

Nytt perspektiv på behandling av langvarig smerte

Erfaringer fra nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser (NKSL)

Videreføres av

«Kvalitets- og kompetansenettverk for sammensatte smertetilstander» (NaKKS)

ved Smerteavdelingen

i tilknytning til «Forskningsgruppe smerte og utmattelse»



**Nasjonalt kompetansetjeneste for sammensatte lidelser utvikles.
Videreføres av «Kvalitets- og kompetansenettverk for sammensatte
smertetilstander» og «Forskningsgruppe smerte og utmattelse»**



Nytt perspektiv:

I løpet av drøye 20 år med NKSL: dramatisk endring i synet på og behandlingen av langvarig smerte

- Flertallet har smertetilstander av ukjent årsak. Anerkjennes nå av ICD-11 som sykdommer i seg selv
- Opioider brukes mer og mer i Norge mot langvarige smerter
Til tross for liten effekt over tid og store probl. med avhengighetsyndrom og bivirkninger
- Kunnskap om psykologiske mekanismer og behandling har «eksplodert»
- Mestringsorientert behandling (bl a NOMED) må bli hovedbehandlingen ved langvarige smertetilstander
- Et tettere samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten har blitt prøvd ut og er helt nødvendig

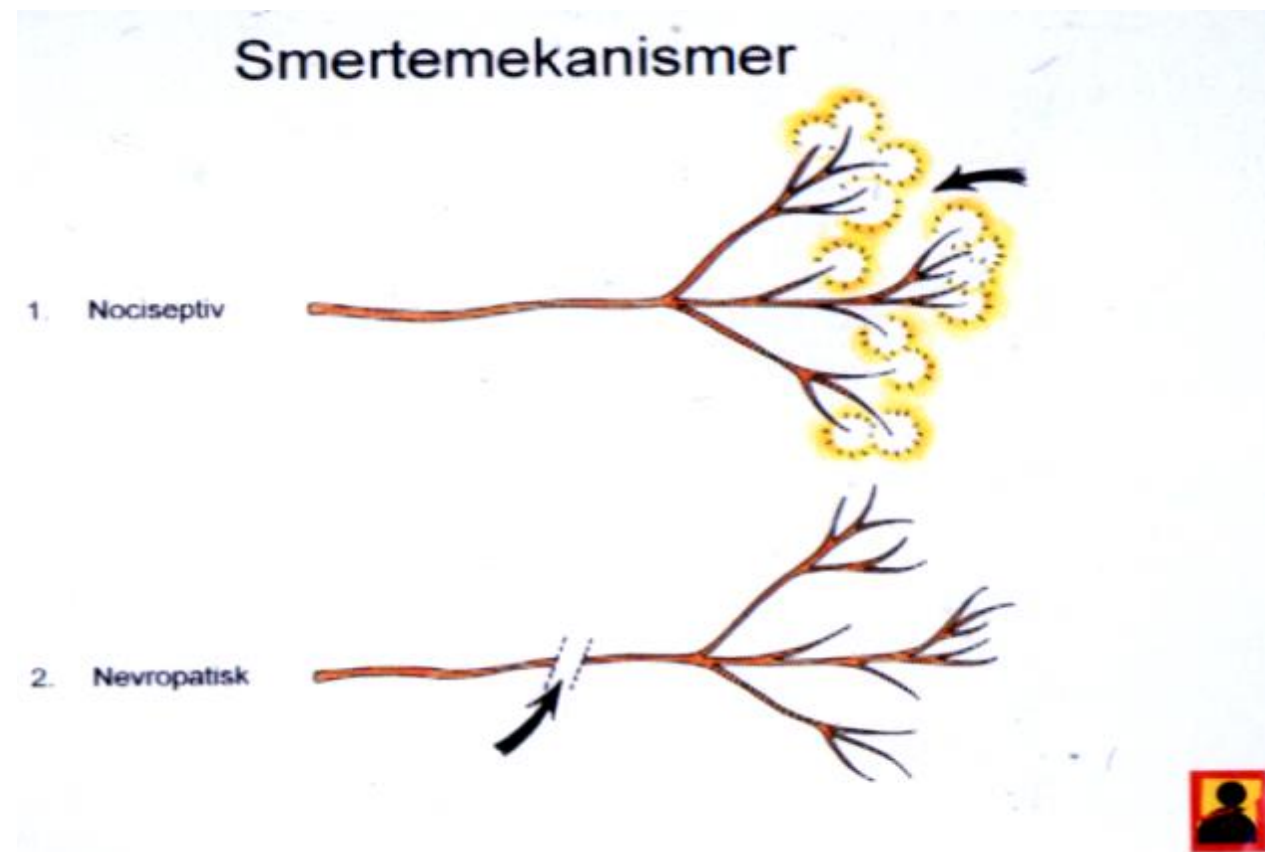
Illustreres med Roger-kasuistikken

**Flertallet har langvarige smertetilstander av
ukjent årsak**

**Anerkjennes nå av ICD-11 som egne
sykdommer i seg selv**



Vanlig oppfatning:
langvarig smerte
skyldes enten
pågående vevsskade
eller nerveskade.
Eller så er det psykisk
eller “diffust”



Oppslag i nrk.no i juni 2024: (det samme sa Roger)

Zain Rage (50) sliter med langvarige smerter, uten kjent årsak. Mange sier at det bare er noe han innbiller seg. En studie viser derimot at dette ikke stemmer.



«The HUNT Pain examination study»

551 tilfeldig utvalgte med langvarige smerter ble undersøkt av både lege, fysioterapeut og psykolog



Borchgrevink, Glette, Woodhouse, Butler, Landmark et al. A Clinical Description of Chronic Pain in a General Population Using ICD-10 and ICD-11 (The HUNT Pain Examination Study). *J Pain*. 2022;23:337-348.

Langvarig smerte: 28%. De har i gjennomsnitt 3 typer

Ukjent årsak 18%

- Low back pain 14% (8% hovedsmerten)
- Nakkesmerter 9% (4%)
- Skuldersmerter 7% (2%)
- Hoftesmerter 6% (1%)
- Hodepine, tensj.type 6% (1%)
- Knesmerter 5% (1%)
- Ankel/fotsmerter 4% (1%)
- Fibromyalgi 3%

Kjent årsak 10%

- Arthrose 5% (4%)
- Migrene 4% (3%)
- Nevropatiske smerter 3% (2%)
- Inflammatoriske leddsmarter 1% (1%)

Langvarig smerte: 28%. De har i gjennomsnitt 3 typer

Ukjent årsak 18%

- Low back pain 14% (8% hovedsmerten)
- Nakkesmerter 9% (4%)
- Skuldersmerter 7% (2%)
- Hoftesmerter 6% (1%)
- Hodepine, tensj.type 6% (1%)
- Knesmerter 5% (1%)
- Ankel/fotsmerter 4% (1%)
- Fibromyalgi 3%

Personer med langvarige smerter av
ukjent årsak:
13% har psykisk lidelsesdiagnose

Kjent årsak 10%

- Arthrose 4% (3%)
- Migrene 4% (3%)
- Nevropatiske smerter 3% (2%)
- Inflammatoriske leddsmerter 1% (1%)

Langvarig smerte: 28%. De har i gjennomsnitt 3 typer

Ukjent årsak 18%

- Low back pain 14% (8% hovedsmerten)
- Nakkesmerter 9% (4%)
- Skuldersmerter 7% (2%)
- Hoftesmerter 6% (1%)
- Hodepine, tensj.type 6% (1%)
- Knesmerter 5% (1%)
- Ankel/fotsmerter 4% (1%)
- Fibromyalgi 3%

Personer med langvarige smerter av ukjent årsak:
13% har psykisk lidelsesdiagnose

Kjent årsak 10%

- Arthrose 4% (3%)
- Migrene 4% (3%)
- Nevropatiske smerter 3% (2%)
- Inflammatoriske leddsmarter 1% (1%)

Personer med langvarige smerter av kjent årsak: 11%

Personer uten langvarige smerter: 9%

Hvordan skal omtale langvarige smerte av ukjent årsak?

Langvarig primær smerte (chronic primary pain) ICD 11: Egne diagnosekoder
Smertetilstander som ikke skyldes noen påvisbar sykdom eller kjent patofysiologi

Vi må slutte å si at smertene er diffuse (som de sa om Roger)

Når de er kompliserte, må vi si at det foreligger

Langvarige, sammensatte smertetilstander:

Smertetilstander der kompleksitet og vedlikeholdende faktorer har tilkommet og forverret tilstanden. Det gjelder spesielt de som har langvarige smerter uten kjent bakenforliggende sykdomsdomsårsak, men også en del av dem som har smerter på grunn av kjent sykdom (Helsedirektoratet).

Opioider brukes mer og mer mot langvarige smerter. Til tross for liten effekt over tid og store probl. med avhengighet og bivirkninger (29 publikasjoner fra NKSL og FHI)

Halvard Nilsen Svetlana Skurtveit

Olav Fredheim

Line Pedersen



OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Opioider/analgetika har vist seg å ha liten effekt over tid og gi store probl. med avhengighet og bivirkninger

- Opioid-analgesi avtar med tiden og har ikke dokumentert effekt
- Bivirkningene vedvarer eller øker med tiden og med økende doser
- For noen pasienter blir den primære fordelene med opioider å unngå abstinenser



Nestleder
i Forening
for kroniske
Smertepasienter
Forskning.no
i juni 2024

Det samme sa
Roger

I nesten ti år følte Marion Jakobsen at hun mistet seg selv. – Jeg klarte ikke helt å få med meg det som skjedde. Jeg misforsto mye. Og

Økning av opioid-uttak fra 2011 til 2019

- Antall som har tatt ut en eller flere resepter på et år: **13% til 561 917**
- Antall **vedvarende brukere** mer enn 2 tabl. kodein paracet eller tilsvarende: **19% til 59 996**
- Antall **vedvarende brukere** mer enn 100 mg morfin eller tilsvarende: **97% til 4 892**

•
En tredjedel hadde vedvarende bruk av benzodiazepiner og/eller z-hypnotika
Nesten halvparten av høydosebrukerne fikk i 2019 opioider på blå resept

Hva gjør de tverrfaglige smerteklinikkene med det?

Forebygge for å unngå enda alvorligere avhengighet hos pasienter med langvarige smerter med problematisk opioidbruk:

Organisert rådgivningsmøte for fastlege med panel fra smerte- og avhengighetsmedisin (OPIOguide)

Overføring til LAR

Innleggelse på en avvendingsinstitusjon,
«Vanskeligere enn heroin-avhengige»

Nedtrappingsopplegg:

Hos fastlegen, poliklinisk ved Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin,



Christian
Wangsnes

Opprydning av opioidene og den uheldige kombinasjonen med benzo- og z-hypnotika

- Velge bare ett opioid-preparat, f eks enten OxyContin eller Oxynorm
- Slutte eller redusere eller slutte med benzodiazepiner
- Pasienten må få velge hva som blir første-prioritet

Utleveringsordning: Resept på anbrudd
Utlevering på apotek, f eks en gang i uka
Utlevering av hjemmesykepleien

Kontroll av bruken: Om det foreligger tillegg av illegale tilførsler
Om pasienter selger
Urinprøve, spyttprøve, blodprøve

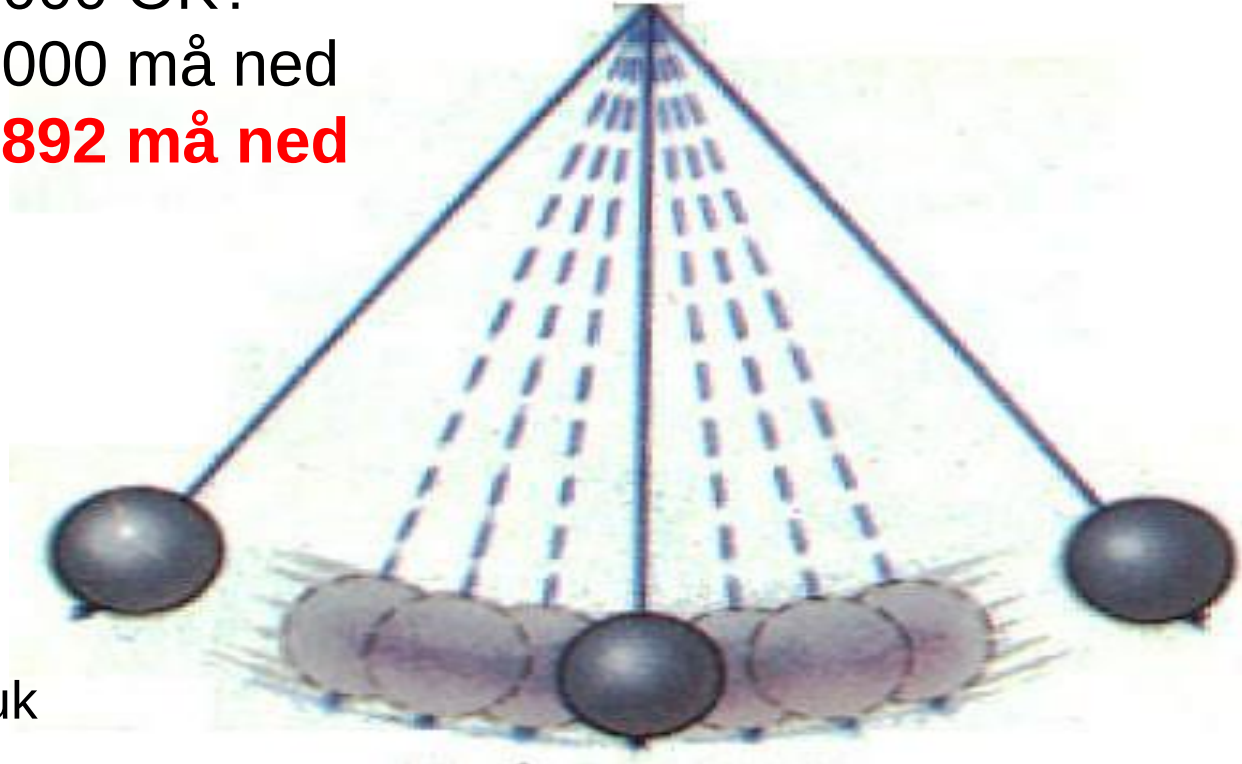


Vi må ha et balansert forbruk i Norge.

562 000 OK?

60 000 må ned

4 892 må ned



Underforbruk

Overforbruk

Balansert



Ikke redusere tilgjengeligheten
til opioider for pasienter med
sterke akutte og kreftrelaterte
slik de nå gjør i Nord-Amerika



"Jeg hadde ikke klart meg uten"

Smertenettverk.no
2024

Mange pasienter med langvarig smerte som har fått opioider, har fått problemer, og trenger hjelp. Men vi treffer noen som etter mange år forteller at opioidene har vært til stor hjelp for dem. Og noen føler seg nå stigmatisert.



Psykologisk forståelse og behandling av smerte har «eksplodert» og vi har hatt psykologer «fra begynnelsen» som har fått oss til å tenke nytt

Eksempler på psyk. kartlegging

- Pasientens tolkning av smertene
- Stressorer-mestring (coping)
- Hensiktsmessige vs. uhensiktsmessige mestringsstrategier
- Mestringsevne (self efficacy)
- Frykt og unngåelse (fear avoidance)
- Verste fallstenkning (catastrophizing)
- Bevegelsesfrykt (kinesofobi)
- Personlig robusthet (resiliens)
- Helseangst/hypokondri

Behandlinger brukt mot smerte

- Kognitiv atferdsterapi
- akseptbasert kognitiv terapi (ACT)
- Behandling basert på operant betinging
- Gradert eksponering in vivo
- Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP)
- Motiverende intervju
- Mindfulness
- Avspenningsøvelser
- Hypnose



Faktorer som forverrer og vedlikeholder langvarige smerter (Roger hadde nesten alle)

- Vedvarende ønske om mer smertestillende medisiner
- Søvnplager
- Vedvarende ønske om mer utredning
- Frykt og unngåelse
- Utmattelse
- Dårlig fysisk form
- Helseangst
- Sosial isolasjon
- Verstefallstenkning
- Engstelighet
- Bekymring for arbeid og NAV
- Depresjon
- Grubling
- Følelse av avvisning
- Opplevelse av urettferdighet
- Vanskelig forhold til de nærmeste
- Tidligere alvorlige livshendelser

Mestringsorientert behandling må bli hovedbehandlingen ved langvarige sammensatte smertetilstander (alternativ til opioider)

NOMED: Et mestringsorientert behandlingskonsept mot langvarige smerter

■ **PETER C. BORCHGREVINK** - dr. ing. og professor emeritus ■ **HEIDI TRYDAL** - Psykiolog spesialist og anker i etikk og
 ■ **TORMOD LANDMARK** - Psykiolog spesialist og fører i etikkens teori ■ **JACOB ØJERTNES** - Spesialist i allmenn medisin
 ■ **HARALD SUNDBY** - Spesialist i allmenn medisin ■ **ASTRID WOODHOUSE** - Helsevitenskapelig fører i etikkens teori
 A referat spesialt for de fire spesialiteter: Smittesykdommer og Infeksjoner, Allergi og Immunologi, Hjerte-kar og Lungesykdommer og Nevrologi. De fire spesialiteter er samlet i et særskilt nummer, 28. Deres hørsel og innblikk for allmennsykdommer, infeksjoner, allergi og immunologi, hjerte-kar og lungesykdommer, nevrologi.

Flere hundre tusen pasienter oppsøker fastlegene hvert år på grunn av langvarige smerter. I de fleste tilfeller vil en allmennlege utelukke alvorlig somatisk og psykisk sykdom og forvisse pasientene om at de langvarige smertene ikke skyldes alvorlig sykdom. De vil også råde dem til å ta opp sine normale funksjoner, inkludert arbeid så langt som mulig, og i hovedsak se på seg selv som friske. Men i noen tilfeller er de langvarige smertene så ødeleggende for pasientene at de oppsøker fastlegen gang på gang og etterlyser aktiv behandling. I mange av disse tilfellene anbefales nå ikke-medikamentelle tiltak framfor vedvarende analgetika-behandling.

Det kan såvidt være krevende for en allmenlege å gjennomføre mestingsorienterte samtaler. I løpet av en travel arbeidsdag vil et strukturert opplegg være til hjelp når vi skal velge bort utskrivning av opioider eller andre analgetika. Vi har derfor utviklet et mestingsorientert behandlings-konsept som er enkelt å gjennomføre og som er lagt ut i Norsk elektronisk lege-håndbok, Norsk Helseinformatikk og smertenettverk.no. Her finnes både spørre-skjema, tekster og videosnutter som brukes i behandlingen. Konseptet tar utgangspunkt i at det er enklere for en fastlege å samtale om avgrensede problemer, enn å ha en konsultasjon om mestring av smerte i sin allmenlighehet. Utgangspunktet er at alle disse pasientene, i ulik grad og uavhengig av smertetilstand, har plager som forsterker vedlikeholdende smertene. De består av dokumenter, er søvnproblemer, angst og depresjon, men har få klinisk erfaring har vi spesifisert i alt 17 faktorer som forsterker og vedlikeholder langvarige smerter (tabell 1). Ved å la pasientene svare på spørsmålene, kan fastlegen individualisere behandlingsopplegget og samtale om de forsterkende og vedlikeholdende faktorene som plager dem mest.

skal gjøres noe med langvarige smerter, å redusere faktorer som i ulik grad forsterker og vedlikeholder smertene. Erfaringsmessig er det mange som sier seg enig i at for eksempel søvnproblemer gjør smertene verre. De vil da kunne motiveres til å avtale en ny konsultasjon og ta med seg et spørreskjema, der en på en skala fra null til ti kartlegger i hvilken grad de ulike faktorene er til stede (tabell 1).

I den andre konsultasjonen går så fastleggen og pasientene gjennom spørreskjemaet slik at de sammen kan identifisere hvilken eller hvilke av de 17 forsterkende faktorene som er mest plagsomme. Deretter vil pasienten få tilbud om en ny konsultasjon for å drøfte tiltak rettet mot å mestre den eller de aktuelle faktorene på en bedre måte. Da får de i oppgave å se igjen gjennom en eller flere av de 17 videosnuttene som gir en utfyllende forklaring.

På tredje konsultasjonen ser både pasienten og fastlegen gjennom en eller flere av de 17 videosnuttene som omtaler den eller de faktorene som velges ut og som skal danne grunnlaget for samtale i konsultasjonen. I tillegg ser fastlegen gjennom de aktuelle tekstene med råd som omtales nedenfor og i NEL. Disse må ikke se

at samtalerne er fleksible og basert på empati.

I resten av denne artikkelen vil vi omtale hvert enkelt av de 17 faktorene, og gi råd om hvordan fastlegen kan samtale med smertepasienten om disse.

I. Vedvarende ønske om mer utredning og forklaring

UTSAGH PÅ SPØRRESKJEMET: «Har du ønske om å finne ut mer om årsaken til smertene dine?»

Hvis pasienter markerer et behov for å finne mer ut om årsaken til de langvarige smertene, reflekterer det i utgangspunktet et helt forståelig ønske, og representerer til å begynne med ikke noen risikofaktor. Tvert imot er dette helt normalt og gir grunnlag for at vi som leger kan forbygge forverring av situasjonen. Det er særlig pasienter med langvarige smerter av uklar årsak som ønsker utredning og forklaring, noe vi bør anerkjenne som fullt forståelig. Men hvis pasientene læses fast i denne oppfatningen, vil det kunne bidra til et oppmerksomhet på symptomene og mindre fokus på hensiktsmessig mestring. Når vi skal fortelle pasientene at blodprøver og billeddiagnostik-

UTSAGS PÅ SPØRRESKEMAET:	SPØRSMÅL/ UTSAG:
1 Vedvarende ønske om mer utredning	«Har du ønske om å finne ut mer om årsaken til smertene dine?»
2 Frykt for alvorlig sykdom	«Er du redd for at smertene kan skyldes noe farlig?»
3 Frykt og unngeilse	«Er du redd for at smertene forverres av fysisk aktivitet eller bevegelse?»
4 Fysisk form og aktivitet	«Er din fysiske form så redusert at den begrenser deg i daglig aktivitet?»
5 Vedvarende ønske om analgetika	«Skulle du ønske du fikk mer smertestillende medikamenter?»
6 Søvnplager	«Er du misfornøyd med ditt nåværende søvnmønster?»
7 Utmattelse	«Føler du deg sliten mesteparten av tiden?»
8 Sosial tilbaketrekning/ ensomhet	«Opplever du å ha for lite samvær og sosiale aktiviteter?»
9 Versteftalstening	«Jeg tenker at smertene bare vil bli verre og verre»
10 Engsteligheit	«Jeg er ofte nervøs og urolig»
11 Belymning for arbeid og NAV	«Jeg belymmer meg mye over tapet arbeidsevne og leier mitt forhold til NAV»
12 Depresjon	«Jeg greier ikke å glede meg over ting slik jeg gjorde før»
13 Grubling	«Jeg tenker ofte på hvor mye bedre livet var før jeg ble plaget med smerten»
14 Felelse av avvistning	«Jeg har blitt avvist av helsestjernen og opplever det fortsatt som vanskelig»
15 Opplevelse av urettferdighet	«Jeg har opplevd noe urettferdig som jeg tenker jeg aldri vil komme over»
16 Vanskelig forhold til de nærmeste	«Jeg belymmer meg mye over forholdet til mine aller nærmeste»
17 Tidligere alvorlige livshendelser	«Jeg har opplevd noe vanskelig i livet som jeg fortsatt tenker på/ strever med»

TABELL 1. Faktorer som kan forsterke eller opprettholde langvarige smerter og tilhørende spørsmål til pasienten. (ANGELAKIS ET AL 2006)

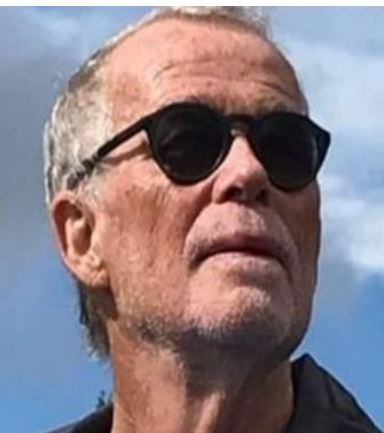
alvorlig sygdom kan forklare de langvarige smertene, må vi være forberedt på at de i stedet for at blive lettet, får yderligere bekymringer. Siden smerte er et varsel om at noe er galt, har de gått i månedssvis og engstet seg for alvorlig sykdom, sovnet dårlig om natta og blitt svært labile, og da vil god kommunikasjon være avgjørende for det videre sykdomsforløpet.

Vi må forberede oss godt, forsikre oss om at alle relevante undersøkelser er gjennomført og orientere pasientene om svaret på hver enkelt undersøkelse og eventuelt

øver på pasientene. Samtidig som vi viser forståelse for deres bekymring, må vi på en omsorgsfull måte markere at det er vi som har fagkompetansen. Å henvise til nye undersøkelser eller å gjenta prøver som allerede er gjennomført, vil ikke bare være misbruk av ressurser, men vil også få negative konsekvenser for pasientene. Hvis legen gir etter presset, kan pasienten oppfatte at legen er usikker på at noe er galt. Dermed forsterkes deres frykt for alvorlig sykdom, og da reduseres mulighet for behandlingstiltak og mestring.

at de oppfatter pasientenes smerter som reelle og eksplisitt sier at vi ikke oppfatter smertene som innbilning eller simulering. En informasjon som kan avhjelpe og være til trøst, er at en ny HUNT-studie viser at over 60 prosent av personer med langvarige smerter har smertetilstander som ikke kan forklares med en kjent tilleggs grunnleggende sykdom. For å beholde alliansen bør vi også bestrebe å komme fram til en felles forklaringsmodell som pasientene har tilitt til og som kan legge grunnlag for videre terapi og mestring. Vi må se an hver enkelt

Et tett samarbeid mellom spesialist- og
kommunehelsetjenesten har vært utviklet over 25 år.
Prøves nå ut og er helt nødvendig



Astrid
Brautaset



Katarzyna
Baranowska



Bente
Brigtsen



Lise
Brauten



Hvilken ny retning skal de tverrfaglige smerteklinikkene ta?

Kronikk i Dagens medisin juni 2024

Med en ny og korrigert kurs kan de tverrfaglige smerteklinikkene, i nært samarbeid med fastlegene og kommunehelsetjenesten, gjøre en felles innsats for de mange pasientene med langvarige smerter som ikke får et godt nok tilbud i dag.

Nasjonalt pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander

Fysioterapeutene. Knutepunktmodellen

NAV/ jobbspesialist

Medisin

DM Debatt

DM Arena

DM Jobb

DM +

Logg inn



«Kvalitets- og kompetansenettverk for sammensatte smertetilstander» og «Forskningsgruppe smerte og utmattelse»

