<sup>3</sup>. Andelen af personer med kroniske smerter stiger med alderen, men ellers rammer smertetilstande bredt i befolkningen på tværs af alder, køn og baggrund.

Smerter defineres i følge den internationale smerteorganisation IASP<sup>4</sup> som "en ubehagelig sansemæssig oplevelse forbundet med en aktuel eller mulig vævsskade, eller beskrevet som om en sådan forelå"<sup>5</sup>. I denne definition anerkendes smerter ikke bare som en sansemæssig oplevelse som følge af en vævsskade, men det medinddrages at smerten kan være kompleks og er subjektiv med både sensoriske, følelsesmæssige og kognitive komponenter, og at smerten altid kan påvirke det liv, man er i stand til at leve.

En kronisk smertetilstand betegnes ifølge International Classification of Diseases, 11th edition criteria (ICD-11), som smerter der har været til stede i mere end tre måneder(3). Tre måneder vurderes hermed som en tilstrækkelig ophelingstid efter en eventuel skade, operation eller traume. En række sygdomme er forbundet med smerter for eksempel slidgigt, leddegigt og diabetes, mens kroniske smerter også kan udvikles som følge af operationer eller traumer. Ligeledes kan tilstande med periodiske smerteanfald (for eksempel migræne og lænderygsmerter) udvikle sig til en kronisk tilstand. Kroniske smerter kan opstå alle steder i kroppen, men mest almindeligt er smerter i lænderyg, nakke og led(4).

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

<sup>3</sup> Ikke offentliggjort data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 (smerter i over 6 måneder)

<sup>4</sup> International association for the study of pain

<sup>5</sup> Oversat fra: An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage. [https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet\\_R2.pdf](https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2.pdf)

Funktionsniveauet varierer hos mennesker med kroniske smerter. Kroniske smerter kan variere i intensitet, de kan være konstante, men de kan også være svingende og uforudsigelige. I modsætning til akutte smerter er selve smertens intensitet ikke nær så vigtig hos mennesker med kroniske smerter. Når smerter er kroniske, er det i højere grad den måde, de påvirker mennesket og den enkeltes liv, som er afgørende – både for personen selv og som fokusområde i behandlingen.

Smerteoplevelsen påvirkes af tidligere erfaring, emotionelle faktorer samt den sociale og kulturelle baggrund. Smerteoplevelsen er en subjektiv oplevelse, som kan ledsages af ubehag, frygt og bekymringer. En smertetilstand vil variere fra person til person, men også hos den enkelte person på forskellige tidspunkter og under forskellige livsomstændigheder. På baggrund af smertetilstandens kompleksitet skelner vi i Danmark mellem to hovedgrupper: simple kroniske smerter og komplekse kroniske smerter.

Simple kroniske smerter er smertetilstande, hvor der ikke er samtidige psykologiske eller sociale problemer som følge af smertetilstanden og hvor man for eksempel fortsat klarer at passe sit arbejde på normale vilkår og kan opretholde et socialt og aktivt fritidsliv. Den komplekse smertetilstand er derimod en tilstand, hvor følelsesliv, jobfunktion, fritids- og sociale aktiviteter mv. er påvirket som følge af smerterne. Behandlingen af kroniske smerter afhænger derfor af, om tilstanden er simpel eller kompleks, hvor mennesker med komplekse kroniske smerter ofte vil have behov for mere omfattende tilbud.

Årsagerne til, at nogle mennesker udvikler en kronisk smertetilstand, er multifaktorielle(1). Studier har påvist en lang række risikofaktorer for udviklingen af kroniske smerter, herunder både prædisponerende, men også udløsende og vedligeholdende. De vigtigste biologiske risikofaktorer er høj alder(5–7), genetisk disponering(5,8), svær overvægt(5) og traumer og kirurgiske indgreb(9,10). Der er endvidere påvist sammenhæng mellem udvikling af kroniske smerter med psykiske faktorer som depression, tendens til angst(1) katastrofetænkning (11) dårligt selv vurderet helbred(7). Desuden er risikoen for at have kroniske smerter større for kvinder(5,7,8) mennesker med kort eller ingen formel uddannelse(5,7), separation og/eller skilsmisse(5), hårdt fysisk arbejde(6) og ikke-vestlig baggrund(12)

De identificerede risikofaktorer kan ikke anvendes til at forudsige, hvem der udvikler kroniske smerter, men er faktorer, der øger risikoen for at udvikle kroniske smerter på befolkningsniveau.

#### **Ledsagesymptomer til kroniske smerter**

Der kan være en række ledsagesymptomer forbundet med kroniske smerter, som påvirker livskvaliteten i varierende grad. Fremtrædende ledsagesymptomer kan for eksempel være søvnproblemer, kognitive vanskeligheder, træthed (fatigue), nedsat fysisk aktivitet, koncentrationsbesvær, irritabilitet, bekymringer, øget stressbarhed, nedtrykthed og/eller ændret selvbillede, som alle kan have betydning for den enkeltes daglige funktionsevne, muligheden for at tage en uddannelse, arbejdsevne, sociale relationer og livskvalitet.

### *Søvnproblemer*

- Kroniske smerter har ofte en negativ påvirkning på kvaliteten af søvnen. Søvn-mangel sænker smertetolerancen hos mange og kan påvirke restitution, koncen-tration og humør i negativ retning(13).

### *Kognitive vanskeligheder*

- Mennesker med kroniske smerter kan have kognitive vanskeligheder, som viser sig ved udfordringer med både hukommelse og indlæringsevne, opmærksom-hed og koncentrationsevne, sproglige færdigheder, evne til at tage initiativ, pro-blemløsning, strategi og ændre tilgang i tænkningen samt impulshæmning.

### *Træthed/udmattelse (fatigue)*

- Nogle mennesker med kroniske smerter beskriver en helt særlig form for træthed ellerudmattelse (fatigue), der kommer til udtryk som både mental og fysisk træth-ed, og som ikke nødvendigvis hænger sammen med mængden af mental/fysisk belastning eller mangel på søvn.

### *Psykosocialt*

- Psykosociale følger virkninger af et liv med kroniske smerter er et samspil af flere faktorer. Smerterne og følger virkningerne kan gøre det vanskeligt at mestre et so-cialt liv og et hverdagsliv på lige fod med andre mennesker. Kroniske smerter er ikke altid synlige og mange mennesker oplever at blive mødt med fordomme og misforståelser, både blandt familie og venner, på deres arbejdsplads og i sund-hedssystemet(2). Grundet den stigmatisering, der ofte følger med kroniske smer-ter, opleves ofte en uberettiget skyld og skam over tilstanden. Dette, i kombina-tion med manglende forståelse for smertetilstanden, gør det for nogle endnu sværere og ensomt at mestre et liv med smerter.
- At leve med kroniske smerter kan ligeledes have stor negativ indvirkning på lyst og evne til fysisk aktivitet. Nogle mennesker oplever smertelindring ved fysisk ak-tivitet, men andre oplever forværring, hvilket kan resultere i inaktivitet, med heraf følgende sundhedsrisici og risiko for social isolering.
- Den medicinske behandling kan give eller forstærke træthed, fatigue, kognitive vanskeligheder mv. Kroniske smerter foranlediger også ofte uro og ængstelighed og risiko for depressive tendenser. Mange af de forhold, der forstærker smerteop-levelsen, for eksempel angst, passivitet og isolation, er samtidig tilstande, som smerterne kan have været med til at fremme.
- Smertetilstande kan have en stor indflydelse på dagligdagen, herunder arbejds-evnen. Det kan være svært at passe sit arbejde under normale vilkår, når man le-ver med kroniske smerter, og ikke alle arbejdspladser har viden om eller mulig-hed for at tage hensyn til de udfordringer, smertetilstandene giver. Arbejdsevnen er en væsentlig del af mange menneskers identitet, og begrænset eller mistet ar-bejdsevne kan både give sociale, økonomiske og psykiske bekymringer og der-med forstærke smerterne(14)

### 3.1. Diagnosekoder

I det danske sundhedsvæsen anvendes der 2 forskellige diagnosekode-systemer. På sygehuse og hos praktiserende speciallæger benyttes WHO's sygdomsklassifikation ICD-10 koder, som er en omfattende diagnoseklassifikation, der forudsætter afklarede sygdomsbilleder. I almen praksis anvendes ICPC-2 (Classification of Primary Care), som beskriver de helbredsproblemer, patienter henvender sig med. Kun hvis de opfylder bestemte diagnostiske kriterier, bliver de formuleret som en klassisk sygdomsdiagnose. WHO vedtog i 2019 at overgå fra ICD-10 til ICD-11 og.<sup>6</sup> Hvor kroniske smerter tidligere har været kategoriseret som en tilstand, blev det i stedet officielt en diagnose.

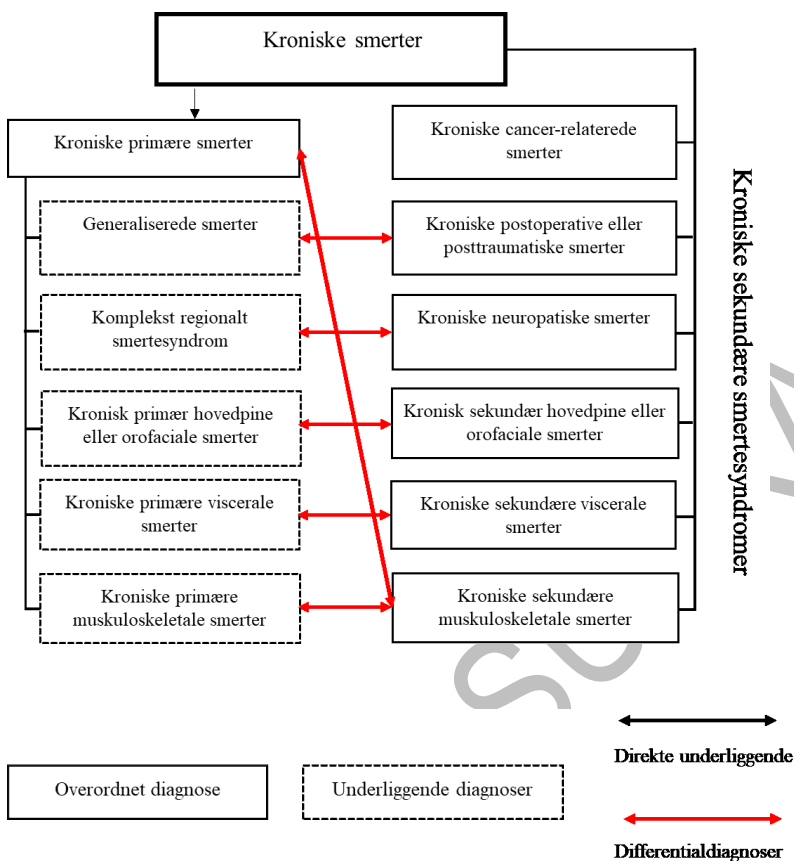
Der skelnes mellem primære kroniske smerter og sekundære kroniske smerter i 7 subgrupper, hvor 6 af dem hører under de sekundære kroniske smerter. Kategorierne dækker over de mest udbredte typer af kroniske smerter, med underkategorisering samt mulighed for at udfylde tillægskode med specificering af kompleksiteten, herunder smerteintensiteten, indflydelse på dagligdagen, temporale aspekter, samt psykosociale faktorer. For nogle smertetilstande er den udløsende årsag til smerten fortsat ukendt, og de klassificeres i de reviderede ICD-11 som kroniske primære smerter, hvis de endvidere er forbundet med betydelig negativ følelsesmæssig påvirkning eller påvirket aktivitets- og deltagelsesniveau. De sekundære kroniske smerter anses derimod initialt som et symptom på anden lidelse, men kan bestå efter at tilstanden er helet (figur 1).

For almen praksis er der ligeledes plan om at overgå fra ICPC-2 til ICPC-3, der forventeligt kan linkes til ICD-11.

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



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



Figur 1. (Adapteret fra Treede 2019). Venstre kolonne viser de kroniske primære smerter hvor smerten ikke kan forklares ved en underliggende sygdom eller vævsskade, mens højre kolonne viser de kroniske sekundære smertesyndromer, hvor smerten kan henføres til en kendt underliggende sygdom, men er blevet behandlingskrævende i sig selv. Differential diagnosticering kan være svær, men uanset diagnose kan patienten have behov for hjælp til håndtering og behandling af smerterne.

### 3.2. Afgrænsning

Disse anbefalinger vedrører alle mennesker med kroniske smerter, både primære og sekundære kroniske smerter, dog ikke mennesker med cancerrelaterede smerter samt børn og unge med kroniske smerter.

Grupperne primære og sekundære kroniske smerter afgrænses ud fra ICD-11. Hvor det er relevant, anvendes endvidere de ældre betegnelser 'simple kroniske smerter' og 'komplekse kroniske smerter' for smertetilstande, der, ud over de fysiske problemstillinger, medfører funktionsnedsættelse og som i betydelig grad er kompliceret af psykologiske, sociale og eksistentielle problemstillinger.

Udfordringer på smerteområdet, som disse anbefalingerne ikke rummer, er beskrevet i kapitel 10 vedr. perspektivering

#### *Funktionelle lidelser*

Der er et stort overlap mellem primære kroniske smerter og funktionelle lidelser. Funktionelle lidelser er en samlet betegnelse for en række lidelser, der er kendetegnet ved multiple og vedvarende fysiske symptomer, som for eksempel smerter og træthed, der påvirker funktionsevne og livskvalitet i betydelig grad. Symptomerne har ofte et karakteristisk mønster som tegn på en overbelastet krop/et overbelastet system, og et fælles kendetegn er, at de ikke kan påvises ved blodprøver, røntgenundersøgelser eller andre medicinske tests. Som ved andre sygdomme skal relevante differentialdiagnoser somatisk og psykiatrisk være udelukket for at kunne stille diagnosen.

Behandlingen af en funktionel lidelse tager ligesom for smerteområdet udgangspunkt i den biopsykosociale tilgang med fokus på den enkeltes symptomer, ressourcer og livs-omstændigheder med tilpasning derefter. Der lægges først og fremmest vægt på en grundig indledende lægesamtale, hvor det vurderes, om kriterierne for diagnosen funktionel lidelse opfyldes. Der er inden for området tre typer evidensbaseret behandling, herunder primært fysioterapi i form af gradueret genoptræning med fokus på blandt andet energiforvaltning og aktivitetsregulering samt forskellige former for psykoterapi med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi og i nogen grad medicin.

Der henvises til afsnit 7.5 for beskrivelse af den organisatoriske snitflade mellem behandling af mennesker med kroniske smerter og funktionel lidelse<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Der henvises desuden til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for funktionelle lidelser fra 2018: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Funktionelle-lidelser---anbefalinger-til-udredning-behandling-rehabilitering-og-afstigmatisering>

## 4. En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet

### Anbefalinger

- Alle fagpersoner omkring mennesker med kroniske smerter, anlægger en biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet dvs. både tidligt i forløbet i udredningsfasen samt gennem behandlingsforløbet
- ICF anvendes som en fælles forståelsesramme og begrebsmodel.

### 4.1. Den biopsykosociale tilgang

Undersøgelse og behandling af kroniske smerter bør ikke ske alene ud fra en biomedicinsk sygdomsforståelse, da belastninger af psykosocial karakter også påvirker smertetilstanden, og i nogle tilfælde ses de psykosociale problemstillinger som afledte konsekvenser af de biologiske problemstillinger. Derudover peger evidens på, at en biopsykosocial rehabilitering af mennesker med kroniske smerter, fører til bedre forløb (15–17).

Kroniske smerter ansues i en biopsykosocial tilgang som et sammensat fænomen, hvor kombinationen af biologiske, psykologiske (herunder eksistentielle) og sociale (herunder kulturelle) komponenter udgør årsagssammenhæng og påvirker konsekvenserne. De indgår alle i smerteoplevelsen og i den måde, mennesker med kroniske smerter udtrykker og håndterer smerterne på. Der er således tale om et dynamisk og komplekst samspil, hvor ovennævnte komponenter alle influerer på hjernens smerteopfattelse og dermed påvirker individets smerteoplevelse, adfærd og funktionsevne. Den biopsykosociale tilgang tilsiger ikke én bestemt behandlingsstrategi, men indeholder en helhedsorienteret vurdering af, hvilke komponenter, farmakologiske som non-farmakologiske, der skal vægtes hvornår i forløbet for den enkelte. Mennesker med kroniske smerter bør altid indrages i tilgangen og vægtningen af de forskellige komponenter bero på en individuel vurdering. Der er behov for en differentieret indsats, hvor nogle har behov for flere indsatser end andre. For nogle mennesker med kroniske smerter kan det for eksempel være en barriere at løfte fokus fra en udelukkende biomedicinsk tilgang tidligt i forløbet.

Jo tidligere sundhedsprofessionelle får fokus på at hjælpe mennesker med kroniske smerter med at sætte ord på, hvordan smerterne påvirker dem og hvordan smerterne påvirkes, ikke blot fysisk, men også psykisk og socialt, jo tidligere kan de få en behandling, der også omfatter non-farmakologisk behandling med indsatser rettet mod både fysiske, psykiske og sociale forhold, herunder blandt andet patientuddannelse, med fokus på

accept, mestring og nyorientering. Det er derfor væsentligt, at den biopsykosociale tilgang anlægges så tidligt som muligt i forløbet.

## 4.2. ICF som fælles biopsykosocial-skabelon for beskrivelse af funktionsevne

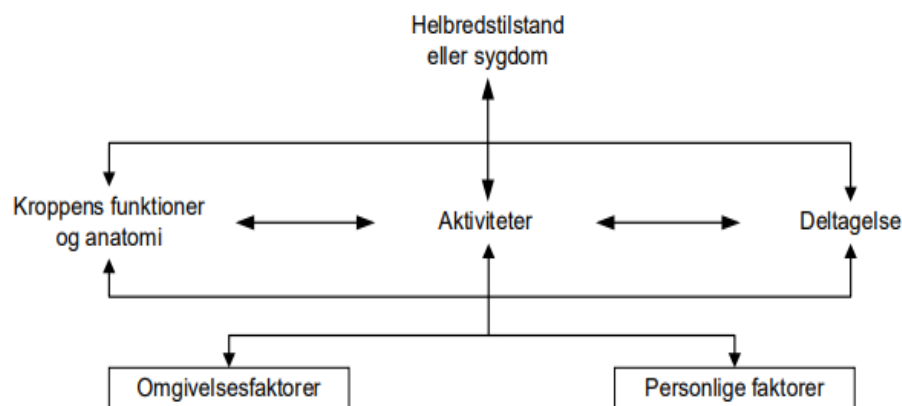
Under udredning og i behandlingsforløbet af mennesker med kroniske smerter, er det hensigtsmæssigt med en fælles forståelsesramme og begrebsmodel, som kan bruges gennem hele forløbet, både tværfagligt og tværsektorielt. Det er vigtigt med en skabelon, der integrerer en biomedicinsk og psykosocial tilgang og som kan anvendes i den kliniske hverdag ved blandt andet anamneseoptagelse, opfølgende konsultationer, behandling, sygdomsmonitorering og i det social-lægelige samarbejde(18). Til dette formål kan WHO's begrebsmodel 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF), anvendes. ICF er en international biopsykosocial model og klassifikation til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnededsættelse(19).

ICF har til formål at give en samlet begrebsmodel og systematisk terminologi om helbredsrelateret funktionsevne, som kan benyttes blandt andet tværfagligt og -sektorielt. Funktionsevnen omfatter tre komponenter:

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

Komponenterne påvirker hinanden gensidigt. Den samlede funktionsevne påvirkes ligeledes af komponenternes omgivelsesfaktorer og personlige faktorer. Se ICF-modellen i figur 1.

Figur 1: Samspejlet mellem komponenterne



I den biopsykosociale forståelsesramme spiller alle elementer dermed sammen og påvirker hinanden. ICF er bredt anerkendt som model og begrebsramme, men også kritiseret blandt andet fordi implementeringen i klinisk praksis er mangelfuld(20). Trods kritikken er ICF det bedste bud på en fælles forståelsesramme for funktionsevnenedsættelse i en rehabiliteringskontekst og er veletableret internationalt via WHO (World Health Organization) og i Danmark, både i regioner og kommuner(21,22).

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

Indsatserne kan være målrettet omgivelserne (for eksempel boligindretning og personlige hjælpemidler, forandringer i arbejdsforhold, hjælp i hjemmet, pårørenderådgivning, kontaktperson til mindreårige børn, økonomisk rådgivning, medicintilskud og bostøtte) eller personen (for eksempel patientundervisning, psykoedukation, selvhjælpsgrupper, samtalerapi, uddannelse og omskoling) og kan medvirke til at styrke den enkeltes evner og muligheder for at mestre den aktuelle livssituation(18).

## 5. Udredning i det primære sundhedsvæsen

### Anbefalinger for udredning af årsager til smerter og behandlingsbehov i almen praksis

- Almen praksis foretager differentialdiagnostisk udredning med fokus på afklaring af eventuelle årsager til smerterne i samarbejde med praktiserende speciallæge eller sygehus ved behov. I den differentialdiagnostiske udredning indgår en helhedsvurdering af patientens samlede funktionsevne
- Almen praksis kvalificerer og strukturerer udredningen, så der sikres en systematisk løbende opfølgning og sikrer at udredningsforløbet ikke bliver for langstrakt
- Almen praksis afslutter udredningen, når relevante differentialdiagnoser er udelukket og den udløsende årsag til smerten fortsat er ukendt o. Almen praksis har en dialog med patienten om vigtigheden af at afslutte udredningen og stiller en primær kronisk smertediagnose ud fra de diagnostiske kriterier
- Almen praksis (læge og praksispersonale) tilbyder en indsats tidligt i forløbet, evt. allerede sideløbende med udredningen af årsagsforklaringen
- Almen praksis henviser til relevante indsatser i det primære sundhedsvæsen og i den øvrige praksissektor ved vurderet behov ud fra en bio-psykosocial tilgang
- Almen praksis kan indhente rådgivning ved behov på sygehuse, for eksempel hos smertebehandlingsenheder.

Udredningen af mennesker med kroniske smerter består dels af afklaring af eventuelle årsager til smerterne og dels afdækning af patientens behov for tværfaglige indsatser og støtte. Udredning af behov for indsatser og støtte følger naturligt efter udredning af årsager til smerterne, men der kan også være behov for, at disse to udredningsspor foregår parallelt, idet patienterne kan have behov for en indsats tidlig i forløbet parallelt med afklaring af årsagerne.

Det er således væsentligt, at almen praksis har fokus på:

- at udrede for årsager til smerterne, dvs. en sygdom/tilstand, der forårsager smerterne og som der kan behandles for. Denne del af udredningen beskrives i afsnit 5.2.
- at afdække umiddelbare og løbende behov for støtte og indsatser, for eksempel viden om kroniske smerter, mestringsstrategier, psykosocial indsats eller fysisk aktivitet. Denne del af udredningen beskrives i afsnit 5.3.

Dette kapitel er målrettet praktiserende læger, men vurderes at være relevant for alle sundhedsprofessionelle i almen praksis, der indgår i udredningen af enten årsager til smerterne eller behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter.

## 5.1. Udredning for årsager til smerter

### *Differentialdiagnostisk udredning og systematisk opfølgning*

I udredningen af årsager til smerterne i almen praksis er der udfordringer med at få udredt den samlede funktionsevne. Psykosociale forhold kan have indflydelse på oplevelsen af smerterne og det er derfor væsentligt, at der er fokus på disse i den indledende udredning. Der er ligeledes problemer med, at mange mennesker med kroniske smerter bliver fastholdt unødigt længe i udredningsforløbet, uden at udredningen afsluttes og at der dermed kan igangsættes en rettidig indsats eller at smertetilstanden afhjælpes sideløbende med udredningen. I udredningsforløbet kan der være behov for en afventende 'vent og se' tilgang. Ofte følges der ikke systematisk op på patienterne og der er derfor risiko for, at de først henvender sig til almen praksis igen, når smerterne er blevet kroniske og måske komplekse. Ved manglende opfølgning kan der også være risiko for, at patienterne ikke opsøger almen praksis.

Når en patient henvender sig til almen praksis på grund af smerter, udredes der indledningsvist for mulige årsager til smerterne. Der foretages en relevant differentialdiagnostisk udredning evt. i samarbejde med praktiserende speciallæge eller sygehuset. Den differentialdiagnostiske udredning er en kernekompetence hos praktiserende læger. Udredningen, med henblik på afklaring af årsager til smerterne, består af en anamnese og objektiv undersøgelse, suppleret med relevante parakliniske undersøgelser afhængig af symptombilledet. Derudover er det vigtigt, at der indgår en helhedsvurdering af patienten, herunder en karakterisering af smerteintensiteten. Som en del af udredningen bør almen praksis derfor have blik for patientens samlede funktionsevne og spørge ind til både fysiske, psykiske og sociale forhold (18). PRO-redskaber<sup>8</sup> kan for eksempel anvendes – se endvidere afsnit 5.3.2. Der er således behov for, at en overordnet psykosocial vurdering integreres i den indledende udredning, hvor der er fokus på afklaringen af årsager til smerterne.

<sup>8</sup> PRO=Patientrapporterede outcomes

Det er endvidere væsentligt, at almen praksis følger systematisk op på patienterne i løbet af udredningen og at udredningsforløbet struktureres, så der er en plan for, hvornår patienten skal ses igen til opfølgning, herunder hvornår der løbende bør ske en vurdering af de biopsykosociale forhold. Der er derfor behov for, at udredningsforløbet kvalificeres og tilrettelægges mere systematisk i forhold til opfølgning.

#### *Afslutning af udredningen og diagnosticering*

Såfremt der er mistanke om en kronisk sekundær smertetilstand, vil videre udredning og evt. behandling overgå til relevant behandlingsansvarlig læge på et sygehus, speciallægepraksis eller anden instans, hvor de kroniske sekundære smerter forsøges afhjulpet eller helbredt.

I mange tilfælde kan der imidlertid ikke påvises en udløsende årsag til de kroniske smerter. Når smerterne ikke kan påvises som en kronisk sekundær smertetilstand kan almen praksis stille en kronisk primær smertediagnose, hvis patienten opfylder de diagnostiske kriterier. Udredningen af årsagsforklaring foregår i samarbejde med relevante speciallæger.

Det er vigtigt, at afklaringen af årsager til smerterne sker hurtigst muligt uden unødvendig ventetid for at minimere risikoen for kroniske smerter og udviklingen af følgetilstande samt for at patienterne kan støttes med en målrettet indsats tidligt i forløbet. Den praktiserende læge bør derfor afslutte afklaringen af smerterne, når relevante differentialdiagnoser er udelukket for at undgå for langstrakte udredningsforløb. Den praktiserende læge bør således nøje overveje på hvilken indikation, der henvises til en billeddiagnostisk undersøgelse. Da der foretages mange nødvendige undersøgelser, som ikke er til gavn for patienterne, bør der være fokus på at anvende undersøgelserne hvor relevant.

Der er behov for, at almen praksis har adgang til rådgivning på sygehuse, for eksempel i smertebehandlingsenhederne, i forhold til at afslutte udredningen og stille en primær kronisk smertediagnose tidligt i forløbet.

Det er endvidere væsentligt, at lægen har en dialog med patienten om, hvorfor udredningen bør afsluttes og at en primær kronisk smertediagnose ikke er en udelukkelsesdiagnose, men at den stilles på baggrund af diagnostiske kriterier og for at kunne hjælpe patienten bedst muligt med en målrettet indsats.

#### *Brug af diagnosekoder og smerteoplevelse*

Der er manglende faglig konsensus om sygdomsbetegnelser, brug af diagnosekoder m.v., hvor mange patienter oplever at "skifte diagnose" ved skift mellem lægefaglige specialer, selvom deres gener og symptomer af den grund ikke bliver bedre forklaret eller afhjulpet. Udfordringer vedrørende brugen af diagnosekoder kan blandt andet skyldes, at der er store overlap mellem forskellige sæt af diagnostiske kriterier på tværs



af diagnoser, og at der ikke på tværs af specialer er konsensus om terminologi og kodning.

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

Det væsentlige er derfor ikke nødvendigvis, at der stilles en diagnose, men at der iværksættes en tidlig indsats/behandling, så snart alvorlige sygdomme er udelukket, og at patientens smerter lindres parallelt med den videre udredning mhp. at forebygge kroniske smerter og at de bliver komplekse.

Det overordnede formål med behandlingen af kroniske smerter er, at patienten skal lære at mestre sit liv med den kroniske smertetilstand. Der bør derfor startes tidligt med at støtte patienten til mestring, herunder indsigt, accept, aktivitetsregulering, nyorientering mv. Der henvises til kapitel 6 vedr. tidlige tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen.

I det følgende afsnit beskrives udredningen i almen praksis af de individuelle behandlingsbehov. Se endvidere bilag 4 Faglige anbefalinger for udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis.

## 5.2. Udredning af behandlingsbehov hos patienter med kroniske smerter i almen praksis

Udredningen af behandlingsbehov foregår enten:

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

### 5.2.1. Den indledende fælles forståelse af smerterne

Nogle patienter vil, når de møder den praktiserende læge, allerede have været igennem et omfattende udredningsforløb mhp. en årsagsafklaring. En vigtig del af udredningen af behandlingsbehov har fokus på at opnå en fælles forståelse af, at patienten har kroniske smerter, som ikke kan fjernes, og muligvis heller ikke kan forklares, men nu skal behandles og håndteres som en selvstændig tilstand/sygdom. En forståelse som især for patienten kræver tid og ofte først opnås efter en løbende dialog mellem den praktiserende læge og patienten.

Andre patienter har først for nyligt fået smerter og påbegyndt en årsagsafklaring. Igangsættes udredningen af behandlingsbehov parallelt med udredningen af årsagsforklaringen kan der sættes fokus på patientens behov tidligt mhp. at tilbyde støtte i den ofte lange periode, hvor de bliver udredt for årsager til deres smerter.

Der vil hos nogle af disse patienter være behov for at bruge tid på at skabe tillid mellem patient og læge. Den praktiserende læge kan derfor overveje meget tidligt i forløbet at beskrive udredningen af behandlingsbehov som en løbende proces med behov for flere konsultationer. Dette vil give patienten mulighed for at få sagt det, der ikke var tid til eller ikke blev husket ved den første konsultation. Det kan også skabe ro hos patienten at vide, at der er afsat tid til flere konsultationer. Og det vil give patienten og den praktiserende læge tid til at nå til en vigtig fælles forståelse af, at patienten har primære kroniske smerter, som ikke kan fjernes og muligvis heller ikke kan forklares.

Det er derfor væsentligt at investere ekstra tid ved den indledende vurdering og indføre flere konsultationer, hvilket formentligt kan forbedre resultaterne for den enkelte og minimere uhensigtsmæssig brug af ressourcer på længere sigt.

Patienten bør inddrages aktivt i udredningen af sine behandlingsbehov. Desuden tyder forskning på, at inddragelse af pårørende i udredningen af patienter med kroniske lidelser, giver et bedre forløb. (23–25) hvorfor dette bør overvejes.

### 5.2.2. Afdækning af den biopsykosociale tyngde

For patienter med kroniske smerter er smerteintensiteten vigtig, men konsekvenserne af smerterne i form af begrænsninger i den daglige livsførelser er ofte det, der dominerer(26)

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

- Fysiske og psykiske velvære, herunder søvn, kognitiv påvirkning og stressniveau
- Hverdags- og fritidsaktiviteter, og deltagelse i sociale aktiviteter
- Sociale relationer
- Uddannelse eller arbejde
- Økonomi og boligsituation
- Forventninger til fremtiden

Ved afdækningen bør den praktiserende læge være opmærksom på patientens sygdomsforståelse og sundhedskompetencer<sup>9</sup>, herunder om patienten har tidligere erfaringer med kroniske smerter.

<sup>9</sup> Sundhedskompetence er evnen til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed, herunder at tage beslutning om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet. Ref: Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen SST.

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

Da gruppen af patienter med kroniske smerter generelt set har en højere mortalitet end baggrundsbefolkningen(27) bør man være opmærksom på patientens risikoprofil (inaktivitet, rygning, alkoholforbrug, misbrug mv.), på trods af, at disse ting ikke nødvendigvis direkte påvirker smerterne

Der findes forskellige værktøjer til at belyse patientrapporterede outcomes (PRO), blandt andet Smertehjulet(28) og Dolotesten(29), som kan være nyttige at inddrage i afdækningen, da de kan hjælpe almen praksis med at få spurgt ind til relevante områder. Disse er opbygget, så man får afdækket både patientens smerter, funktionsniveau og aktivitets- og deltagelsesniveau i dagligdagen (30). Disse eller lignende værktøjer kan med fordel anvendes løbende og hjælpe den praktiserende læge og patienten med kroniske smerter til at få et overblik over ændringer i den biopsykosociale situation.

Det kan desuden være hensigtsmæssigt at inddrage praksispersonalet i afdækning af den enkeltes situation. Dette kan frigøre tid, som den praktiserende læge kan bruge sammen med patienten.

### **5.2.3. Vejledning og løbende planlægning af patientforløbet**

I samtalen med patienten er det vigtigt at anerkende dennes oplevelse af de kroniske smerter, selvom der ikke kan findes nogen årsag eller de ikke kan forklares på anden vis.

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

Patienten bør opfordres til at søge mere viden om smerter og strategier til håndtering af smerter via patientforeninger eller andre kilder.

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

Patienten informeres om at smerterne vil variere over tid og at en årsag til smerten (eller opblussen) ikke altid findes.

Patienten informeres også om, at det ofte er muligt at kontrollere symptomer med tiltag, som for eksempel varme/kulde, let aktivitet, hvile og distraktion samt at der kan ske forbedringer i livskvaliteten, selvom smerten bliver ved med at være der.

Kroniske smerter kan tilgås på samme måde som hos patienter med andre kroniske tilstande, hvor mål og plan løbende justeres.

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

Hvis almen praksis og patienten vurderer, at patienten kan have gavn af et mestringsforløb i kommunen, kan der henvises til den afklarende samtale, som er et indledende møde mellem en kommunal sundhedsprofessionel og mennesket med kroniske smerter, hvor behov, motivation og ressourcer afdækkes med henblik på at kunne tilbyde den rette kommunale indsats. Henvisning til regional smertebehandlingsenhed kan overvejes ved komplekse behov.

Der bør være opmærksomhed på egentlige forværringer af smerter og symptomer, som kan kræve yderligere udredning. Smertefluktuationer forekommer ofte hos patienter med kroniske smerter, hvorfor der ikke nødvendigvis er behov for yderligere interventioner ved ændringer i patientens tilstand

Der henvises til kapitel 6 for uddybende beskrivelse af tidlige tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen samt kapitel 7 for uddybende beskrivelse af henvisning til de regionale og private smertebehandlingsenheder.

HØRINGSUDKAST

## 6. Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen

### Anbefalinger:

- Almen praksis bør i forløb for mennesker med kroniske smerter fungere som tovholder for et sammenhængende patientforløb. Det forudsætter, at de har kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser
- Almen praksis og kommuner har et lokalt samarbejde om forløb for mennesker med kroniske smerter. herunder fokus på en løbende dialog for at skabe overblik over hinandens tilbud og kompetencer. Eksisterende kommunikationsværktøjer kan anvendes for at fremme sammenhængende forløb
- For at styrke at flere får kvalificeret hjælp tidligt i forløbet, skal tværfagligheden i den samlede indsats indtænkes tidligere i forløbet for mennesker med kroniske smerter, da det langt fra er alle, der skal modtage det tværfaglige tilbud på en smertebehandlingsenhed
- Patienterne tilbydes non-farmakologisk behandling som den primære behandling og indsatserne iværksættes med udgangspunkt i den enkeltes behov og kan rette sig mod både fysiske, psykologiske og/eller sociale forhold.
- Personale i det primære sundhedsvæsen der tilbyder indsatser målrettet mennesker med kroniske smerter, bør styrke deres viden om smerter, samt behandlingsmuligheder.

Det primære sundhedsvæsen er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og sikrer lige adgang til sundhedsydelse tæt på, hvor befolkningen bor og arbejder. Det primære sundhedsvæsen tilbyder helhedsorienteret forebyggelse, behandling og rehabilitering og udgør både den første kontakt mellem borger og sundhedsvæsen og den løbende og kontinuerlige indsats. Det primære sundhedsvæsen består af indsatser i kommuner, almen praksis, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle mv. og understøttes af udgående funktioner, rådgivning mv. fra sygehusene.

Hovedparten af mennesker med kroniske smerter behandles i dag i det primære sundhedsvæsen. Almen praksis bør i forløb for mennesker med kroniske smerter fungere som tovholder for et sammenhængende patientforløb. Det forudsætter, at de har

kendskab til patienten og overblik over den samlede sundhedsfaglige indsats. I disse tilfælde er almen praksis ansvarlig for, at der løbende følges op på de iværksatte indsatser. Nogle behandlingsforløb for mennesker med smerter indledes for eksempel hos en kiropraktor eller en fysioterapeut.

Ingen enkeltstående indsatser er tilstrækkelige til at behandle patienter med komplekse kroniske smerter, der typisk varetages bedst ved en mange-facetteret indsats, som kan imødekommes med en tværfaglig tilgang<sup>(31)</sup>. Indsatserne kan ligge på forskellige tidspunkter i forløbet. Nogle har behov for flere indsatser sideløbende eller fortløbende, og andre vil kun have behov for enkelte indsatser. De relevante indsatser skal vurderes individuelt og differentieres og gradueres efter den enkeltes behov og ressourcer, herunder sundhedskompetencer. For nogle patienter vil det samlede tilbud bestå af forskellige monofaglige indsatser og for andre af for eksempel en tværfaglig kommunal indsats.

Det er uanset væsentligt, at alle involverede faggrupper anlægger en biopsykosocial tilgang i deres behandling og rehabilitering af en patient med komplekse kroniske smerter. Dette medfører et blik og respekt for øvrige relevante indsatser udført af andre faggrupper og forudsætter imidlertid en fælles forståelse, interesse, baggrundsviden, kendskab til tilbud og kompetencer samt koordinering på tværs af fagpersoner og sektorer.

Målet med den tværfaglige smertebehandling, der kan opnås gennem en biopsykosocial tilgang, er at symptomlindre og rehabiliter mennesker med kroniske smerter, herunder at øge funktionsevnen og dermed støtte den enkelte i at leve et meningsfuldt liv på trods af smerter. Dette blandt andet ved at tilbyde patienten en behandling, der tilstræber optimal smertelindring, reducerer belastninger og samtidig styrker egne ressourcer<sup>(31)</sup>. En forudsætning for dette, er at der sikres en relevant dialog og kommunikation mellem de involverede aktører. Dette kan understøttes via eksisterende formelle kommunikationsværktøjer.

For at understøtte helhedsorienterede, sammenhængende og koordinerede forløb, er det afgørende, at de involverede aktører ved, hvilke kommunikationsværktøjer der kan understøtte vidensdeling på tværs. Derudover hvor de kan søge faglig sparring og rådgivning om komplekse kroniske smerter og relevante faglige indsatser. De eksisterende nationale kommunikationsredskaber inden for sundhedsvæsenet giver mulighed for at sygehuse, kommuner og almen praksis samt dele af den øvrige praksissektor, kan kommunikere om patienten med patientens samtykke<sup>10</sup>. De mest anvendte kommunikationsredskaber er korrespondancemeddelelse, genoptræningsplan, attester samt den afklarende samtale i kommunen.

<sup>10</sup> Der er enkelte undtagelser, hvor der kan udveksles oplysninger uden samtykke jf. Retssikkerhedslovens § 11 c, Sundhedslovens § 41 stk. 2 og Servicelovens §153.

Anvendelsen af en fælles forståelsesramme og begrebsmodel som ICF er ligeledes et værktøj, der kan være med til at mindske dele af de organisatoriske udfordringer, som beskrevet ovenfor.

Da patienter med komplekse kroniske smerter, ofte har behov for indsatser flere forskellige steder, er der stort behov for øget kommunikation mellem de involverede faggrupper for at sikre forløb der er sammenhængende og velkoordinerede. Ved at lave et lokalt samarbejde mellem almen praksis, relevante kommuner og relevante faggrupper i den øvrige primære sektor, skabes en ramme for tværfaglige og -sektoriel dialog og sparring, samt for at afklare snitflader og rollefordelinger, der kan være med til at understøtte det sammenhængende forløb. Her kan der fokuseres på at skabe en løbende dialog og overblik over hinandens tilbud og kompetencer.

Som beskrevet i kapitel 5, har mennesker med kroniske smerter brug for lindring og støtte tidligt i forløbet, og bør ikke vente med opstart af indsatser til udredningen af smertetilstanden er afsluttet. Mange vil have behov for indsatser tidligt i forløbet, som bør foregå parallelt med afklaring af smerterne i almen praksis eller ved anden relevant speciallæge. Ikke alle patienter med kroniske smerter kan eller skal modtage en indsats på en tværfaglig smertebehandlingsenhed, og der er derfor behov for, at tværfagligheden i indsatsen indtænkes tidligere i forløbet og at indsatsen styrkes, så flere patienter kan få kvalificeret hjælp tidligere. Desuden er der egenbetaling til relevante behandlingsmuligheder i primærsektoren<sup>11</sup>, hvilket kan være en udfordring for nogle mennesker for at få den indsats, de har behov for. Dette er en medvirkende faktor til social ulighed i sundhed(2).

Ovenstående taler ind i den udvikling, som sundhedsvæsenet undergår i disse år, hvor der er fokus på omstilling til det primære sundhedsvæsen, med mere behandling, der foregår tæt på patienten. Nedenfor beskrives relevante indsatser i det primære sundhedsvæsen for mennesker med kroniske smerter.

## 6.1. Tidlig kommunal indsats

Den del af indsatserne i det primære sundhedsvæsen, der foregår i kommunerne, sker ofte med udgangspunkt i den afklarende samtale. Her planlægges forløbet og formålet er gennem dialog at opnå en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for borgeren og målsætninger med deltagelse i indsatserne. Tilbud kan være kommunale indsatser med fremmøde, telemedicinsk støttede indsatser i hjemmet eller aktiviteter i privat- eller foreningsregi, alt afhængigt af borgerens behov og sundhedskompetence. Den afklarende samtale tilrettelægges med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for*

<sup>11</sup> For eksempel 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).

*behovsvurdering i den afklarende samtale* og bør komme grundigt omkring de fire gensidigt overlappende områder funktionsevne, hverdagsliv, risikofaktorer og sygdomssituation.

Alle kommuner har indsatser til borgere med kronisk sygdom, der omfatter forebyggelse, behandling, træning og rehabilitering, blandt andet som en del af målgruppespecifikke forløbsprogrammer. Men der er stor variation mellem kommunernes tilbud til mennesker med kroniske smerter. Nogle kommuner har kun meget begrænsede tilbud til mennesker med kroniske smerter, hvor andre kommuner tilbyder forløb specifikt målrettet mennesker med kroniske smerter og andre igen har generelle forløb, som tilbydes flere målgrupper, blandt andet mennesker med kroniske smerter. Der er behov for, at de gode eksempler bliver fremhævet, så de kan inspirere til ensartede tilbud af høj kvalitet.

#### **Eksempler fra kommuner**

Der er eksempler på kommunale rehabiliteringsforløb målrettet borgere med kroniske smerter, hvor der både er individuelle samtaler og gruppeforløb med undervisning/dialog for eksempel om hvad smerte er og om mekanismen bag, tanker og adfærd ift. smerter, fysisk aktivitet og behandling af smerter mv. Dertil supplerende forløb/moduler med tidsbegrænset træning, søvnhåndtering, energiforvaltning, mindfulness mv. I grupperne er der mulighed for at møde andre i samme situation mhp. erfaringsudveksling. Forløbenes længde er ca. 3 måneder og forestås ofte af fysioterapeuter. Nogle kommuner tilbyder kurser som 'Lær at tackle kroniske smerter' med fokus på, at borgerne lærer at tackle de problemer og udfordringer, der følger af kroniske smerter, med forskellige teknikker. Disse kurser varetages peer-to-peer dvs. støtte, der gives og modtages mellem personer, der deler baggrund eller erfaringer relateret til for eksempel etnicitet, sygdom eller socioøkonomisk baggrund. Nogle kommuner tilbyder 'Åben og rolig', som er et koncept hvor gruppeundervisningen er centreret omkring meditation og målrettet mennesker med stress, men har strategier og værktøjer til fælles med dem, der benyttes indenfor smerteområdet. En del mennesker med kroniske smerter opfylder også kriterierne for stress. Disse kurser varetages af en instruktør med psykologfaglig baggrund.

Nogle kommuner giver mulighed for, at borgerne kan henvende sig direkte til kommunens forebyggelsestilbud til en afklarende samtale. For de fleste sker det dog efter henvisning fra enten almen praksis eller sygehuset. Almen praksis bør altid modtage en tilbagemelding fra kommunen, også for patienter, der henvises af sygehus eller selv henvender sig til kommunen.

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



relevans og effekt af de iværksatte indsatser. I dialogen kan almen praksis samtidig videregive relevant information om patienten, med borgerens samtykke. Igangsættes en indsats i kommunen ved at borgeren selv henvender sig, er det omvendt vigtigt at borgerens praktiserende læge inddrages.

Der bør dog være opmærksomhed på, at borgerne ikke altid er motiverede for en indsats, hvis deres tilstand ikke er afklaret, idet de ofte venter på et svar, der kan forklare årsagen til smerterne og dermed også en konkret behandling, der kan afhjælpe smerterne.

Forløbsprogrammer beskriver blandt andet opgavefordeling samt koordinering, samarbejde og kommunikation mellem sygehuse, praksissektoren og kommuner for specifikke problemstillinger, for eksempel lænderyglidelser. Det er derfor væsentligt, at der ved etablering af kommunale indsatser til mennesker med kroniske smerter, koordineres med sådanne evt. målgruppespecifikke forløbsprogrammer.

## 6.2. Biopsykosociale indsatser

I det følgende inddeles indsatserne i det primære sundhedsvæsen efter indsatsens primære fokusområde målrettet henholdsvis fysiske, psykologiske eller sociale forhold. Jf. den biopsykosociale tilgang er det dog væsentligt at understrege, at komplekse kroniske smerter er et sammensat fænomen af alle tre komponenter og dermed at nogle indsatser vil påvirke forhold i de øvrige komponenter. Overordnet bør indsatserne være tidsbegrænsede med fokus på at tilstræbe at give mere selvstændighed til patienten ved blandt andet at inddrage patientens perspektiver, støtte op om et aktivt liv med meningsfulde aktiviteter, trods smerter samt ved at gå fra behandlingstiltag hvor patienten forholder sig passivt til indsatser med aktiv involvering. Mange kan selv bidrage til at afhjælpe eller reducere smerterne og der er derfor behov for, at sundhedsvæsenet i højere grad yder støtte til egenomsorg.

### 6.2.1. Indsatser målrettet fysiske forhold

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

Indsatsen målrettet fysisk aktivitet indeholder en række forskellige elementer blandt andet progressiv styrke- og konditionstræning, graderet aktivitetsregulering, vejledning om hensigtsmæssig adfærd, hjælp-til-selvhjælp, undervisning i smerteforståelse og smertehåndteringsteknikker. Patientuddannelsen kan for eksempel være pain neuroscience

education (PNE), som er en undervisningsstrategi til mennesker med muskelskelettsmerter under den biopsykosociale tilgang. Forståelse for egen situation og opmærksomhed på forværrende og forbedrende faktorer er en vigtig del af behandlingen. Med en klar kommunikation er det vigtigt at sikre, at patienten forstår og kan håndtere samt se en mening med sin situation og det igangværende behandlingsforløb.

Indsatserne relateret til fysisk aktivitet kan gennemføres som individuelle indsatser eller sammen med andre på hold med mulighed for netværksdannelse og erfaringsudveksling.

Indsatser målrettet fysiske forhold til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af fysioterapeuter, kiropraktorer og ergoterapeuter.

#### *Henvisning*

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

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

#### **6.2.2. Indsatser målrettet psykologiske forhold**

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

Den psykologiske vurdering omfatter identificering, forebyggelse og behandling af psykologiske følger (angst, depression, katastrofetanker m.m.) samt vurdering af patientens accept og mestring af tilstanden(31).

Symptomer der behandles gennem psykologiske indsatser kan for eksempel være søvnproblemer, ængstelse, ændret selvbillede og relationelle vanskeligheder. Derudover kan

den psykologiske smertebehandling bestå af blandt andet kognitive vurderinger i fm. arbejdsevne eller overgang til egentlig psykiatri. Metoderne kan blandt andet være information, psykoedukation, træning af mestringsstrategier, afklarende psykoterapi, eksistentiel terapi samt kognitiv adfærdsterapi for eksempel ACT (Acceptance and Commitment Therapy) som sætter fokus på påvirkningen af og sammenhængen imellem følelser, tanker og handlinger. Der arbejdes blandt andet med aktivitetsregulering og med fokus på hensigtsmæssig mængde aktivitet og hvile.

Af andre indsatser målrettet psykologiske forhold som ofte varetages af andre faggrupper end psykologer kan nævnes mindfulness, afspænding, sanseintegration, stresshåndtering og undervisning om forståelse og håndtering af kroniske smerter, psykoedukative forløb med fokus på mestring og egenomsorg, herunder læring om egen helbredssituation samt at navigere i sundheds- og socialvæsenet.

Indsatser målrettet alvorlige psykologiske forhold til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af psykologer. Sundhedspsykologi er den specialistuddannelse indenfor psykologifaget, der har smerter som speciale. Andre faggrupper som for eksempel ergoterapeuter kan varetage forløb med indsatser målrettet psykologiske forhold med mindre alvorlighedsgrad. Denne indsats vil typiske finde sted i kommunalt regi eller i regi af en regional tværfaglig smertebehandlingssenhed.

#### *Henvisning*

Mennesker med kroniske smerter med behov for indsatser målrettet psykologiske forhold, kan søge hjælp hos en privatpraktiserende psykolog. Nogle kommuner har etableret en indsats, hvor der tilbydes ydelser hos en psykolog, ved en ekstern leverandør, for udvalgte borgere, som er under afklaring i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet. Almen praksis kan ikke henvise til konkrete indsatser i kommunalt regi, men kan henvise til den afklarende samtale, hvor kommunen vurderer det relevante tilbud.

#### **6.2.3. Indsatser målrettet sociale forhold**

Indsatser målrettet sociale forhold for mennesker med kroniske smerter har oftest som mål at muliggøre deltagelse i betydningsfulde aktiviteter i hverdagslivet, herunder arbejdslivet. Klarhed over sociale forhold har stor indflydelse på patienters livskvalitet.

Aktivitetstræning kan være en forbedring af funktionelle færdigheder relateret til egenomsorg. Dette omtales også som Almindelig Daglig Levevis (eng. Activities of Daily Living, ADL), og dækker for eksempel personlig hygiejne, påklædning, madindtag og søvn. Aktivitetstræning udføres med høj overførselsværdi til hverdagslivet (for eksempel i eget hjem, på arbejdspladsen eller i en institution), så de nye færdigheder, strategier og teknikker bliver implementeret, hvor de skal bruges.

Indsatserne kan være en kompensatorisk strategi, som indeholder adaptive/kompenserende tiltag i forhold til personen, aktiviteten og omgivelserne eller en genoprettende strategi, som tilsigter at genopbygge færdigheder, personlige roller og evnen til værdibaseret handling i hverdagen(32,33). Desuden indgår blandt andet energibesparende metoder og

energiforvaltning, styrket smertemestringsevne samt anvendelse af hjælpemidler og tilpasning af fysiske omgivelser også som vigtige elementer i indsatser målrettet sociale forhold. Derudover anvendes aktivitetsregulering (activity pacing) og aktivitetsgraduering (graded activity)(34,35) som metode til mennesker med kroniske smerter.

Arbejde er for mange mennesker en væsentlig del af identiteten og for mange opleves kontakt til arbejdsmarkedet som et sundhedstegn. Der opstår dog ofte en udfordring i, at sundhedsprofessionelle, patient/borger og socialrådgiver i beskæftigelsesafdelingerne har forskellige forståelser, kriterier og formål med forløb. Sundhedsprofessionelle ser patienten ud fra et sundhedsperspektiv, socialrådgiveren ud fra et socialt/samfundsperspektiv og borgeren/patienten står i midten og skal forsøge at navigere, hvilket kan være udfordrende for patienter med kroniske smerter. For at sikre den nødvendige hensyntagen til den enkelte borgers helbred, har kommunerne mulighed for at indhente sundhedsfaglig rådgivning og vurdering ved en Socialmedicinsk Klinik i regionen samt fra borgerens praktiserende læge i sager vedrørende jobafklaring, ressourceforløb, fleksjob og førtidspension.

Der er via beskæftigelseslovgivningen forsøgt, at skabe muligheder for at fastholde kroniske smertepatienter på arbejdsmarkedet. Dette for at skabe rum og mulighed for, at den enkelte kan forsætte sit arbejde, på vilkår der er forenelige med den enkeltes tilværelse, med henblik på at skabe arbejdsfastholdelse. Dette sker i samarbejde med jobcenteret, der har mulighed for at tilbyde en række indsatser, afhængigt af den enkeltes behov. Dette kan for eksempel være i form af hjælpemidler, personlig assistance på arbejdspladsen, individuel arbejdstilrettelæggelse, rundbordssamtale med relevante aktører omkring borgeren revalidering (omskoling til andet mere skånsomt erhverv eller opgaver) og smertetacklingsforløb med mere(36–38). Det stiller dog krav til, at arbejdsmarkedet i større omfang kan rumme jobs med mulighed for nedsat tid og fleksible arbejdsforhold samt at arbejdsgiverne har en større viden om kroniske smerter. Såfremt det, på trods af forskellige foranstaltninger, ikke er muligt at opnå beskæftigelse på ordinære vilkår, kan kommunen afklare, hvorvidt den enkelte borger er i målgruppen til for eksempel et fleksjob.

#### **Eksempler på tiltag med fokus på arbejdsfastholdelse**

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

Ved mistanke om en arbejdsbetinget lidelse hos en borger, kan praktiserende læger, speciallæger, fagforeninger, Arbejdsskadestyrelsen eller arbejdsmiljøorganisationen, på den enkelte arbejdsplads, henvise til en undersøgelse ved en af landets 8

arbejdsmedicinske klinikker. Udover at undersøge om en persons sygdom skyldes arbejdsmiljøet, kan klinikkerne blandt andet rådgive om fremtidige erhvervsmuligheder og informere arbejdspladsen om forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer.

Fastholdelse på arbejdsmarkedet er både til fordel for den enkelte, men også for samfundet ud fra et økonomisk perspektiv. Det er vigtigt, at jobcentrene, eller en kommende tilsvarende funktion, benytter den fleksibilitet, der allerede ligger i lovgivningen ift. at have samtidige indsatser, eksempelvis genoptræning, som gives efter sundhedsloven, og beskæftigelsesindsatser, som gives efter lov om aktiv beskæftigelse, så man sikrer en glidende overgang. Desuden er det vigtigt, at indtænke en beskæftigelsesindsats, eks. tilbagevenden til arbejde, som en del af et genoptræningsforløb. Således at der ikke først påbegyndes at genoptage tilbagevenden til arbejdet når personen er helt rask, men justeres til for eksempel en gradvis tilbagevenden, eks. både ift. tid (længde og placering på dagen), men også ift. hvilke opgaver, der kan løses. Gradvis tilbagevenden kan måske være med til at sikre en vis fastholdelse til arbejdsmarkedet også for de borgere, der aldrig kommer fuldstændig tilbage til jobbet.

#### **Eksempel på sammenhæng mellem forvaltninger**

I Køge Kommune er der et tæt samarbejde mellem jobcenteret og den kommunale træningsenhed. Jobcenteret har valgt at tilkøbe ydelser af træningsenheden, indenfor beskæftigelsesområdet. Sagsbehandleren fra jobcenteret har mulighed for at deltage i start samtalen, så der sikres sammenhæng i forløb, og enighed om mål og retning mellem borger, træningsenhed og jobcenter. Denne praksis er med til at understøtte personcentrerede, individuelt tilrettelagte forløb, hvor der er god mulighed for løbende dialog om tilpasning af tilbud og forløbslængde med udgangspunkt i individuelle behov.

Indsatser målrettet sociale forhold til mennesker med kroniske smerter vil typisk blive varetaget af socialrådgivere og ergoterapeuter.

#### *Henvisning*

Almen praksis kan henvise til steder, hvor der tilbydes ergoterapi til mennesker med kroniske smerter via regionale behandlingsenheder, kommuner og privathospitaler.

Almen praksis kan ikke henvise til kommunale indsatser på beskæftigelsesområdet. Der kan gøres brug af LÆ 165 'Forslag til socialmedicinsk sagsbehandling', hvor kommunen kan gøres opmærksom på særlige udfordringer samt foreslås en rundbordsamtale, hvor formålet er at lave en handleplan for personens fremtidige arbejdssituation.

#### *Farmakologisk behandling*

Behandling af kroniske smerter bør overvejende være non-farmakologisk, men afhængigt af tilstanden og hvorvidt der er tale om simple eller komplekse kroniske smerter, kan der også være behov for farmakologisk behandling til at lindre smerterne. Den farmakologiske behandling af kroniske smerter er væsentlig anderledes end behandlingen af akutte

smerter. Behandlingen er individuel og afhænger af en faglig vurdering, der foretages i samarbejde mellem patienten og den behandlende læge.

For specifik vejledning af farmakologisk behandling af kroniske smerter henvises der til de forskellige behandlingsvejledninger for eksempel udarbejdet af faglige selskaber. Der henvises desuden til Smerteguiden for sundhedsprofessionelle med nationale anbefalinger om smertebehandling(39) og Sundhedsstyrelsen har endvidere i 2023 igangsat udarbejdelse af nationale kliniske anbefalinger for farmakologisk behandling af smerter.

### 6.3. Styrket vidensgrundlag

Smertevidenskab er komplekst og har haft stor forskningsmæssig interesse. Med ny forskning på området, er der et behov for en faglig ajourføring, blandt de dele af forskellige faggrupper, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter.

#### **Eksempel fra almen praksis**

Der eksisterer forskellige tiltag med kompetenceudvikling af praksislæger og -personalet gennem blandt andet efteruddannelse i regi af PLO. For eksempel afholder Midt-Kraft, (Kvalitetsenheden for almen praksis i Region Midtjylland), dagskurser for læger vedr. patienten med kroniske smerter. Kurset har fokus på, hvordan den praktiserende læger og praksispersonalet kan hjælpe patienter med kroniske smerter og giver dem kompetencer til bedre at forstå patienternes komplekse tilstande. Der undervises blandt andet i forståelse af smertens ætiologi og non-farmakologisk behandling, herunder psykoedukation, fysisk aktivitet, fremme af patientens egenomsorg mv. Der er gode eksempler fra praksis på, hvordan indsatsen til patientgruppen i almen praksis er blevet styrket efter korte kompetenceudviklingsforløb.

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. Herunder udbredelse af viden om effekten af en tværfaglig tilgang til patienterne ud fra den biopsykosociale tilgang, med fokus på hvordan både farmakologiske og non-farmakologiske indsatser, kan bidrage til udredning og behandling af patienter med kroniske smerter.

## 7. Indsatser i regi af smertebehandlingsenheder

### Anbefalinger:

- Ved henvisning til en smertebehandlingsenhed bør den henvisende læge have kendskab til patientens biopsykosociale situation, som beskrives i henvisningen.
- Smertebehandlingsenhederne bør tilbyde indsatser til patienter med kroniske komplekse smerter tilrettelagt efter de individuelle biopsykosociale behov. Regioner og private udbydere bør sikre, at der udarbejdes faglige retningslinjer, så indsatserne i smertebehandlingsenheder har ensartet høj kvalitet
- Smertebehandlingsenhederne følger løbende op på patientforløbene og afslutter patientforløb ved manglende effekt af behandlingen. Afslutning af patientforløb sker under forudsætning af, at smertebehandlingsenheden udarbejder en udførlig plan for den videre farmakologiske og non-farmakologiske behandling, som videreformidles til almen praksis og andre relevante aktører.
- Smertebehandlingsenhederne samarbejder med almen praksis og kommunerne ift. behov for indsatser i det primære sundhedsvæsen gennem behandlingsforløbet i smertebehandlingsenheden og i forbindelse med opfølgningen
- Regionerne udarbejder klare aftaler for samarbejdet for at understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem smertebehandlingsenhederne og henholdsvis almen praksis og kommunerne, herunder hvordan der sikres let adgang til rådgivning i smertebehandlingsenhederne
- Snitfladen mellem kroniske smerter og funktionelle lidelser: I hver region bør der arbejdes for et bedre samarbejde på tværs, både i forhold til en fælles forståelse og formidling af primære kroniske smerter/funktionelle lidelser og i forhold til afklaring af snitflade og rette behandlingstilbud for den enkelte patient. Der bør udarbejdes en regional forløbsbeskrivelse, der vejleder om snitfladen og henvisning.

Et behandlingsforløb i en smertebehandlingsenhed tilbydes som udgangspunkt først, når patienten er færdigtudredt, og mere generelle behandlingsmuligheder er afprøvet. Efter endt behandling i smertebehandlingsenheden opfølges der både i almen praksis og kommunerne og der er derfor behov for et godt samarbejde på tværs af sektorerne. Der er desuden behov for tiltag og en organisering, der sikrer, at de rette patienter kan tilbydes



et forløb i en smertebehandlingsenhed, når det vurderes relevant og uden unødvendig ventetid.

## 7.1. Organisering af smertebehandlingsenheder

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

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

I tilfælde med sværere komplekse kroniske smerter, hvor smerterne er ledsaget af alvorlige sociale og psykologiske problemer med konsekvenser for arbejdsliv og livskvalitet, kan der være behov for en tværfaglig behandlingsindsats i en smertebehandlingsenhed, hvor der tilbydes helhedsorienterede evidensbaserede indsatser, med fokus på både biologiske psykologiske og sociale faktorer.

De tværfaglige smertecentre/-klinikker fungerer som ekspert-/videnscentre og består af specialuddannede fagpersoner, typisk speciallæger, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, sygeplejersker og evt. andre sundhedsprofessionelle uddannet i smertevidenskab. Et tværfagligt smertecenter er tilknyttet en sygehusafdeling, for eksempel som et ambulatorium under anæstesiologisk afdeling. Den tværfaglige smerteklinik har, til forskel for et tværfagligt smertecenter, ikke forsknings- og uddannelsesforpligtelse, men derudover er funktionsområderne ens. Generelt gælder det, at de tværfaglige smertebehandlingsenheder varetager behandling af patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter, som har været mere end seks måneder og hvor monofaglig smertebehandling ikke har haft effekt.

Ventetiderne til tværfaglig behandling i en smertebehandlingsenhed varierer, både på tværs af landet og mellem private og offentlige behandlingsenheder. Der opleves nogle steder i landet udfordringer med lange ventetider til behandling på smertebehandlingsenheder pga. begrænset kapacitet. De aktuelle ventetider kan søges frem på [Mit Sygehusvalg](#). Undersøgelser har vist, at længere ventetid mellem specialisthenvielse og specialtistkonsultation resulterer i dårligere helbred og smertebehandling og risiko for, at der er udviklet en øget kompleksitet af smerterne, når patienten kommer til konsultation. Det er derfor meget vigtigt, at de personer, der har behov for at blive fulgt i smertecentrene, ikke oplever for lang ventetid.(40).



Organiseringen af smertebehandling på hospitaler og sygehuse er nærmere beskrevet i specialeplanen for det anæstesiologiske speciale(41). Der henvises til kapitel 3 for beskrivelse af simple og komplekse kroniske smerter.

## 7.2. Henvisning til en smertebehandlingsenhed

En patient med komplekse kroniske smerter kan henvises til et forløb i en smertebehandlingsenhed, hvis patienten er motiveret og følgende forudsætninger er opfyldt (fra [Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Anæstesiologi](#), 2018):

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

De regionale smertebehandlingsenheders krav til henvisningsoplysninger er i store træk enslydende, men der bør være opmærksomhed på, at der kan være varians på tværs. En grundig beskrivelse af, hvordan patienten er belastet af sine smerter vil oftest være et krav, men det kan være en fordel at kontakte de relevante smertecentre eller besøge deres hjemmesider for at få information om de specifikke krav. Derudover ligger der en vejledning på [sundhed.dk](#). Det er vigtigt, at den henvisende læge (praktiserende læge eller sygehusafdeling) har kendskab til hele patientens helbredssituation, så oplysningerne i henvisningen er fyldestgørende for at smertebehandlingsenheden kan vurdere, om de generelle henvisningskravene er opfyldt og for at kunne tilbyde patienten et relevant forløb.

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

I tilfælde hvor den henvisende læge støder på udfordringer i forhold til gældende henvisningskrav, anbefales det, at der tages kontakt til de tværfaglige smertebehandlingsenheder for rådgivning, for at undgå unødvendig ventetid og afviste henvisninger. Smertebehandlingsenheden bør ligeledes tage kontakt til henvisende læge, hvis der mangler information i henvisningen o.l.

### 7.3. Indsatser i tværfaglige smertecentre

De generelle behandlingsmål for et tværfagligt forløb i en smertebehandlingsenhed er at lindre smerterne så meget som muligt, give patienterne en forståelse for smertetilstanden og de udfordringer, der følger med langvarige smerter, hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt, lære patienten at prioritere hvad vedkommende bruger sin energi på og at undgå sygeliggørelse af smertetilstanden.

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

Kvaliteten i behandlingsindsatsen varierer imidlertid på tværs af smertebehandlingsenhederne. For at opnå en ensartet høj kvalitet bør der derfor udarbejdes fælles faglige retningslinjer for behandlingsindsatsen, hvilket er en regional opgave.

Ved afslutning af forløbet foretager smertebehandlingsenheden en helhedsorienteret afrunding og tager stilling til behov for opfølgning hos egen læge eller kommunen. Patienten skal have grundig information om det videre forløb, som informeres og evt. drøftes med egen læge og kommunen, herunder mulige opfølgende kommunale indsatser for eksempel støtte ift. sociale og arbejdsrelaterede problemstillinger.

For at opnå den bedste effekt af behandlingsforløbet er patientens parathed og motivation en vigtig faktor. Det er derfor væsentligt med løbende opfølgning af hvorvidt patienten vil have gavn af at fortsætte i behandlingsforløbet eller der er behov for anden indsats i stedet. Der bør derfor foretages regelmæssig status på alle patienter, så patienter afsluttes, hvis der mangler fremdrift i forløbet eller der opleves stagnation i behandlingsindsatsen. Disse patienter bør afsluttes, også selvom de ikke har fået det væsentlig bedre, men med mulighed for genhenvielse.

En gruppe af særligt sårbare patienter kan have komplekse helbredsmæssige problemer, herunder flere samtidige sygdomme (komorbiditeter), der gør det svært at definere, hvornår behandlingsmulighederne er udtømte eller det videre forløb vurderes at være uden mulighed for at kunne give patienten yderligere nytte eller indsigt. Denne kompleksitet kan kræve en mere individualiseret og fleksibel tilgang til behandlingen for at sikre, at relevante sundhedsprofessionelle eller almen praksis overtager videre forløb eller behandling.

## 7.4. Tværsektorielt samarbejde, herunder rådgivning

### *Samarbejde med almen praksis*

Så længe patienten er tilknyttet en smertebehandlingsenhed, er det den behandlingsansvarlige læge, der har ansvaret for smertebehandlingen. Patientens egen læge har behandlingsansvaret forud for forløbet i smertebehandlingsenheden. Når patientens forløb i smertebehandlingsenheden afsluttes, overtager den praktiserende læge igen behandlingsansvaret for den videre behandling efter anbefalinger fra smertebehandlingsenheden.

Der er behov for et tæt samarbejde mellem almen praksis og smertebehandlingsenhederne for at almen praksis skal kunne varetage behandling forud for evt. henvisning til forløb i en smertebehandlingsenhed og for at kunne yde en opfølgende indsats efter forløbet i smertebehandlingsenheden. Dette kan både understøtte, at flere-de rette patienter håndteres i almen praksis og at de rette patienter bliver henvist til smertebehandlingsenhederne. For at styrke opfølgningen i almen praksis efter endt behandling, bør smertebehandlingsenhederne overlevere fyldestgørende information om selve behandlingsforløbet og den videre farmakologiske- og non-farmakologiske plan. Der er gode praksiseksempler på tætte samarbejder med almen praksis ift. at overtage patientens behandling efter endt forløb i en smertebehandlingsenhed, hvor overtagelsen er blevet afhjulpet med grundige udskrivnings-/behandlingsplaner, samt mulighed for telefonisk sparring og vejledning.

### *Samarbejde med kommuner*

For flere patienter tilknyttet de tværfaglige smertebehandlingsenheder kan der være behov for kommunal støtte undervejs i forløbet og efter endt forløb i en smertebehandlingsenhed. En udfordring kan være, at kommunen mangler viden om patienternes smertetilstand, hvilket kan vanskeliggøre sagsbehandlingen ift. at kunne yde sideløbende sociale indsatser. Det er derfor vigtigt, at der i smertebehandlingsenhederne også er fokus på overlevering af information til kommunen. En socialrådgiver eller fagperson med lignende kompetencer tilknyttet smertebehandlingsenheden vil kunne varetage en dialog med kommunen om, hvor patienten er i sit forløb og følgerne af smerterne mhp. bedre at kunne yde patienterne den rette støtte. Dette kræver samtykke fra patienten. Der bør ligeledes være mulighed for, at kommunerne kan indhente rådgivning om patienterne hos smertebehandlingsenhederne ift. sideløbende og opfølgende behandling mv. Der er således behov for at styrke et tæt samarbejde mellem smerteenhederne og kommunerne ift. de patienter, der har behov for ekstra støtte, er erhvervstruede mm.

### *Aftaler om tværsektorielt samarbejde*

Det er vigtigt, at der er klare aftaler for samarbejdet mellem smertebehandlingsenhederne, almen praksis og kommunerne. Der bør udarbejdes samarbejdsaftaler eller forløbsbeskrivelser i alle regioner, hvilket også gælder for samarbejdet med de private smertebehandlingsenheder. Det er væsentligt, at behandlingsindsatser i såvel de private som i de offentlige smertebehandlingsenheder har samme høje kvalitet og de private enheder bør derfor også være omfattet af de faglige retningslinjer, samarbejdsaftaler o.l. l

Region Midtjyllands forløbsbeskrivelse indgår eksempelvis beskrivelse af forløb i privat-hospital.

Almen praksis og kommuner bør i alle regioner have let adgang til rådgivning hos en smertebehandlingsenhed. Der er flere steder i landet allerede etableret mulighed for at fagpersoner kan få telefonisk specialistrådgivning hos en smertebehandlingsenhed. I Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark er der udarbejdet forløbsbeskrivelser for behandlingen af patienter med komplekse kroniske smerter i smertebehandlingsenhederne, hvoraf det fremgår, at der bør være mulighed for rådgivning fra smertebehandlingsenhederne telefonisk eller via korrespondancebreve (42,43)<sup>12</sup>.

Smertebehandlingsenhederne bør også bidrage til opkvalificering af almen praksis og kommunerne til at varetage patienter med kroniske smerter. Flere både offentlige og private tværfaglige smertebehandlingsenheder tilbyder efteruddannelse af regionens praktiserende læger eller afholder årlige samarbejds møder med praktiserende lægers lokale klyngegrupper og smerteklinikkerne med fokus på faglig opdatering.

#### **Eksempler på tværsektorielt samarbejde**

Tværfagligt Smertecenter (TSC), Aalborg Universitetshospital og Nord-KAP har et samarbejdsprojekt, der har til formål at øge samarbejdet mellem almen praksis og det tværfaglige smertecenter samt sikre, at flest mulige får den rette behandling på det rette tidspunkt. Der er fokus på efteruddannelses tilbud til læger om smerter i en biopsykosocial sammenhæng samt non-farmakologiske tilbud til patienter og pårørende. Der er endvidere oprettet en hotline i smertecentret til læger, der har behov for rådgivning i forhold til henvisning, smertemedicinering eller andet.

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

I Smertecenter Syd arbejdes der med, at patienten selv tilegner sig redskaber til at handle og agere bedst muligt i eget liv. Det er vurderet hensigtsmæssigt for patientens liv på den lange bane, at arbejdet med patienternes egne handlekompetencer foregår i et samarbejde med jobcenteret. Der arbejdes med at styrke den enkeltes empowerment i eget liv (44). I situationer hvor patienten er særligt udfordret eller hvor der kan være

<sup>12</sup> Region Midtjyllands forløbsbeskrivelse: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/kroniske-smertepatienter/>

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

særlige behov, kan socialrådgiverne medvirke til samarbejdet ved for eksempel at give information om patientens forløb og sygdomsbillede.

Tværfagligt smertecenter i Næstved har konferencer med Familieambulatoriet, Psykiatrisk klinik i Næstved samt center for senfølger efter kræftsygdom. Disse konferencer medvirker til at øget samarbejde og forståelse, der giver bedre forløb for patienterne.

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

Organiseringen af behandlingstilbud til mennesker med primære kroniske smerter er meget forskelligt nationalt set. Grundet det store overlap i symptomer hos mennesker med kroniske smerter og funktionel lidelse vanskeliggøres både stillingtagen til henvisning til enten behandlingstilbud i smerteregi eller for funktionelle lidelser og en afgrænsning af de to målgrupper. Der er etablerede klinikker/centre for funktionelle lidelser og smertetilbud i hver region, men et meget forskelligt samarbejde om, hvilke patienter skal henvises til og behandles i de to tilbud. Dette er en stor udfordring for både almen praksis eller andre læger, som henviser, men også for patienter samt patientforeninger ift. at anbefale den rette behandling. Oveni denne organisatoriske udfordring vil også forskelle i forklaringsmodeller som fundament for sygdomsforståelse, tilgang og prognose være afgørende. Det anbefales derfor, at der fremadrettet arbejdes for et bedre samarbejde på tværs, både i forhold til en fælles forståelse og formidling af primære kroniske smerter/funktionelle lidelser og i forhold til afklaring af snitflade og rette behandlingstilbud for den enkelte patient. Dette anbefales som udgangspunkt iværksat lokalt i hver enkelt region med udarbejdelse af en fælles forløbsbeskrivelse, der vejleder omkring snitflade og henvisninger. Dette også med henblik på et mere udvidet og ensartet nationalt samarbejde på sigt.

## 8. Indsatser i forbindelse med operationer

### Anbefalinger

- Der bør foretages grundig præoperativ smerteanamnese med en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang
- Der bør gives fyldestgørende præoperativ information om de planlagte kirurgiske procedurer, forventet postoperativt forløb samt smertelindring til patienten
- Hvis der opstartes behandling i kirurgisk regi med opioider, skal der også udarbejdes en behandlingsplan af kirurgen, der blandt andet indeholder en aftrappingsplan
- Der bør være mulighed for tilgængelig faglig sparring for almen praksis hos et smertecenter, hvis der er udfordrende forløb ift. aftrapning af opioidbehandling efter en operation og der ikke er tvivl om postkirurgiske komplikationer.

Et liv med kroniske smerter, kan som tidligere beskrevet have betydelige konsekvenser og udfordringer for såvel patienter som deres pårørende. Det er derfor af afgørende betydning, at minimere antallet af mennesker, der udvikler kroniske smerter.

Efter en planlagt operation er der en gruppe af patienter, der oplever udviklingen af kroniske smerter i efterforløbet. Undersøgelser viser, at afhængig af typen og årsagen til det kirurgiske indgreb er det mellem 10 og 70% af patienterne, som udvikler postkirurgiske kroniske smerter(45). Den store forskel i udviklingen af postkirurgiske kroniske smerter illustrerer, at årsagerne er multifaktorielle og at, selv om studier viser populationssammenhæng mellem risiko for udviklingen af kroniske smerter med faktorer som alder, køn, præoperative smerter, psykiske faktorer og operationstype, kan de ikke anvendes til at forudse den enkelte patients risiko(45,46). Dog kan en grundig præoperativ smerteanamnese og en helhedsorienteret biopsykosocial tilgang give den sundhedsfaglige et indblik i opmærksomhedspunkter både ift. mulig risiko for udvikling af kroniske smerter eller risiko for, at allerede eksisterende smerter kan blive komplekse, men også relevante opmærksomhedspunkter i patientens sociale forhold, for eksempel hvorvidt patienten er arbejds-truet.

Der er behov for et særskilt fokus på patienter, der allerede lider af kroniske smerter og er i behandling med smertestillende medicin før en operation. I Danmark er der en høj forekomst af mennesker med kroniske smerter på grund af muskuloskeletale lidelser(4), og

udredningsprocessen og ventetiden på operation kan være lang for disse patienter. Denne gruppe vil udgøre en betydelig andel af de patienter, der gennemgår en operation.

Der er endvidere nødvendigt med et øget fokus på patienternes farmakologiske behandling efter operation, herunder især organiseringen og systematisk opfølgning samt aftrapning af opioider. Langvarig brug af opioider efter kirurgi er et reelt, selvstændigt og voksende problem(47,48) og forbundet med risiko for alvorlige bivirkninger og afhængighed(39). Antallet afhænger af indgrebstype og varierer efter, hvorvidt patienterne allerede præoperativt er i behandling med opioid eller først bliver sat i behandling efter operationen. Før indlæggelse og operation er op til 30% af patienter med kroniske smerter allerede i behandling med opioider, som er blevet påbegyndt i primærsektoren(49). Der opstår i dag ofte den problemstilling, at ansvarsfordelingen mellem det sygehus, der iværksætter smertebehandlingen i forbindelse med kirurgi og den alment praktiserende læge, der skal følge op på forløbet, ikke er fyldestgørende afstemt. For at kunne afhjælpe patienter i risiko for at udvikle kroniske smerter eller afhængighed af opioider, er det afgørende at fokusere på indsatser både før og efter operationen, samt sikre en bedre sammenhæng gennem hele forløbet.

I dette kapitel beskrives de anbefalede tiltag og indsatser for patientgrupper, der skal have foretaget kirurgi. Patientgrupperne omhandler både patienter der allerede lider af kroniske smerter, såvel som dem der inden en operation ikke har kroniske smerter men er i risiko for at udvikle kroniske smerter og/eller opioidafhængighed.

## 8.1. Risikovurdering og smerteafdækning før operationer

Det anbefales generelt, at alle patienter før en planlagt operation, får optaget en smerteanamnese og informeres grundigt om de planlagte kirurgiske procedurer, det forventede postoperative forløb, samt smertelindringen. Utilstrækkelig information præoperativt og postoperativt, manglende erkendelse af smerten i dens kontekst i den akutte fase og u hensigtsmæssig *coping* med de initiale akutte smerter, er alle kendte risikofaktorer for udvikling af en kompleks kronisk smertetilstand(31). Derfor bør patienterne før operationen forberedes med information om både akutte smerter, behandling af smerter under og efter indgrebet, anbefalinger for fysisk aktivitet, samt mulige konsekvenser ved smertestilende lægemidler, særligt vedr. opioider.

Der er et stort sammenfald mellem risikofaktorerne for udvikling af længerevarende opioidforbrug efter kirurgi og risikofaktorerne for at udvikle kroniske postoperative smerter(47). Ud over behandling med opioider forud for en operation er flere faktorer såsom patientens biologiske køn og alder, varighed og intensiteten af smerter, arbejdstyngde, operationstype og -metode samt faktorer som depression, angst, tendens til katastrofetænkning, selv vurderet risiko for misbrug samt brug af alkohol og tobak, risikofaktorer for udvikling af et langvarigt opioid forbrug. Foretages der derfor en grundig præoperativ vurdering med blandt andet fokus på risikofaktorer, vil man kunne være opmærksom på, hvilke faktorer der er modificerbare og derfor vigtige indsatsområder(47).



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

I Region Midtjylland er der ved Center for Planlagt Kirurgi, Silkeborg oprettet et Paincare-team, som består af kirurgiske smertesygeplejersker, forankret i Smerteklinikken. Paincare-teamet har et samarbejde med forskellige kirurger, personale på sengeafsnit samt praktiserende læger. Patienterne visiteres til en Paincare-indsats, når de vurderes til operation. Paincare-sygeplejerskerne kommer derfor i kontakt med patienterne forud for en operation og kan i god tid, og i dialog med patienten, afdække deres smertesituation. I samråd med patienten og anæstesiologen laver sygeplejersken en individuel plan for smertebehandling før og efter operation. Ved behov er der endvidere mulighed for opfølgning vedr. smertebehandlingen efter operation og efter udskrivelse samt støtte til aftrapning af opioider. Ligeledes kan Paincare-sygeplejerskerne understøtte en god overgang til almen praksis i det postoperative forløb for patienter med multisygdom og komplikationer. Der er derudover i regi af Paincare et tilbud til patienter i langvarig opioidbehandling, der skal opereres. Det er en erfaring fra Paincare, at det er væsentligt at skabe tryghed for patienterne i forhold til smertebehandlingen. Dette kan for eksempel gøres ved en opringning en uge inden operationen, hvor der spørges ind til bekymringer.

**8.2. Opfølgning efter operationer, herunder fokus på aftrapning af evt. opioid-behandling og genoptræning***Anbefalinger for kirurger*

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

Under selve operationsforløbet anvendes der ofte opioider til at behandle smerter, der er relateret til operationen og det indledende postoperative forløb. Undersøgelser har vist, at et stort antal patienter vedbliver med at tage opioider måneder til år efter kirurgi(47,50). Jf. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler skal der altid laves en behandlingsplan når der ordineres opioider (51). Derudover skal behandlingsvarigheden ifølge vejledningen begrænses til det akutte behov, for at mindske risikoen for udvikling af afhængighedstilstande. Det er ligeledes fremhævet i vejledningen, at det for eksempel ved sektorovergange eller andre situationer, hvor behandlingsansvaret overgives, er den læge, der hidtil har varetaget behandlingen, der har ansvar for at foreligge en behandlingsplan og for at videreformidle denne, om nødvendigt ved at tage personlig kontakt til den læge, der fremover bliver behandlingsansvarlig(51). I størstedelen af tilfældene vil patienten selv kunne varetage aftrapning ud fra den plan den ordinerende læge har lagt.



Kirurgen bør tage stilling til i hvilket regi en eventuel opfølgning skal ske, for eksempel ved behov for opfølgning under aftrapning, fortsatte smerter eller forværring af smerterne. Ved udskrivelsen bør der derfor tages stilling til, hvorvidt opfølgningen skal ske hos kirurgen eller hos almen praksis(47).

Kirurgen udarbejder en plan for gradvis aftrapning af opioidbehandling, både for de patienter der allerede er i opioid-behandling før operationen og de patienter som får opioid-behandling efter operationen. Ordinationen skal tilpasses det forventede forbrug og patienterne bør ikke få ordineret mere medicin, end hvad der rækker til næste opfølgning (47). Kirurgerne skal udarbejde aftrapningsplanen og så længe de har behandlingsansvaret, skal de løbende følge op på planen, da de har opstartet behandlingen, er bekendt med omfanget af operationen og kender til den forventet helingstid. De har dermed det bedst faglige grundlag for at vurdere, hvor længe der forventes at være behov for smertestillende behandling efter den pågældende operation. Kirurgerne har ansvar for at videregive information om behandlingsplan, aftrapningsplan, behov for opfølgning og i hvilket omfang samt andre hensyn, til den læge, der fremadrettet bliver behandlingsansvarlig(51,52). Det kan ske via epikrisen eller om nødvendigt via personlig kontakt.

Det er kirurgen, der afgør, om patienten har behov for genoptræning efter udskrivning og om genoptræningen skal være specialiseret og ske på sygehus, om der er behov for rehabilitering på specialiseret niveau eller almen genoptræning i kommunalt regi. Patienten skal have en skriftlig genoptræningsplan fra sygehuset, hvoraf det fremgår, om patienten skal have specialiseret genoptræning, rehabilitering eller almen genoptræning.

#### *Anbefalinger for almen praksis*

Efter en indledende periode, vil de fleste patientforløb efter en operation overgå til opfølgning i almen praksis, som kan sikre, at patienterne støttes bedst muligt og at de patienter, der vurderes til at have et større behov for støtte, følges tæt og tidligt efter udskrivelse.

En fyldestgørende behandlingsplan og aftrapningsplan vil hjælpe den praktiserende læge til at planlægge opfølgning og tage aktivt stilling til smertelindring i det videre forløb, herunder skift til depotmedicin eller henvise til den nødvendige biopsykosociale støtte. I forløb, hvor det er udfordrende for den praktiserende læge at aftrappe en patient efter en operation, og evt. postkirurgiske komplikationer er udelukket, bør der være mulighed for faglig sparring med en smertebehandlingsenhed. Der er gode praksiserfaringer fra flere alment praktiserende læger, hvor dele af aftrapningsforløbet varetages af en sygeplejerske, efter at lægen har haft den indledende samtale med patienten. Aftrapningsindsatsen indeholder blandt andet støttende samtaler i forbindelse med receptfornyelse og samtidig afdækning af de samlede belastninger, udredning og behandling med anden medicin ved behov. Det tværfaglige praksispersonale har forudgående haft korte kurser om kroniske smerter og aftrapning af opioider, for eksempel i regi af kvalitetsenhed for almen praksis, så de faglige forudsætninger og rammer er blevet opdateret og samstemte.

Hvis der sikres en systematisk opfølgning, som er prædefineret og lagt i faste rammer ud fra enkelte kriterier, kan almen praksis være med til at sikre, at patienterne kun fortsætter

med en behandling, hvis den har effekt på smertetilstanden (lindrer smerterne og/eller øger funktionsniveauet) samt at risikoen for bivirkninger og afhængighed mindskes. Sundhedsstyrelsen anbefaler at anvende *Retningslinjer for systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioider for non-maligne smerter* fra Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin(53). I disse anbefalinger fremgår intervaller for, hvor hyppigt i forløbet der skal ske en opfølgning i almen praksis af patienter i behandling med opioider.

#### *Anbefalinger for kommuner*

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

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

## 9. Implementering og opfølgning

For at den tilsigtede forbedrede kvalitet i forløb for mennesker med kroniske smerter kan ske, er det væsentligt at anbefalingerne implementeres. Det vil kræve en indsats på lokalt niveau at implementere anbefalingerne, hvor regioner, almen praksis og kommuner har fokus på at anvende, konkretisere og tilpasse anbefalingerne ift. tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med kroniske smerter. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

### 9.1 Tværsektorielt/tværgående samarbejde

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

### 9.2 Plan for implementering

Den lokale implementering forudsætter, at hver region, almen praksisser og kommuner i samarbejde udarbejder en implementeringsplan.

Implementeringsplanen bør beskrive:

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

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

### 9.3 Monitorering og opfølgning

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

Når anbefalingerne implementeres i regioner, almen praksis og kommuner, er det væsentligt at følge, om anbefalingerne opfylder formålet og fungerer efter hensigten. Denne opfølgning vil bidrage med viden og erfaringer med de enkelte indsatser og organiseringen samt koordineringen heraf. Viden fra forskning, opfølgningen og den løbende monitorering, bør anvendes til løbende justeringer af praksis.

HØRINGSUDKAST

## 10. Perspektivering

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

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

- **Behov for mere viden** om kroniske smerter og hvordan de kan afhjælpes og støttes bedst muligt. Forskning bør så vidt muligt indtænkes i alle indsatsområder såvel som identificering af risikoområder og mulige indikatorer for udvikling af kroniske smerter
- **Særskilt fokus på børn og unge med kroniske smerter.** I Danmark findes der ikke koordinerede tilbud til børn og unge med kroniske smerter. Det er en målgruppe med behov for en særlig indsats for og af hele familien, hvor der er fokus på en koordineret indsats mellem sundhedsprofessionelle, den unge, familien, skole og evt. kommunalt tilbud.
- **Opkvalificering af faggrupper, der tilbyder indsatser til mennesker med kroniske smerter.** Der er behov for at styrke uddannelse i basal lære om kroniske smerter, specielt for læger, men også sygeplejersker og andre faggrupper, som beskæftiger sig med mennesker med kroniske smerter.
- **Specialistrådgivning (telefonisk).** For at de forskellige faggrupper, der beskæftiger sig med mennesker med kroniske smerter, kan varetage den optimale udredning, behandling og støtte, er det centralt, at der er et tilbud om rådgivning og sparring. Mange smertebehandlingsenheder tilbyder forskellige former for telefonisk rådgivning, men der er behov for, at det tilbydes ensartet specialistrådgivning regionalt eller nationalt. Dataindsamling på henvendelserne vil kunne bruges til at målrette fremtidige kompetenceindsatser.

# 11. Referenceliste

1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*. 2021 May;397(10289):2082–97.
2. Sundhedsstyrelsen. Afdækning af smerteområdet - fagligt oplæg til en smerte-handlingsplan. 2020.
3. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019 Jan;160(1):19–27.
4. Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark i 2022. 2023.
5. Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain*. 2009 Mar;13(3):287–92.
6. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003 Dec;106(3):221–8.
7. Eriksen J, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Health care utilisation among individuals reporting long-term pain: an epidemiological study based on Danish National Health Surveys. *European Journal of Pain*. 2004 Dec;8(6):517–23.
8. Packiasabapathy S, Sadhasivam S. Gender, genetics, and analgesia: understanding the differences in response to pain relief. *J Pain Res*. 2018 Nov;Volume 11:2729–39.
9. Glare P, Aubrey KR, Myles PS. Transition from acute to chronic pain after surgery. *The Lancet*. 2019 Apr;393(10180):1537–46.
10. Schug SA, Bruce J. Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Rep*. 2017 Nov;2(6):e627.
11. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative Anxiety and Catastrophizing. *Clin J Pain*. 2012 Nov;28(9):819–41.
12. Kurita GP, Sjøgren P, Juel K, Højsted J, Ekholm O. The burden of chronic pain: A cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. *Pain*. 2012 Dec;153(12):2332–8.

13. Covarrubias-Gomez A, Mendoza-Reyes JJ. Evaluation of Sleep Quality in Subjects With Chronic Nononcologic Pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2013 Aug 25;27(3):220–4.
14. Hoegh M, Biricik Gulseren D. Work is therapy, not a goal in itself, for people with chronic pain. 2023;23(53):3–6.
15. Cheatle MD. Biopsychosocial Approach to Assessing and Managing Patients with Chronic Pain. *Medical Clinics of North America*. 2016 Jan;100(1):43–53.
16. Oslund S, Robinson RC, Clark TC, Garofalo JP, Behnk P, Walker B, et al. Long-Term Effectiveness of a Comprehensive Pain Management Program: Strengthening the Case for Interdisciplinary Care. *Baylor University Medical Center Proceedings*. 2009 Jul 11;22(3):211–4.
17. Turk DC, Swanson K. Efficacy and Cost-Effectiveness Treatment for Chronic Pain: An Analysis and Evidence-Based Synthesis. 2007. 15–38 p.
18. Ugeskrift for læger. Rehabilitering baseret på den bio-psyko-sociale model tager udgangspunkt i patientens sygdom, funktionsevne og kontekst. 2014.
19. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health - ICF The International Classification of Functioning, Disability and Health. 2022.
20. Ibsen C. Biopsykosocial og patientcenteret tilgang til udredning af patienter med lænderygsmerter - Udvikling, implementering, afprøvning og evaluering af redskab til udredning af lænderygsmerter. 2022.
21. Rehabiliteringsforum Danmark A, Maribo T, Ibsen C, Thuesen J, Nielsen C V, Johansen JS, et al. Hvidbog om rehabilitering, 1. udgave. 2022.
22. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. 2018 Aug 14.
23. Roenne PF, Horn NS, Hansen CA. Involvement of relatives in chronic non-malignant pain rehabilitation at multidisciplinary pain centres: part one – the patient perspective. *Scand J Pain*. 2021 Jan 27;21(1):81–94.
24. West C, Usher K, Foster K, Stewart L. Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *J Clin Nurs*. 2012 Dec;21(23–24):3352–60.
25. Swift CM, Reed K, Hocking C. A New Perspective on Family Involvement in Chronic Pain Management Programmes. *Musculoskeletal Care*. 2014 Mar;12(1):47–55.

26. Ørtenblad L, Valentin GH, Carstensen K. Smerter - en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. 2014.
27. Vaegter HB, Støten M, Silseth SL, Erlangsen A, Handberg G, Sondergaard S, et al. Cause-specific mortality of patients with severe chronic pain referred to a multi-disciplinary pain clinic: a cohort register-linkage study. *Scand J Pain*. 2019 Jan 28;19(1):93–9.
28. Sundhed.dk. Smertehjul. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/kronikerforloeb/smertehjul/>
29. Kristiansen K, Lyngholm-Kjaerby P, Moe C. Introduction and Validation of DoloTest®: A New Health-Related Quality of Life Tool Used in Pain Patients. *Pain Practice*. 2010 Sep;10(5):396–403.
30. Sundhedsstyrelsen, Munksgård. ICF International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København; 2003.
31. Werner UM, Finnerup BN, Nielsen AL. Smerter, baggrund, evidens og behandling, 4. udgave, . 2019;12.
32. Fisher AG, Marterella A. *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. 2019;
33. Gustafsson L, Isbel S, Logan A. The occupational therapy practice process. *Occupational Therapy in Australia: Professional and Practice Issues*. 2021.
34. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Res Manag*. 2018 Nov 12;2018:1–19.
35. Lagueux É, Masse J, Pagé R, Marin B, Tousignant-Laflamme Y. Management of chronic pain by occupational therapist: A description of practice profile. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2023 Mar 20;000841742311627.
36. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/>. Indsatser ved sygdom, nedslidning mv. .
37. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. <https://star.dk/indsatser-og-ordninger/handicapomraadet/>. Handicapområdet.
38. Retsinformation. Sygedagpengeloven (retsinformation.dk). Sygedagpengeloven .
39. Sundhedsstyrelsen. Smerteguide. 2019.



40. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. 2008 May;136(1):97–116.
41. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Anæstesiologi. 2023. [https://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-an%C3%A6stesiologi/Specialevejledning-for-Anaesthesiologi-den-18-januar-2023.ashx?sc\\_lang=da&hash=B4D0FAEC0198D2B683A126DE3980717F](https://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-an%C3%A6stesiologi/Specialevejledning-for-Anaesthesiologi-den-18-januar-2023.ashx?sc_lang=da&hash=B4D0FAEC0198D2B683A126DE3980717F)
42. Region Midtjylland. Sundhed.dk. 2020. Kroniske smertepatienter. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/n-nervesystem/kroniske-smertepatienter/>
43. Region Syddanmark. Sundhed.dk. 2023. Smertebehandling. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/patientforloeb/forloebbeskrivelser/icpc-oversigt/a-almen-og-uspecificeret/smertebehandling/>
44. Simonsen E, Møhl B. "Socialpsykiatri" Grundbog i psykiatri . Hans Reitzels Forlag ; 2010. 647–648 p.
45. Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother*. 2009 May 9;9(5):723–44.
46. Blichfeldt-Eckhardt M, Jensen J, Møller FB. Behandling af postoperative smerter *Ugeskr Læger*. 2017.
47. Uhrbrand P, Simoni AH, Olesen AE, Pedersen AB, Christiansen CF, Nikolajsen L. Morfinafhængighed som komplikation i forbindelse med kirurgi. 2018;
48. Ballantyne JC. Opioid Therapy in Chronic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2015 May;26(2):201–18.
49. Raebel MA, Newcomer SR, Reifler LM, Boudreau D, Elliott TE, DeBar L, et al. Chronic Use of Opioid Medications Before and After Bariatric Surgery. *JAMA*. 2013 Oct 2;310(13):1369.
50. Carroll I, Barekka P, Wang CKM, Wang BM, Gillespie MJ, McCue R, et al. A Pilot Cohort Study of the Determinants of Longitudinal Opioid Use After Surgery. *Anesth Analg*. 2012 Sep;115(3):694–702.
51. Retsinformation. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (VEJ nr 9523). 2019 Jun 19.

52. Styrelsen for patientsikkerhed. Vejledning om epikriser. <https://stps.dk/da/laering/risikoomraader/patientovergange/vejledning-om-epikriser/>
53. Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin. Systematisk opfølgning af patienter i behandling med opioder for non-maligne smerter. 2019.

HØRINGSUDKAST

## 12 Bilagsfortegnelse

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

HØRINGSUDKAST

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

## Baggrund

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2020 en faglig afdækning af smerteområdet<sup>1</sup>, som bl.a. viste, at der er mangelfuld koordinering mellem forskellige dele af udredningen af mennesker med kroniske smerter, hvilket kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for sociale og familiære udfordringer samt tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. For nogle er den kroniske smertetilstand en følge af anden kronisk sygdom, som kræver fortsat kontrol og behandling i andre kliniske specialer. Mennesker med kroniske smerter vil derfor ofte have for- løb flere steder i sundhedsvæsenet, hvilket stiller store krav til koordinering på tværs af specialer og sektorer. Den faglige afdækning pegede bl.a. på, at der er behov for et tættere samarbejde på tværs af sektorer, herunder mellem de traditionelle sundhedsydelser og de tilbud, der støtter mennesker med kroniske smerter i håndtering af smertetilstanden (psykoedukation mv.).

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

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

---

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

## Formål og rammer

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

### Systematisering og organisering af udredningen

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

### Tværfaglig indsats til patienter med smerter

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

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

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

Jf. den daværende regerings strategi, skal anbefalingerne også understøtte, at færre patienter får kroniske smerter efter planlagte operationer. Forud for operationen er der

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

Andre relevante fokusområder i anbefalingerne vil blive drøftet med følgegruppen.

### Den faglige følgegruppes opgaver

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

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

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

### Den faglige følgegruppes sammensætning

Den faglige følgegruppe sammensættes med følgende repræsentation:

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

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

Sundhedsstyrelsen vil løbende inddrage supplerende ekspertise efter behov.

Projektgruppen i Sundhedsstyrelsen:

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

### Forventet tidsplan

Der forventes deltagelse i to møder i den faglige følgegruppe:

1. møde i følgegruppen	2. marts kl. 12-15
------------------------	--------------------

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

## Bilag 2 Medlemmer af faglig følgegruppe

### Følgegruppen:

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

### Sundhedsstyrelsens sekretariat:

- Forperson og projektleder Cecilie luul



- Sektionsleder Louise Lauridsen
- Afdelingslæge Anne Kirstine Bang
- Fysioterapeut Linnea Waldorff Lund

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

### Baggrund

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

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

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

### Klinisk problemstilling

I dag varetages størstedelen af udredningen af kroniske, ikke-kræftrelaterede smerter af almen praksis med inddragelse af andre speciallæger og billeddiagnostik ved behov. Sundhedsstyrelsens faglige afdækning af smerteområdet<sup>2</sup> viser, at de alment praktiserende læger efterspørger kompetencer og værktøjer, der kan gøre det lettere at identificere og håndtere personer med smerter og personer som er i risiko for at udvikle kroniske smerter. Dette kunne eksempelvis være et smertescoringsværktøj til den alment praktiserende læge, som indeholder relevante punkter for personer med smerter til anvendelse i forbindelse med udredning og opfølgning.

### Afgrænsning

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

For at kvalificere den kliniske problemstilling gennemfører Sundhedsstyrelsen en præhøring samtidig med, at der anmodes om udpegninger til arbejdsgruppe og referencegruppe. Præhøringen vil give et indblik i hvilke konkrete behov der er for kompetencer og værktøjer, som kan understøtte udredningen af personer med smerter i almen praksis. Indsigterne fra præhøringen gennemgås med arbejdsgruppen på det første arbejdsgruppemøde.

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

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

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

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

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

### **Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning**

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

- Deltagelse i metodeundervisning i GRADE-metoden forud for arbejdet
- Deltagelse i møder i arbejds- og referencegruppe
- Bidrage til definition og afgrænsning af den kliniske problemstilling
- Bidrage til at kvalificere de kliniske spørgsmål
- Bidrage til at kvalificere litteratursøgningen
- Bidrage til gennemgang af identificeret litteratur

- Bidrage til vurdering af evidensen
- Bidrage til at udforme anbefalinger
- Kommentere løbende på tekstudkast til anbefalingen

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

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

Følgende organisationer anmodes om at udpege repræsentanter til arbejdsgruppen:

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

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

#### **Referencegruppens opgave og sammensætning**

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

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

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

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

- Regionerne (5 repræsentanter, 1 fra hver region, udpeges af Danske Regioner)
- Danske Regioner (1 repræsentant)
- Kommunernes Landsforening (1 repræsentant)

- Sundhedsministeriets departement (1 repræsentant)
- Lægehåndbogen (1 repræsentant)
- Social- og Boligstyrelsen (1 repræsentant)

Arbejdsgruppens medlemmer deltager som observatører i referencegruppens møder.

### **Organisering af arbejdet**

#### *Mødefrekvens*

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

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

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

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

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

#### *Mødereferat*

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

#### *Tidsplan*

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

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

Høringsversion v. 18. september 2023

## Baggrund

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

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

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

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

### Definition af kroniske smerter

Hvor kroniske smerter tidligere har været kategoriseret som en tilstand, og primært opfattet som et symptom på underliggende sygdom, blev det i 2019 i forbindelse

med ICD-11 anset som en diagnose. Ifølge ICD-11 opdeles kroniske smerter i kronisk primær smerte eller kronisk sekundær smerte (1).

Kronisk primær smerte er defineret som vedvarende smerter i et eller flere områder af mere end 3 måneders varighed, som er forbundet med betydelig emotionel påvirkning eller betydelig funktionsnedsættelse og hvor smerten ikke kan forklares ved en underliggende sygdom eller vævsskade.

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

Primære kroniske smerter opdeles i 5 subkategorier:

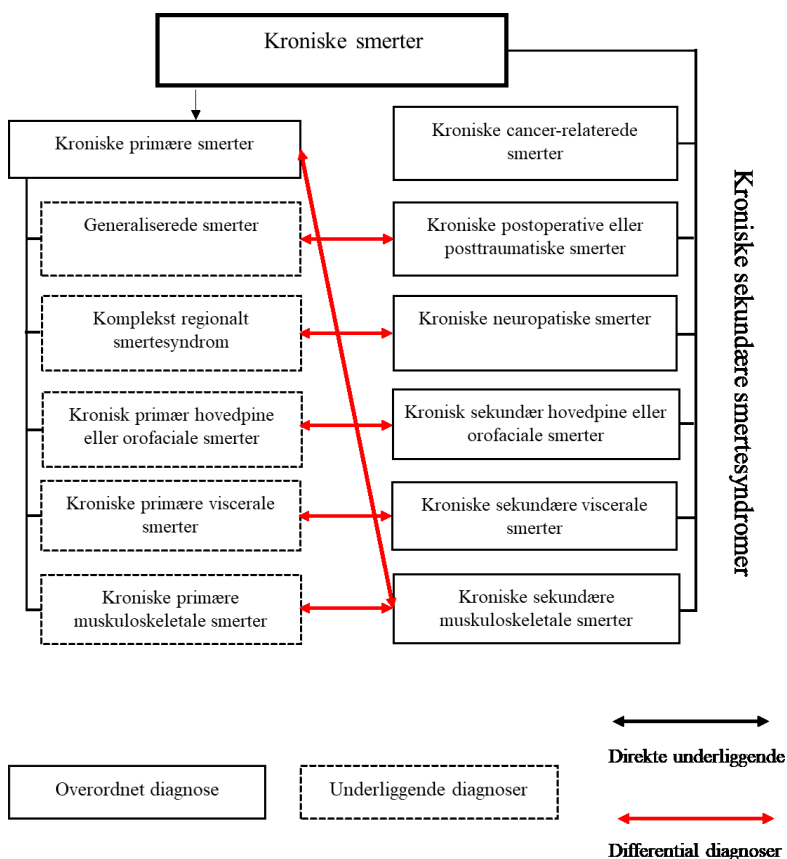
- *"Generaliserede smerter"*,
- *"Komplekst regionalt smertesyndrom"*,
- *"Kronisk primær hovedpine/orofaciale smerter"*,
- *"Kroniske primære viscerale smerter"*
- *"Kroniske primære muskuloskeletale smerter"*.

Sekundære kroniske smerter opdeles i 6 subkategorier:

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

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

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



Det er vigtigt at understrege, at selv hvis patienten er diagnosticeret med en kronisk primær smertetilstand, kan der komme nye symptomer eller viden til, som ændrer forudsætningerne. Ligeledes kan en patient med kroniske sekundære smerter udvikle primære smerter som overbygning,

hvilket medfører, at patienten skal have foretaget yderligere diagnostisk udredning med henblik på at finde en underliggende sygdom som årsag til smerterne.

**Kontekst**

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

## Anbefaling 1. Indledende vurdering

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

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

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

### Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

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



### Hvorfor anbefaler vi det?

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



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

## Anbefaling 2. Afdæk den biopsykosociale tyngde

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

Herunder bør afdækkes, hvordan smerterne påvirker patientens:

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

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

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

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

### Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

Der findes forskellige værktøjer til at belyse patientrapporterede outcomes (PRO), bl.a. Smertehjulet (11) og Dolotesten (12), som kan være nyttige at inddrage i afdækningen af den biopsykosociale tyngde, da de kan hjælpe almen praksis med at få spurgt ind til relevante områder. Disse er opbygget, så man får afdækket både patientens smerter, funktionsniveau og aktivitets- og deltagelsesniveau i dagligdagen (13). Disse eller lignende værktøjer kan med fordel

genbesøges i det videre forløb og hjælpe den praktiserende læge og patienten med kroniske smerter til at få et overblik over ændringer i den biopsykosociale situation.

### Hvorfor anbefaler vi det?

For patienter med kroniske smerter er smerteintensiteten vigtig, men konsekvenserne af smerterne er ofte det, der dominerer. De begrænsninger i den daglig livsførelse smerterne medfører, at man ikke længere kan gøre de ting man gjorde tidligere. Derudover, at man ikke længere kan udfylde de vante og ønskede sociale roller og leve som man plejer (14).

Selvom der ikke ligger meget litteratur omkring effekten af en biopsykosocial udredning af behandlingsbehov, er der efterhånden en del evidens (15,16,17) der peger på at en biopsykosocial rehabilitering af patienter med kroniske smerter fører til bedre forløb og derfor er at foretrække fremfor en primært biologisk tilgang.

Det kan være hensigtsmæssigt at samarbejde med praksispersonalet i afdækning af den enkeltes situation. Dette kan frigøre tid, som den praktiserende læge kan bruge sammen med patienten.

## Anbefaling 3. Informér og planlæg løbende

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

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

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

Inkludér følgende i patientsamtalen:

- At du anerkender patientens oplevelse af de kroniske smerter, selvom vi ikke kan finde nogen årsag eller kan forklare dem på anden vis
- At smerterne vil variere over tid
- At en årsag til smerten (eller opblussen) ikke altid kan findes, og at smerten derfor ikke kan forklares på en enkel måde
- At det ofte er muligt for patienten at kontrollere symptomer med tiltag, som fx varme/kulde, let aktivitet, hvile og distraktion.
- At der kan ske forbedringer i livskvalitet, selvom smerten bliver ved med at være der

### Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

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

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

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

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

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

I forbindelse med henvisning til smertecentrene er det vigtigt at være opmærksom på de forskellige krav, der stilles til en henvisning. En grundig beskrivelse af, hvordan patienten er belastet af sine smerter, vil oftest være krævet, men det kan

være en fordel at kontakte de relevante smertecentre for at få beskrevet specifikke krav. Derudover ligger der en vejledning på sundhed.dk.

## Referencer

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

11: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/nordjylland/almen-praksis/patientforloeb/kronikerforloeb/smertehjul/>

12: Kristiansen, K., Lyngholm-Kjaerby, P., & Moe, C. (2010). Introduction and Validation of DoloTest®: A New Health-Related Quality of Life Tool Used in Pain Patients. *Pain Practice*, 10(5), 396-403.

13: ICF International klassifikation af Funktionsevne. Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. Sundhedsstyrelsen og Munksgård: København; 2003

14: Ørtenblad, L., Valentin, G. H., & Carstensen, K. (2014). SMERTER-En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. *Health Technology Assessment and Health Services, CFK• Public Health and Quality Improvement• Central Denmark Region*.

15: Turk, D. C., & Swanson, K. (2007). Efficacy and cost-effectiveness treatment for chronic pain: an analysis and evidence-based synthesis. *Chronic Pain Management*, 15-38.

16: Oslund, S., Robinson, R. C., Clark, T. C., Garofalo, J. P., Behnk, P., Walker, B., ... & Noe, C. E. (2009, July). Long-term effectiveness of a comprehensive pain management program: strengthening the case for interdisciplinary care. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 22, No. 3, pp. 211-214). Taylor & Francis.

17: Cheatle, M. D. (2016). Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Medical Clinics*, 100(1), 43-53.

## Søgebeskrivelse

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

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

### Generelle søgetermer

Engelske: Pain, Chronic Pain, fibromyalgia, musculoskeletal pain

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

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

### Guideline-søgningen

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

#### Generelle søgekriterier

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

## Arbejds- og referencegruppe

### Arbejdsgruppen

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

### Referencegruppen

- Kommunernes Landsforening
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Danske Regioner
- Region Hovedstaden
- Region Sjælland
- Region Nordjylland
- Region Midtjylland

## Metodetilgang

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●