

SFR-Reumatologi referat af møde mandag den 19. februar 2024.

Tilstede: Henrik Røgind, Annette Hansen, Jens Jørgen Lykkegaard, Lisbeth Wiben, Winnie Bergstrøm, Mikkel Faurschou, Jesper Nørregaard, Jan Christensen, Lisbet Skinnens Timm, Hanna Olafsson, Annemarie Lyng Svensson

Afbud: Martin Magelund, Ann Mosegaard, Sussi Løvgreen Larsen, Peter Søttrup, Anna Krøyer Petersen

Ikke tilstede: Mikkel Østergaard, Michael Kjær, Karen Lisbeth Faarvang og Thomas Saxild

Dagsorden:

1. Godkendelse af dagsorden

Godkendt uden bemærkninger.

2. Regionale forløbsbeskrivelser og tværregionale forløbsbeskrivelser – (status, Jesper)

Der blev henvist til det udsendte materiale, og der var ikke store ændringer i materialet.

Jeg har modtaget nedenstående kommentarer fra Karen Lisbeth:

"Desværre er det ligesom sidst vi reviderede iøjefaldende, at vi stort set er ikke eksisterende i forløbsbeskrivelserne.

FAPS er stort set ikke eksisterende i dansk sundheds statistik og lignende, med ca 2,5 mil patientforløb om året giver det en skævvridning i mange sundhedsdata. Heldigvis er 2024 tilsyneladende året, hvor der bliver rettet op på dette.

Regionerne har fået en forståelse for, at også data fra speciallæge praksis skal med, hvis man skal have et fornuftigt overblik over det danske sundhedsvæsen.

Vi forventer at 2024 bliver året hvor vores epikriser kommer på Sundhed.dk, vores diagnosekoder kommer med i de fleste registre mm.

Vi håber at 2024 nu også bliver året hvor reg H nævner FAPS i alle relevante forløbsbeskrivelser.

Vi har tidligere revideret nogle forløbsbeskrivelser og fået os med, men da var I ikke parate til at rette resten, det håber jeg, vi kan nu. Således at der også henvises til Praktiserende Speciallæger i alle relevante forløbsbeskrivelser. Vi udfører en væsentlig del af opgaven.

Der er indgået en ny aftale for FAPS, således at vi alle i FAPS skal indberette vores bagom numre, åbningstider, tlf tider og lukkedage via vores Lægesystemer og så kan PLO ved tryk på en enkelt knap i de forskellige Lægesystemer, se alle oplysninger. Det fungerer ligesom på Min Læge App, hvor bagomnumre dog ikke forekommer, da den er møntet på patienter.

Så mit forslag er, at man indsætter FAPS i alle forløbsbeskrivelser, lige oven over Hotline numrene, hvor det er relevant (gælder f.eks. ikke arteritis temporalis). Det gælder også dem vi tidligere har revideret, idet den nye tilgang skal fremgå i stedet for Sundhed.dk. I kan se eksempel på Urica fil, som er vedhæftet.

Ordlyden :

Praktiserende reumatolog kan kontaktes på "Bagom-telefonnummer", der tilgås direkte via [Lægesystemerne](#).

Derudover et par enkelte kommentarer:

I Discusprolaps forløbsbeskrivelsen er vi nævnt under Forløb i almen praksis her skal også henvises til Lægesystemerne i stedet for Sundhed.dk

Arteritis temporalis og PMR skal vel begge revideres totalt, når den nye nationale retningslinje er endeligt afklaret, vi her fra PRO gjort indsigelser og har hørt at andre også har, så det må vel afvente en endelig national retningslinje.

Og til slut Urica forløbsbeskrivelsen som Jens Skøtt, som har en sær interesse i dette felt, har nogle kommentere til, jeg har vedhæftet fil".

Peter Søttrup " tilladt mig at videresende Forløbsbeskrivelserne til Redaktionsgruppen med Lisbeths kommentarer, og forslag om, at vi får speciallægerne og oplysninger om bagomnumrene med i dem alle og får rettet de uaktuelle links.

Sidenhen kan vi orientere bredere i PraksisNyt når epikriserne kommer på sundhed.dk".

3. Dansk Reumatologisk Database (orientering og drøftelse, Henrik)
 - a. Audit Q4 2023 (bilag)
 - b. RLB planer for opfølgning

Data er gennemgået for hver klinik i RLB. Audit processen er tidskrævende. Det er udfordrende at det ikke er muligt at lave flexsøgninger længere.

4. Afrapportering af udvalgte driftsmål for opfyldelse af tværsektorielle forpligtelser (bilag, orientering, Henrik)
 - a. RLB planer for opfølgning

Udvalgte driftsmål i RLB blev gennemgået.

5. Reumatologiske rygforløb på hospital (orientering, Jan)

Som led i nødvendig tilpasning af ressourceforbrug og -udnyttelse er der igangsat et arbejde med at kortlægge og siden ensrette de reumatologiske rygforløb i RLB

Arbejdet med at kortlægge de reumatologiske forløb i RLB er lige startet, og der er deltagelse af fysioterapeuter, sygeplejersker, læger og sekretærer. Arbejdsgruppen skal udarbejde et forslag til ledelsesinternatet i maj 2024.

6. Rygkirurgiske forløb (orientering, Henrik)

Store omkostninger til populationsansvar har foranlediget indsats overfor de rygkirurgiske patientforløb på flere planer. Det vil på sigt få betydning for de reumatologiske funktioner

 - a. Regionalt Taskforce – omfatter hele ortopædkirurgien
 - b. HOC – kortlægning og tanker om nye patientforløb i arbejdsgruppe med deltagelse af RLBs rygkirurger og RHs rygkirurger. Også vigtig som forberedelse til udbud af rygkirurgi, som skal køre i efteråret 2024
 - c. RLB – en lang række tiltag

Den regionale taskforce har deltagelse af Jon, Henrik og Martin Magelund. RLB har øget kapaciteten både forundersøgelser og operationer. Ventetiden er afkortet fra 8 til 5 uger. Der sendes færre patienter ud til private hospitaler, ca. 100 blev sendt ud i januar 2024.

7. Ændring af patientforløb for akutte reumatologiske patienter, afledt af regional beslutning om af lukke akutklinikken på Glostrup (orientering, Jens)

Jens gennemgik det fremsendte materiale. AHH fraflytningen var fremrykket fra 1/2-2024 til 1/12-2023. Alle patienter håndteres nu ens i hele regionen.

8. Afgivne høringssvar (udvalgte, orientering, Henrik)
 - a. Korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises – handlingsanvisende afvisning (bilag tekst fra PraksisNyt incl flowchart, RLBs bemærkninger til Sundhedsfagligt direktørforum november 2023)
 - b. Dansk Rygdatabase – årsrapport (bilag, tidligere fremsendt)
 - c. Forbedring af metoder til populationsdannelse (bilag, tidligere fremsendt)
 - d. Skriftlig patientinformation (2 bilag) – faktisk fra før seneste møde i SFR, men med for fuldstændighedens skyld

Henrik orienterede om de afgivne høringssvar, der tidligere er fremsendt til medlemmerne. Punkt A, har haft et lidt ejendommeligt forløb, hvor det oplevedes at der ikke rigtigt blev lyttet til høringssvaret. Det overvejes at rejse problemstillingen via Martin Magelund. Med hensyn til Punkt B er der udfordringer med hvordan data opstår i Rygdatabasen. Problemstillingen skal drøftes og der arbejdes videre med den.

Ang. høringssvar er det aftalt, at hvor der er korte tidsfrister udarbejder Henrik og relevante medlemmer af SFR svar og orienterer efterfølgende rådet.

9. Lidt afsporet samarbejde med Klinik for Funktionelle Lidelser BFH på smerteområdet, som er kørt udenom SFR (bilag, orientering og drøftelse, Henrik)

Henrik orienterede om samarbejdet der var kørt lidt af sporet. Stine, Jan og Henrik tager en drøftelse for at komme tilbage på sporet. Det overvejes at rette henvendelse til andre SFR.

10. Eventuelt, herunder næste møde

Næste møde afholdes mandag den 10. juni 2024 kl. 8 – 10 på Teams.

DANBIO AUDIT 4. KVARTAL 2023

Data er gennemgået på basis af godkendte henvisninger for hver klinik i RLB for obs. SPA (anchyloserende spondylit, inflammatorisk spondylartrit og sacroiliitis IKA). For obs. RA er SP rapporten trukket på (RA med diffus lungefibrose, RA med organivolvering, seropositiv RA, Seronegativ RA, Uspecifik RA, Arthritis og RA med lungeinvolvering). For RA-rapporten var det nødvendigt at supplere med flexsøgning på pt i Danbio og lave en rapport i slicerdicer fordelt på samtlige RA diagnosekoder og journaloptags kode, for at få et mere retvisende billede. Alle identificerede patienter i rapporten er gennemgået i Danbio. Vi er meget udfordrede af at det ikke længere er muligt at lave flexsøgninger i Danbio fra måned til måned med identifikation af den læge, som følger patienten. Derfor er audit processen meget tidskrævende og der er formentlig et element af underrapportering i disse data, men det vurderes at dreje sig om få patienter.

Tabel 1. GLOSTRUP patienter henvist til udredning obs. Spondyl artrit

ANTAL NYHENVISTE	N=25
SPA diagnose	13
Afventer diagnose	6
Afkræftet diagnose	6
Oprettet i Danbio	17
Antal SPA pt komplette Danibio registreringer	8
Antal SPA mgl. CRP	3
Antal SPA mgl. Pt data	1
Afsluttet	8

Tabel 2. Frederiksberg patienter henvist til udredning obs. Spondyl artrit

ANTAL NYHENVISTE	N=10
SPA diagnose	7
Afventer diagnose	2
Afkræftet diagnose	0
Afventer at blive set	1
Oprettet i Danbio	5
Antal SPA pt komplette Danibio registreringer	3
Antal SPA mgl. CRP	2
Antal SPA mgl. Pt data	0
Afsluttet	0

Tabel 3. Gentofte patienter henvist til udredning obs. Spondyl artrit

ANTAL NYHENVISTE	N=6
SPA diagnose	3
Afventer diagnose	0
Afkræftet diagnose	3
Oprettet i Danbio	3
Antal SPA pt komplette Danibio registreringer	1

Antal SPA mgl. CRP	1
Antal SPA mgl. Pt data	1
Afsluttet	2

Tabel 4. GLOSTRUP patienter henvist til udredning obs. RA

ANTAL NYHENVISTE	RA N=55 Ledsmerter N=152
Oprettet i Danbio	68
Antal RA diagnose	28
Afventer diagnose	5
Anden diagnose	40
Afventer FU	0
Inkompletregistrerede pt	(14 mgl. Rtg registrering)
Afsluttet	23

Tabel 5. Frederiksberg patienter henvist til udredning obs. RA

ANTAL NYHENVISTE	RA: N=31 Ledsmerter N=59
Oprettet i Danbio	48
Antal RA diagnose	48
Afventer diagnose	0
Anden diagnose	0
Afventer FU	1
Inkomplet registrering	(3 mgl. Rtg og 4 mgl. Læge, 5 pt mgl.)
Afsluttet	9

Tabel 6. Gentofte patienter henvist til udredning obs. RA

ANTAL NYHENVISTE	RA N=45 Ledsmerter N=32
Oprettet i Danbio	10 (6 har forløb fra andre afdelinger overflyttet)
Antal RA diagnose	32
Antal Nyhenviste RA pt i Danbio	4 (12,5%)
Afventer diagnose	5
Anden diagnose	14
Afventer FU	4
Komplet registrerede	2
Afsluttet	5

SKAL-OPGAVER

Samlet overblik

Center

HovedOrtoCentret

Overafdeling

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme



Udredningsret

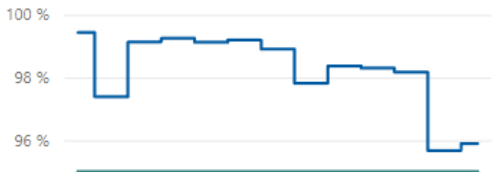
Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

96 %

98 %

Mål 95% Overholdelse %



Ventetid til behandling

Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

75 %

79 %

Mål 85% Overholdelse %

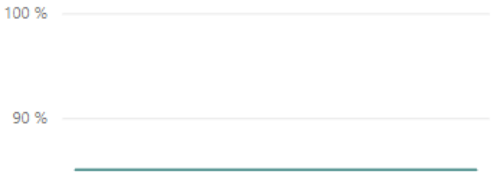


Kræftpakker

Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

Mål 85% Overholdelse %



Epikriser

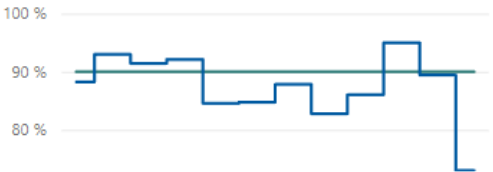
Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

93 %

87 %

Mål 90% Overholdelse %



Genoptræningsplaner

Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

88 %

84 %

Mål 95% Overholdelse %



FMK ajourført < 2 t

Måned: 2024-01

Seneste 6 måneder

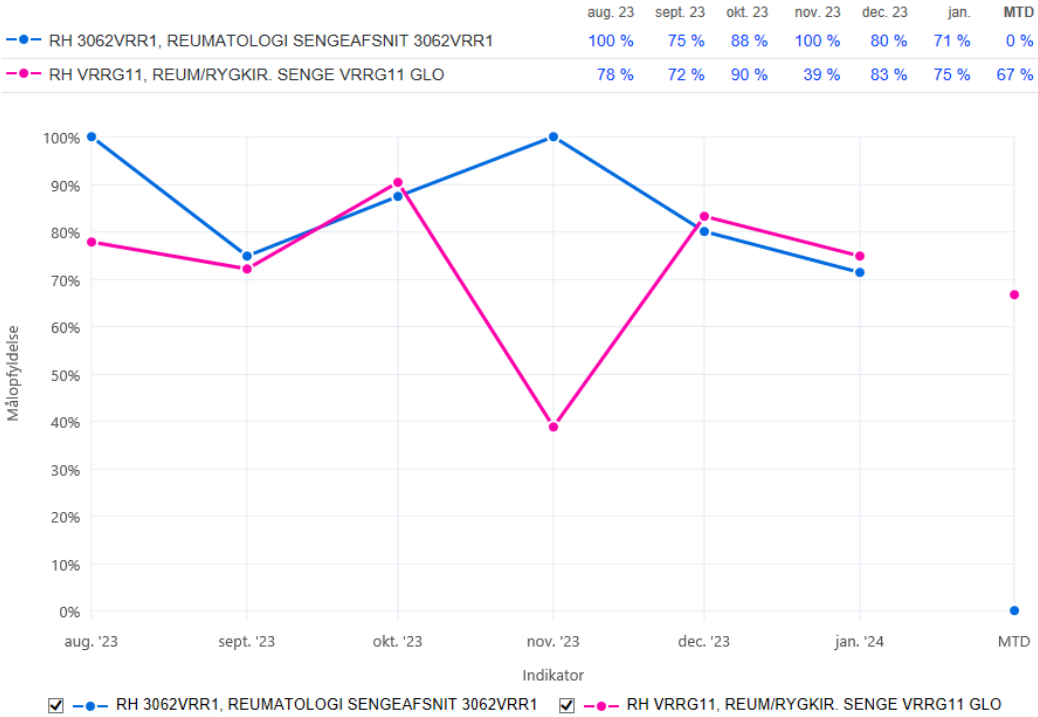
90 %

88 %

Mål 95% Overholdelse %



Rettidigt afsendte plejeforløbsplaner



Indlagte over 48 timer

Plejeforløbsplaner (PFP) sendt rettidigt inden udskrivning.
Der måles på andelen af patienter, der opfylder inklusionskriterierne, og for hvem der fremsendes en plejeforløbsplan inden kl 13.00 dagen før udskrivelsen.

Inklusionskriterier: Alle patienter,
• hvor der foreligger en indlæggelsesrapport (ILR) eller hvor der foreligger en plejeforløbsplan
• og som har været indlagt i mere end 48 timer
• og som er udskrevet.

På alle indlagte patienter, der modtager kommunale ydelser, vil der ved indlæggelse automatisk blive fremsendt en ILR fra patientens kommune.
For alle indlagte patienter, hvor der er fremsendt en ILR fra patientens kommune, skal der som standard oprettes en plejeforløbsplan (PFP), som skal sendes til kommunen ved udskrivelse.

Tæller: Antal plejeforløbsplaner afsendt rettidigt i perioden.
Nævner: Antal indlæggelser der burde have resulteret i afsendelse af en plejeforløbsplan i perioden.
Værdier for til-dato senest behandlet: 14-03-2019.

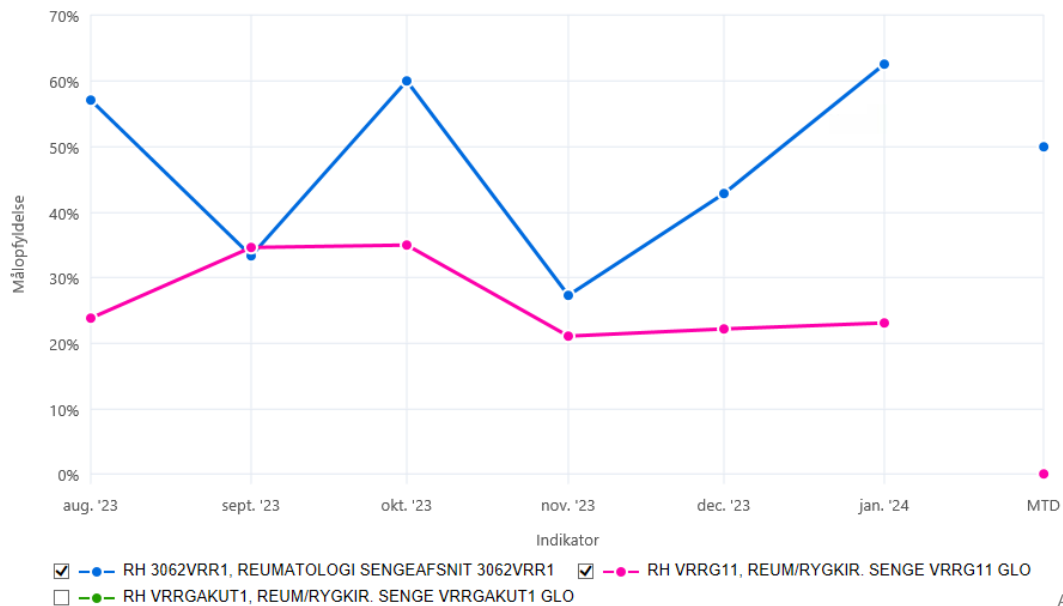
[Filtrer graf](#)
[Klin. Dok. - Plejeforløbsplaner sendt rettidigt dagen inden udskrivning \(Overafdeling\)](#)

Din organisation har gennemgået og godkendt denne metrik.

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme

Rettidig afsendte udskrivningsrapporter

	aug. 23	sept. 23	okt. 23	nov. 23	dec. 23	jan.	MTD
— RH 3062VRR1, REUMATOLOGI SENGAEFSNIT 3062VRR1	57 %	33 %	60 %	27 %	43 %	63 %	50 %
— RH VRRG11, REUM/RYGKIR. SENGE VRRG11 GLO	24 %	35 %	35 %	21 %	22 %	23 %	0 %
— RH VRRGAKUT1, REUM/RYGKIR. SENGE VRRGAKUT1 GLO	0 %	0 %	—	0 %	—	—	—



Indlagte under 48 timer

Udskrivningsrapporter sendt inden udskrivning.
Der måles på andelen af patienter der opfylder inklusionskriterierne, for hvem der fremsendes en udskrivningsrapport senest på udskrivningstidspunktet.
Inklusionskriterier: Alle patienter
• hvor der foreligger en indlæggelsesrapport (ILR)
• eller hvor der foreligger en plejeforløbsplan
• som har været indlagt
• som er udskrevet
Tæller : Antal udskrivningsrapporter sendt rettidigt inden udskrivning i perioden.
Nævner : Antal patienter der opfylder inklusionskriterierne i perioden.
Værdier for til-dato senest behandlet: 14-03-2019.
[Filtrer graf](#)

Din organisation har gennemgået og godkendt denne metrik.

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme

Udbredelse af handlingsanvisende afvisninger og digitalt brev til patienter

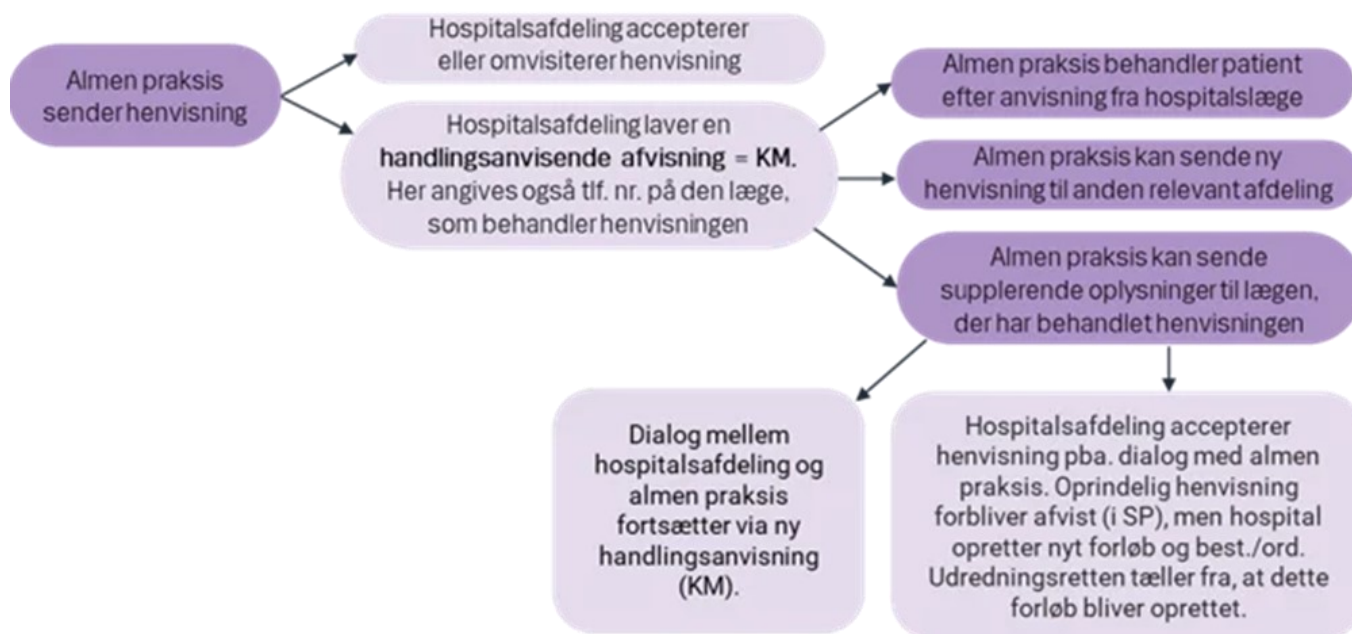
Alle hospitaler i Region Hovedstaden udbreder nu arbejdsgange for afviste henvisninger, der skal øge dialog på tværs, og dermed skabe et hurtigere og mere gennemsigtigt forløb for patienterne. Arbejdsgangene omhandler hhv. handlingsanvisende afvisninger til almen praksis, og digitalt brev til patienter der får afvist en henvisning.

Handlingsanvisende afvisninger til almen praksis

Såfremt en henvisning afvises, sender hospitalet en korrespondancemeddelelse, der indeholder årsag til afvisningen og en handlingsanvisning. Det betyder, at;

- hospitalet anviser, hvordan almen praksis kan hjælpe patienten videre, eller angiver hvilke oplysninger hospitalet mangler for at kunne revurdere henvisningen. Hospitalet oplyser desuden et telefonnummer (til visiterende læge), så almen praksis kan ringe ved behov.
- almen praksis kan sende supplerende oplysninger til en afvist henvisning via en korrespondancemeddelelse. Derefter kan hospitalet oprette et forløb, uden at almen praksis skal sende en henvisning på ny.

Alternativt kan hospitalet omvisitere en henvisning, eller angive hvilken afdeling der vil være rette modtager af henvisningen.



Digitalt brev til patienter om afvist henvisning

Hospitalet sender et digitalt brev til patienten, hvis en henvisning afvises. Brevet forklarer, at henvisningen er blevet afvist, og at patienten kan kontakte henvisende læge, hvormed patienten kan stille spørgsmål til afvisningen og det videre forløb.

Spørgsmål eller udfordringer?

Med forbehold for at flere afdelinger er på et tidligt stadie i implementeringen, opfordres du til at skrive til kap-h@regionh.dk, hvis du har spørgsmål eller oplever u hensigtsmæssigheder ved arbejdsgangene.

Fra: [Henrik Røgind](#)
Til: [Irene Harboe Brandt](#)
Cc: [Jens Jørgen Lykkegaard](#); [Annette Hansen](#); [Mikkel Faurischou](#); [Jan Christensen](#); [Rikke Ellebye Larsson](#); [Julie Gosch Kundby](#); [Sussi Løvgreen Larsen](#); [Jon Ivar Tuxøe](#)
Emne: Fwd: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises
Dato: 22. november 2023 08:13:55
Vedhæftede filer: [image001.png](#)

Kære Irene

Ny rekord i kort deadline ;-)

Helt overordnet byder vi i Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme ethvert tiltag, der kan lette samarbejdet med almen praksis velkommen. (Gælder aftalen også speciallægepraksis? Henvisning fra anden hospitalsafdeling?)

Og i reumatologien gør vi meget af det allerede men måske nok på lidt andre måder. Vore arbejdsgange vil næppe ændres væsentligt

Når det er sagt er der et par bekymringer, der melder sig

1. Vi kan være bekymrede for at patientforløb kommer til at 'hænge' i afventen på yderligere information. Vi vil nok i vid udstrækning vurdere, at der kræves ny henvisning, da vi ellers bliver presset på udredningsretten. Paradoksalt nok kan en mere smidig arbejdsgang, der alt i alt sikrer patienten et kortere, mere fokuseret forløb og et bedre samarbejde over sektorgrænser, føre til at vi ikke overholder patientens rettigheder!
2. Af samme grund mener vi, det er afgørende, at det er modtagende afdeling, der afgør om der kræves ny henvisning - eller blot supplerende oplysninger. Selv om det kan opleves frustrerende for almen praksis
3. Vi kan være bekymrede for at miste overblikket i SP, da KM ikke er det mest velegnede værktøj til at dokumentere forløbet i. Måske fører det os ud i nogle overvejelser om at dobbeltdokumentere, hvilket vi skal undgå for enhver pris. Der er nok et SP-udviklingspotentiale her, som skal prioriteres
4. Det vil ikke fungere godt for os hvis der gives tlf.nr til visiterende læge i KM. Derimod kan der gives tlf.nr. til visitationsenheden for tekniske spørgsmål eller til reumatologisk hotline for mere faglig bistand. Disse muligheder eksisterer allerede
5. Der skal være let adgang til at give aktindsigt i KM-korrespondance (ved faktisk ikke hvor besværligt det er aktuelt)
6. Der er sikkert mere, men det var, hvad vi lige nåede at skrabe sammen på mindre end et døgn i novembermørket

Over årene er kvaliteten af indholdet i såvel henvisninger som afvisninger blevet bedre. Man kunne håbe at dette tiltag vil sætte yderligere skub på den proces, så vi mere iterativt kan arbejde mod bedre kommunikation og mere smidige arbejdsgange. Jeg har kun hørt godt om erfaringerne fra Nord - så mon ikke det vil komme os alle til gode?

mvh

Henrik Røgind
Cheflæge, ph.d.
Direkte: [3863 2696](#)
Sekretær: [3863 2921](#)

Mail: henrik.roegind.01@regionh.dk

Rigshospitalet

HovedOrtoCentret

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme, RLB

Valdemar Hansens Vej 13

Rød opgang, 9. sal.

2600 Glostrup

www.rigshospitalet.dk

www.glostruphospital.dk

Fra: Rikke Ellebye Larsson <rikke.ellebye.larsson.01@regionh.dk>

Sendt: tirsdag, november 21, 2023 3:28 PM

Til: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>; Jens Jørgen Lykkegaard <jens.joergen.lykkegaard@regionh.dk>; Annette Hansen <Annette.Hansen.02@regionh.dk>; Mikkel Faurschou <Mikkel.Faurschou@regionh.dk>; Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Jon Ivar Tuxøe <jon.ivar.tuxøe@regionh.dk>

Cc: Julie Gosch Kundby <julie.gosch.kundby@regionh.dk>; Sussi Løvgreen Larsen <sussi.loevgreen.larsen.01@regionh.dk>

Emne: SV: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises

Kære Henrik – selvfølgelig har jeg det (men prøver at holde det nogenlunde kort)

Jeg har lige læst mailen igennem samt punkt 2 i det vedhæftede.
På side 9 står, at vi i KM skal notere et tlf.nummer til visiterende læge – det gør vi altså ikke, bare til info.

Vi sender altid begrundelse til henviser samt information til patienten om, at henvisningen er afvist og de skal tage kontakt til henviser – som Jens skriver. Dette gør vi i alle tilfælde.

Jeg ser derfor ikke de store ændringer for vores arbejdsgang (mener også de gør det samme på FRH og GEN som på GLO), men jeg kunne godt tænke mig at få specificeret hvordan/hvor meget der åbnes for kommunikationen via KM og derefter at man skal bruge den oprindelige henvisning – se nedenstående.

På side 9 står også, at der åbnes op for at man kan kommunikere via KM og "på baggrund af de supplerende oplysninger, kan hospitalet oprette et forløb for patienten eller sende ny handlingsanvisning til almen praksis" – vi beder i vores afvisningsbreve om ny henvisning. Den regionale vejledning deler det op i to muligheder (se nedenstående), hvor jeg mener at den nederste mulighed giver anledning til at der skal sendes en ny henvisning. Hvis der er/kommer krav om, at vi skal bruge KM (som så skal sendes videre fra sekretær til visiterende) og genåbne den "gamle" henvisning, vil dette være en ændring i vores arbejdsgang. Derudover vil det højst sandsynligt også have betydning ift. overholdelsen af patientrettighederne, da vi måske kan komme ud for, at skulle indkalde på en henvisning, der er flere dage/uger gammel alt efter hvor meget korrespondance, der er frem og tilbage...



Helt teknisk, så vil der ikke figurere forløbselement i SP på de patienter vi afviser. Når henvisningen lægges op til visitation, tilknyttes et forløbselement, men hvis henvisningen omvisiteres eller afvises, så forsvinder dette forløbselement, men historikken ift. henvisningen ligger på selve henvisningen. Det er meget få tilfælde, hvor vi har et forløbselement på en afvist/omvisiteret henvisning, men dette kan ske hvis lægen i første omgang har fået accepteret den og fejlrettelsen ikke er sket korrekt.

Vh Rikke

Med venlig hilsen

Rikke Ellebye Larsson

Souschef

Registreringsansvarlig lægesekretær

Telefon: 3863 4272 / 2151 9086

Mail: rikke.ellebye.larsson.01@regionh.dk

Rigshospitalet

HovedOrtoCentret

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme

Valdemar Hansens Vej 15

Indgang 5, 2. sal

2600 Glostrup

www.rigshospitalet.dk

www.glostruphospital.dk

Fra: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>

Sendt: 21. november 2023 15:00

Til: Jens Jørgen Lykkegaard <jens.joergen.lykkegaard@regionh.dk>; Annette Hansen <Annette.Hansen.02@regionh.dk>; Mikkel Faurschou <Mikkel.Faurschou@regionh.dk>; Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Jon Ivar Tuxøe <jon.ivar.tuxøe@regionh.dk>; Rikke Ellebye Larsson <rikke.ellebye.larsson.01@regionh.dk>

Cc: Julie Gosch Kundby <julie.gosch.kundby@regionh.dk>; Sussi Løvgreen Larsen <sussi.loevgreen.larsen.01@regionh.dk>

Emne: SV: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises

Vedr rettigheder, så mener jeg det fremgår af materialet at juristerne har godkendt procedurene. Det er specificeret, hvordan der kodes m.h.t. udredningsret etc.

Og som Annette også skriver i en anden mail, så giver vi allerede handlingsanvisninger til egen læge og information til patienten om, at henvisningen er afvist og at de skal

kontakte egen læge for den videre plan: så indholdsmæssigt er der ikke meget nyt. Det handler mere om en ny arbejdsgang

Jeg er ikke dybt nok nede i materien til at vurdere hvor svært det er at dokumentere med KM i SP

En bekymring jeg har haft er om vi får forløb der 'hænger' – uden at blive afsluttet. Men som jeg læser det står afvisningen ved magt – og der oprettes aldrig noget egentligt forløb, men forløbet genåbnes – eller der oprettes et nyt, hvis der kommer nye oplysninger fra egen læge

[@Rikke Ellebye Larsson](#) har du en mening om dette?

mvh

Henrik Røgind

Ledende overlæge, ph.d.

Direkte: 3863 2696

Sekretær: 3863 2921

Mail: henrik.roegind.01@regionh.dk

Rigshospitalet

HovedOrtoCentret

Afdeling for Rygkirurgi. Led- og Bindevævssygdomme, RLB

Valdemar Hansens Vej 13

Rød opgang, 9. sal.

2600 Glostrup

www.rigshospitalet.dk

www.glostruphospital.dk

Fra: Jens Jørgen Lykkegaard <jens.joergen.lykkegaard@regionh.dk>

Sendt: 21. november 2023 14:47

Til: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>; Annette Hansen

<Annette.Hansen.02@regionh.dk>; Mikkel Faurschou <Mikkel.Faurschou@regionh.dk>; Jan

Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Jon Ivar Tuxøe <jon.ivar.tuxoe@regionh.dk>

Emne: SV: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises

Kære Henrik

Skal Rikke med ind over?

Almindeligvis sender vi en tilbagevisning (læs afvisning) af henvisningen til henvisende læge herunder også egen læge. Patienten får også DiPo på at henvisningen er afvist med opfordring til at henvende sig til henvisende læge.

I tilbagevisningen / afvisningen er der en begrundelse og meget ofte også et forslag til, hvad er læge kan gøre her fra (ikke anbefalinger som kan forpligte andre).

I ganske få tilfælde afviser vi pga manglende oplysninger med besked om hvilke og at de skal fremsendes.

Jeg mener der er forskel i hvilke rettigheder man har som patient i de to situationer.

Kører kommunikationen alene på korrespondancemeddelelser er jeg ikke sikker på vi kan bevare overblikket, så det er vigtigt at få belyst, hvad de egentlig gør og hvordan de sikre patientens rettidigheder. Korrespondancemeddelelser er generelt svære at håndtere i SP som dokumentationmateriale.

Jeg undrer man over hvilken ny dyb tallerken der nu er opfundet.

Mange hilsner
Jens

Fra: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>

Sendt: 21. november 2023 14:38

Til: Jens Jørgen Lykkegaard <jens.joergen.lykkegaard@regionh.dk>; Annette Hansen <Annette.Hansen.02@regionh.dk>; Mikkel Faurschou <Mikkel.Faurschou@regionh.dk>; Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Jon Ivar Tuxøe <jon.ivar.tuxoe@regionh.dk>

Emne: VS: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises

Kære alle

Ultrakort frist - så evt kommentarer skal falde lynhurtigt.

Tror ikke det er noget vi kan flytte meget på – derfor vil jeg kun reagere, hvis I påpeger helt umulige ting – og helt overordnet synes jeg det giver god mening.

Jeg gætter på det bliver vedtaget med højst kosmetiske ændringer. Jeg har overvejelser om at lade en bestemt overlæge stå for beskrivelse og implementering heraf på tværs af matriklerne – i samarbejde med kvalitetsstaben. Måske to separate processer (reum, kir)

mvh

Henrik Røgind

Ledende overlæge, ph.d.

Direkte: 3863 2696

Sekretær: 3863 2921

Mail: henrik.roegind.01@regionh.dk

Rigshospitalet

HovedOrtoCentret

Afdeling for Rygkirurgi. Led- og Bindevævssygdomme, RLB

Valdemar Hansens Vej 13

Rød opgang, 9. sal.

2600 Glostrup

www.rigshospitalet.dk

www.glostruphospital.dk

Fra: Irene Harboe Brandt <irene.harboe.brandt@regionh.dk>

Sendt: 21. november 2023 13:09

Til: RH-DL-CKO-Afdelingsledelser <rh-dl-cko-afdelingsledelser@regionh.dk>; RH-DL-HJE-Afdelingsledelser <rh-dl-hje-afdelingsledelser@regionh.dk>; RH-DL-HOC-Afdelingsledelser <rh-dl-hoc-afdelingsledelser@regionh.dk>; RH-DL-JMC-afdelingsledelser <rh-dl-jmc-afdelingsledelser@regionh.dk>; RH-DL-NEU-afdelingsledelser <rh-dl-neu-afdelingsledelser@regionh.dk>

Cc: RH-DL-Direktion-Stab <RHDirektion.Stab@rh.regionh.dk>; Julie Rie Hagensen <julie.rie.hagensen@regionh.dk>; Hanne Stegemann Jensen <Hanne.Stegemann.Jensen@regionh.dk>; Anne Abela <anne.abela@regionh.dk>

Emne: Mulighed for bemærkninger til dagsordenspunkt vedr. korrespondancemeddelelse til almen praksis, når en henvisning afvises

Kære afdelingsledelser

Grundet en meget kort tidsfrist tillader jeg mig at kontakte jer direkte, da I givetvis har bemærkninger til nedenstående, som er relevante at få med:

Sundhedsfagligt direktørforum skal på fredag d. 24. november drøfte udbredelsen af arbejdsgange for tilbagehenviste henvisninger til almen praksis. **Se vedhæftede dagsorden pkt. 2**

Arbejdsgangen omfatter to trin:

1. Handlingsanvisning til almen praksis, når en henvisning tilbagevises.
2. Digitalt brev til patient, når en henvisning tilbagevises til almen praksis.

Prøvehandlingerne blev igangsat på Nordsjællands Hospitals Kardiologisk Afdeling i foråret 2022 og er siden hen blevet udrullet til andre afdelinger på Nordsjællands Hospital.

På baggrund af kvalitative tilbagemeldinger oplever Nordsjællands Hospital, KAP-H og PLO-H øget tilfredshed med kommunikationen under henvisningsforløb i planområde Nord – både blandt hospitalsafdelinger, almen praksis og patienter. Foreløbige datatræk viser, at der har været et fald i tilbageviste henvisninger på kardiologisk afdeling.

Det indstilles til Sundhedsfagligt Direktørforum

- At godkende, at alle hospitaler via en korrespondancemeddelelse sender en handlingsanvisning til almen praksis, når en henvisning tilbagevises. Hermed får almen praksis mulighed for at sendesupplerende oplysninger til henvisningen via en korrespondancemeddelelse.
- At godkende, at alle hospitaler sender et digitalt brev til patienten, når en henvisning tilbagevises til almen praksis.

Hvis I har bemærkninger til punktet, som I ønsker skal tages med i drøftelserne, kan I sende dem til mig (alternativt ringe) senest **i morgen onsdag d. 22. november kl. 16.00 (beklager)**

Venlig hilsen

Irene Harboe Brandt

Enhedschef for Sammenhængende Patientforløb

Mobil: +45 2138 9927

Mail: irene.harboe.brandt@regionh.dk

Rigshospitalet

Værdi & Sammenhæng

Enhed for Sammenhængende Patientforløb

Esther Møllers Vej 8, opgang 85, 2. sal

2100 København Ø

Web: www.rigshospitalet.dk

Web: www.regionh.dk

Fra: [Henrik Aksel Jørgensen](#)
Til: [CSU-FP-EKP-databaser](#)
Cc: [Martin Magelund Rasmussen](#); [Henrik Røgind](#); [Sussi Løvgreen Larsen](#); [Jesper Nørregaard](#); [Lisbeth Wiben Gundersen](#); [Jan Christensen](#); [Mikkel Faurschou](#); [Jens Jørgen Lykkegaard](#); [Mikkel Østergaard](#); [Michael Kjær](#); [Winnie Bergstrøm \(HGH Ekstern Kontakt\)](#); [Ann Mosegård Johansen](#); [drpetrus@icloud.com](#); ["Karen Lisbeth Faarvang"](#); [Thomas Saxild \(dadlnet.dk\) \(RH ekstern kontakt\)](#); [Annette Hansen](#); [Hanna Kristin Olafsson](#); [Anna Krøyer Petersen](#); [Lisbet Skinnes Timm](#)
Emne: SV: Årsrapport 2022 for Dansk Rygdatabase (DaRD) til kommentering i regionerne, deadline 15.12.2023
Dato: 12. december 2023 16:35:09
Vedhæftede filer: [Høringssvar Dansk Rygdatabase Årsrapport 2022 Sundhedsfaaligt råd Reumatologi Region Hovedstaden.docx](#)
[Hørings DARD SFR reum bilag 1.pdf](#)
[Hørings DARD SFR reum bilag 2.pdf](#)

Kære jer

Vedlagt høringssvar fra SFR Reumatologi.

Venlig hilsen

Henrik Jørgensen
Økonomimedarbejder
Mobil 29 60 07 22
Mail: hjoe0203@regionh.dk

Rigshospitalet
HovedOrtoCentret
Økonomifunktionen
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
www.rigshospitalet.dk

Besøgsadresse:
Inge Lehmanns Vej 8, 2100 København Ø
Opgang 7, 7. sal, afsnit 7075, rum 7101

Fra: CSU-FP-EKP-databaser <ekp-databaser.center-for-sundhed@regionh.dk>

Sendt: 22. november 2023 20:53

Til: CSU-DL-Kredsen for Kvalitet og Det Nære Sundhedsvæsen <CSU-DL-Kredsen-for-Kvalitet-og-Det-Naere-Sundhedsvaesen@regionh.dk>; CSU-DL-KL-Kvalitetskoordinatorer <csu-kl-kvalitetskoordinatorer@regionh.dk>; Thomas Houe <thomas.houe@regionh.dk>; Henrik Palm <Henrik.Palm@regionh.dk>; Mia Panholm Jacobsen <mia.panholm.jacobsen@regionh.dk>; Martin Magelund Rasmussen <martin.magelund.rasmussen@regionh.dk>; Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>; Henrik Aksel Jørgensen <henrik.aksel.joergensen@regionh.dk>; Akutberedskabets Hovedpostkasse <akutberedskabet@regionh.dk>; BBH-FRH-FP-Direktion <Direktion.BBH-FRH@regionh.dk>; BOH-FP-Direktion <Direktion.bornholms-hospital@regionh.dk>; HGH-FP-Hospitalsdirektionen <hospitalsdirektionen.herlev-og-gentofte-hospital@regionh.dk>; HIH-FP-Direktionen <Direktionen.nordsjaellands-hospital@regionh.dk>; HVH-FP-Direktionen <Direktionen.hvidovrehospital@regionh.dk>; RH-FP-Direktionen <Direktionen.rigshospitalet@regionh.dk>; RHP-ADM - Region Hovedstadens Psykiatri <psykiatri@regionh.dk>

Emne: Årsrapport 2022 for Dansk Rygdatabase (DaRD) til kommentering i regionerne, deadline 15.12.2023

Til **Hospitalsdirektioner**
Kredsen for Kvalitet og Det Nære Sundhedsvæsen
Kvalitetskoordinatorer
SFR Ortopædkirurgi og SFR Reumatologi ved formandskaber og

sekretariat

Til kommentering fremsendes hermed årsrapport 2022 for Dansk Rygdatabase (DaRD) perioden 01-07-2021 til 30-06-2022.

Eventuelle kommentarer til årsrapporten bedes sendes her til "CSU-FP-EKP-databaser" (afsender på denne mail), senest **fredag d. 15. december 2023**.

I svaret skal der gøres opmærksom på, om der er tale om:

- officiel kommentering til indsættelse i årsrapporten
- kommentarer til databasens styregruppe
- kommentarer om rettelser til databasens RKKP-team som f.eks. uoverensstemmelser mellem tekst og tabel mv.

Venlig hilsen

Carl Emil Grandjean Halby

Studertermedhjælper

Mobil: 27 63 74 77

Mail: carl.emil.grandjean.halby@regionh.dk

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Tlf: 38 66 50 00

Web: www.regionh.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Fra: Julie Mark <JUMARK@rkkp.dk>

Sendt: 21. november 2023 09:47

Til: CSU-FP-EKP-databaser <ekp-databaser.center-for-sundhed@regionh.dk>; Sundhed rkkp-admin (Funktionspostkasse) <sundhed.rkkp-admin@rm.dk>; 'Ku-rkkp@regionsjaelland.dk' <Ku-rkkp@regionsjaelland.dk>; 'marianne.albertsen@rsyd.dk' <marianne.albertsen@rsyd.dk>; 'mette.skovmand@rsyd.dk' <mette.skovmand@rsyd.dk>; 'rkkp_kontaktperson@rsyd.dk' <rkkp_kontaktperson@rsyd.dk>; 'rkkp-admin@rn.dk' <rkkp-admin@rn.dk>

Cc: Jens Winther Jensen <jwj@rkkp.dk>; Henriette Lipczak <henlip@rkkp.dk>; Charlotte Cerqueira <CHASOA@rkkp.dk>; Michael Dyhr Thomsen <MITHSE@rm.dk>; Katrine Abildtrup Nielsen <KAABNI@rkkp.dk>; Anne-Marie Sigsgaard Hansen <Annhan@rkkp.dk>; Mette Roed Eriksen <MEEERI@rkkp.dk>; Birgitte Dalgaard <BIRDAG@rkkp.dk>; Anne Mette Falstie-Jensen <annfas@rkkp.dk>; Berit Schjøttz-Christensen <BERSCH@rm.dk>; Martin Bruhn <martin.b@rkkp.dk>

Emne: Årsrapport 2022/2023 for Dansk Rygdatabase (DaRD til kommentering i regionerne, deadline 18.12.2023 kl. 12.00)

Kære regionale kontaktpersoner

Hermed fremsendes årsrapport 2022/2023 for Dansk Rygdatabase (DaRD perioden 1/6 2022 til 31/5 2023 til kommentering. Rapporten indeholder indikatorresultater for de enkelte regioner/sygehuse samt for hele landet. Resultaterne er auditeret og kommenteret af databasens styregruppe.

Der gøres opmærksom på, at resultaterne i rapporten skal betragtes som fortrolige. Af

diskretionshensyn vil resultater, hvor der er én eller to patienter i tæller eller nævner, være udeladt af den version, der forventes offentliggjort på www.sundhed.dk den 21.12.2023

I bedes videresende denne information samt vedhæftede årsrapport til alle relevante afdelinger og øvrige interessenter.

Kommentarer til årsrapporten opsamles af den regionale kontaktperson med henblik på en samlet afstemt regional kommentering og klinisk fortolkning af egne data.

I svaret skal der gøres opmærksom på, om kommentarer er:

- officiel kommentering til indsættelse bagerst i årsrapporten
- kommentarer til databasens styregruppe – indsættes ikke i årsrapporten
- kommentarer om rettelser til databasens RKKP-team, f.eks. uoverensstemmelser mellem tekst og tabel mv. – indsættes ikke i årsrapporten

Bemærk, at kommentering til indsættelse i årsrapporten ikke må indeholde personhenførbare data som f.eks. henvisning til resultater med færre end 3 observationer.

Eventuelle kommentarer, til indsættelse bagerst i rapporten, bedes fremsendt samlet fra den enkelte region til databasens kontaktperson Julie Mark, Jumark@rkkp.dk senest **d. 18.12.2023 kl. 12.00**

Til orientering, er det foreløbige årsrapport-datasæt, hvor datagrundlaget og indikatorresultaterne anvendt i årsrapporten kan findes, dags dato sendt til regionerne mhp. visning i de regionale LIS-systemer.

Såfremt der er spørgsmål i forbindelse med ovenstående eller vedhæftede rapport, er I velkomne til at kontakte mig.

med venlig hilsen

Julie Mark
RKKP-Kontaktperson

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Ryesgade 53B · 2100 København Ø

t: +45 24 79 44 61

e: Jumark@rkkp.dk

w: www.rkkp.dk



Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial

Caitlin M P Jones, Richard O Day, Bart W Koes, Jane Latimer, Chris G Maher, Andrew J McLachlan, Laurent Billot, Sana Shan, Chung-Wei Christine Lin, on behalf of the OPAL Investigators and Coordinators*

Summary

Background Opioid analgesics are commonly used for acute low back pain and neck pain, but supporting efficacy data are scarce. We aimed to investigate the efficacy and safety of a judicious short course of an opioid analgesic for acute low back pain and neck pain.

Methods OPAL was a triple-blinded, placebo-controlled randomised trial that recruited adults (aged ≥ 18 years) presenting to one of 157 primary care or emergency department sites in Sydney, NSW, Australia, with 12 weeks or less of low back or neck pain (or both) of at least moderate pain severity. Participants were randomly assigned (1:1) using statistician-generated randomly permuted blocks to guideline-recommended care plus an opioid (oxycodone–naloxone, up to 20 mg oxycodone per day orally) or guideline-recommended care and an identical placebo, for up to 6 weeks. The primary outcome was pain severity at 6 weeks measured with the pain severity subscale of the Brief Pain Inventory (10-point scale), analysed in all eligible participants who provided at least one post-randomisation pain score, by use of a repeated measures linear mixed model. Safety was analysed in all randomly assigned eligible participants. The trial was registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ACTRN12615000775516).

Findings Between Feb 29, 2016, and March 10, 2022, 347 participants were recruited (174 to the opioid group and 173 to the placebo group). 170 (49%) of 346 participants were female and 176 (51%) were male. 33 (19%) of 174 participants in the opioid group and 25 (15%) of 172 in the placebo group had discontinued from the trial by week 6, due to loss to follow-up and participant withdrawals. 151 participants in the opioid group and 159 in the placebo group were included in the primary analysis. Mean pain score at 6 weeks was 2.78 (SE 0.20) in the opioid group versus 2.25 (0.19) in the placebo group (adjusted mean difference 0.53, 95% CI –0.00 to 1.07, $p=0.051$). 61 (35%) of 174 participants in the opioid group reported at least one adverse event versus 51 (30%) of 172 in the placebo group ($p=0.30$), but more people in the opioid group reported opioid-related adverse events (eg, 13 [7.5%] of 174 participants in the opioid group reported constipation vs six [3.5%] of 173 in the placebo group).

Interpretation Opioids should not be recommended for acute non-specific low back pain or neck pain given that we found no significant difference in pain severity compared with placebo. This finding calls for a change in the frequent use of opioids for these conditions.

Funding Australia's National Health and Medical Research Council, University of Sydney Faculty of Medicine and Health, and ReturnToWorkSA.

Copyright © 2023 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduction

Low back pain and neck pain are very prevalent,¹ with low back pain being the largest contributor to years lived with disability globally, and neck pain being the fourth largest.^{2,3} Low back pain and neck pain also impose the highest direct costs of any medical condition.⁴ The economic burden is even greater when the indirect costs are also considered.⁵

Clinical guidelines recommend opioid analgesics for people with acute low back or neck pain only when other pharmacological treatments are contraindicated or have not worked.⁶ Despite these guidelines, as high as two-thirds of people in Australia receive an opioid as first-line treatment when presenting for care with low back pain and neck pain.⁷ In the USA, opioid prescription rates have decreased in the previous decade, but were still dispensed at a rate of 43.3 prescriptions per 100 people in 2020.⁸ The

use of opioids for the management of acute low back pain and neck pain is not supported by direct and robust evidence.⁹ A further concern regarding opioid use is the risks of adverse events, which can be serious (eg, dependency, misuse, and overdose) and could lead to increased mortality.^{10,11} There have been recent calls to reduce the use of opioids, including guidelines from the US Centers for Disease Control and Prevention, the National Institute for Health and Care Excellence in the UK, the Stanford–Lancet Commission, and the Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare.^{11–14}

The aim of this research was to investigate the efficacy and safety of a judicious short course of an opioid analgesic for the management of acute non-specific low back pain and neck pain.

Lancet 2023; 402: 304–12

Published Online

June 28, 2023

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00404-X)

on August 17, 2023

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on August 17, 2023

See [Comment](#) page 267

*Members listed in the appendix (pp 2–3)

Sydney Musculoskeletal Health

(C M P Jones PhD,

Prof J Latimer PhD,

Prof C G Maher DMedSc,

Prof C-W C Lin PhD) and Sydney

Pharmacy School

(Prof A J McLachlan PhD),

Faculty of Medicine and Health,

The University of Sydney,

Sydney, NSW, Australia; The

Institute for Musculoskeletal

Health, Sydney Local Health

District, Sydney, NSW,

Australia (C M P Jones,

Prof J Latimer, Prof C G Maher,

Prof C-W C Lin); Department of

Clinical Pharmacology and

Toxicology, St Vincent's

Hospital Sydney and

St Vincent's Clinical Campus

(Prof R O Day MD) and The

George Institute for Global

Health (Prof L Billot MRes,

S Shan MSc), Faculty of

Medicine, University of New

South Wales, Sydney, NSW,

Australia; Department of

General Practice, Erasmus MC,

Rotterdam, Netherlands

(Prof B W Koes PhD); Center for

Muscle and Joint Health,

University of Southern

Denmark, Odense, Denmark

(Prof B W Koes)

Correspondence to:

Prof C-W C Lin, Sydney

Musculoskeletal Health, Faculty

of Medicine and Health, The

University of Sydney, Sydney,

NSW 2050, Australia

christine.lin@sydney.edu.au

See Online for appendix

Research in context

Evidence before this study

We searched electronic databases MEDLINE (via Ovid), Embase (via Ovid), Cochrane Central Register of Controlled Trials and Systematic Reviews, and the WHO International Clinical Trials Registry Platform for trials or reviews published from database inception to June 9, 2022, which contained search terms “opioid”, “placebo”, and “low back” or “neck pain” or both (and synonyms). We assessed the quality of trials using the Cochrane ROB 1 tool and reviewed the GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations) ratings reported for the certainty of evidence in the systematic reviews. To our knowledge, there are no systematic reviews of opioid analgesics versus placebo for acute spinal pain. A previous review of opioids for spinal pain did not identify any studies on acute pain and found small to no effects of opioids on chronic pain. A review of opioids for acute musculoskeletal pain excluding back pain found that opioids had a small effect over placebo. We found three trials that had some degree of overlap with the OPAL trial. In one trial (low risk of bias) all participants received a non-steroidal anti-inflammatory drug besides an opioid or placebo. This trial found no benefit of adding opioids to non-steroidal anti-inflammatories. The second trial examined acute flares on chronic

neck pain, and the final trial had a short follow-up (2.5 days) and was industry sponsored. These trials reported moderate effects of opioids on pain but had high risk of bias.

Added value of this study

This study is not sponsored by industry and is the first placebo-controlled trial of an opioid analgesic, without the addition of another pain medicine, for acute low back and neck pain. The study reports data on the safety and efficacy of opioids up to the 12-month follow-up, as opposed to many other studies of opioids in acute and chronic low back pain and neck pain, which had short-term follow-ups only and used an enrichment design.

Implications of all the available evidence

Our findings support the results from other studies and reviews on similar populations, which found that the effects of opioids on back and neck pain, and musculoskeletal pain in general, were probably small to none. Our findings also go further to say that not only are opioids not going to benefit individuals with back and neck pain, but they might also cause worse outcomes even after short-term judicious use.

Methods

Study design

The OPAL trial was an investigator-led, multicentre, triple-blinded, randomised controlled trial conducted across 157 primary care clinics and hospitals in Sydney, NSW, Australia. The trial protocol has been published and is summarised in this paper.¹⁵ The trial was designed and overseen by a steering committee. The trial protocol was approved by the University of Sydney's Human Research Ethics Committee (approval number 2015/004) and the Royal Prince Alfred Hospital's Research Ethics Committee (protocol number X16-0390). The trial was done in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Participants

Participants were assessed for eligibility and recruited as they presented to general practitioners (GPs) or a hospital emergency department with a primary complaint of low back pain or neck pain (or both). An advertising campaign on social media was also trialled to identify potential participants and refer them to a trial doctor for screening, assessment, and potential enrolment.

Eligible participants had low back pain (pain between the 12th rib and buttock crease) or neck pain (pain below the occiput to the most distal cervical spine), or both, with or without radiation to the leg (for low back pain) or arm (for neck pain); a current episode of pain for 12 weeks or less and preceded by at least a 1-month period free from back and neck pain; and at least moderate pain severity (as measured by adaptations of

item 7 of the 36-Item Short Form Health Survey [SF-36]—ie, how much low back pain or neck pain [none, very mild, mild, moderate, severe, or very severe] the participant had experienced in the previous week). Potential participants were excluded if they had known or suspected serious spinal pathology (eg, cauda equina syndrome, spinal fracture); contraindications to opioid analgesics based on the recruiting doctor's clinical judgment or scoring high risk on the Opioid Risk Tool;¹⁶ taken a prescription opioid analgesic for the current episode of low back pain or neck pain at a dose higher than 15 mg of oral morphine equivalent per day for 5 or more consecutive days; spinal surgery in the preceding 6 months; scheduled or being considered for surgery or interventional procedures for low back pain or neck pain (or both) during the 6-week treatment period; younger than 18 years; insufficient English language skills or if interpretation was unavailable; and female participants who were planning conception, pregnant, or breastfeeding. All included participants provided informed written consent.

Sex was measured by self report, giving options of male or female. Changes were made to the exclusion criteria during the trial to facilitate recruitment and in response to the up-scheduling of codeine from an over-the-counter to prescription-only medicine in Australia in February, 2018.¹⁷ The original protocol (version 1.0) states that participants must have had back or neck pain (or both) for a minimum of 2 weeks and excluded participants who had taken any prescription opioid (appendix pp 4–6).

Randomisation and masking

All participants were screened by a masked trial doctor who also obtained informed consent. Participants who were identified in emergency departments were referred to a back pain clinic in which a trained trial doctor (rheumatologist) performed the screening process as per protocol. Participants identified from social media were referred to a trial GP for screening as per protocol. The masked trial doctor then provided all participants with guideline-recommended care and a prescription for the trial medicine kit.

Participants were masked and randomly assigned (1:1) to the opioid or placebo group. The randomisation sequence was created using randomly permuted blocks by an independent statistician (who had no involvement in the rest of the trial), then shared with the trial drug manufacturer (PCI Pharma Services, Melbourne, Australia) who created identical medication kits to conceal allocation. The kits were numbered sequentially and sent to pharmacies. The participant filled their prescription at a participating blinded pharmacy to receive a trial medicine kit containing either an opioid

(modified release oxycodone–naloxone) or placebo, dispensed by pharmacists. Individuals assessing outcomes and analysing the data were also masked to group assignment until the analyses were completed and interpretation was agreed upon by all study authors. Tablets were identical in appearance. Success of masking was assessed by asking participants to estimate which group they were allocated to at the week 6 survey.

Procedures

The medication regimen for those assigned to the opioid group started at an oral dose of 5 mg oxycodone and 2.5 mg naloxone as a modified release tablet, twice a day. This dose was gradually titrated up to the maximum dose of 10 mg, twice a day, on the basis of individual participant progress, tolerability, and sedation score, before down-titration to cessation. Treatment continued until adequate improvement (ie, a pain score of 0–1 out of 10 for 3 consecutive days) or for a maximum of 6 weeks. Participants were advised to return to their doctor for follow-up, including repeat prescriptions if appropriate, at weekly intervals. The oxycodone–naloxone combination was chosen to minimise the side-effect of constipation and therefore the risk of unblinding. The modified release formula was selected to allow twice daily dosing and therefore improve the ease and likelihood of compliance.

The placebo group received identical-looking tablets made of colloidal silicon dioxide, microcrystalline cellulose, sodium starch glycolate, and sodium stearyl fumarate, coated in brilliant blue (FCF C142090; PCI Pharma Services, Melbourne, VIC, Australia), and followed the same regimen. All participants were advised not to take non-study opioids during the intervention period. The study doctor was asked to provide guideline-recommended care to both groups. Guideline care was reassurance of a positive prognosis, advice to stay active and to avoid bed rest, and if required, other guideline-recommended treatments including non-opioid analgesics.⁶ However, care was not monitored and provision of other guideline-recommended treatments could be individualised for each patient.

Trial doctors were trained in trial practices and guideline-recommended care for acute low back pain by trial staff upon joining the trial, with additional refreshers provided as needed. Monitoring visits of doctors were done regularly throughout the trial.

Data were collected at baseline, then at weeks 2, 4, 6, 12, 26, and 52 by use of a REDCap database. Outcomes and adverse events were measured via participants completing online surveys, or by research assistants over the phone if preferred by the participant. Adverse events were graded as either serious or not serious as per the Australian National Health and Medical Research Council's Safety Monitoring and Reporting in Clinical Trials guidelines.¹⁸

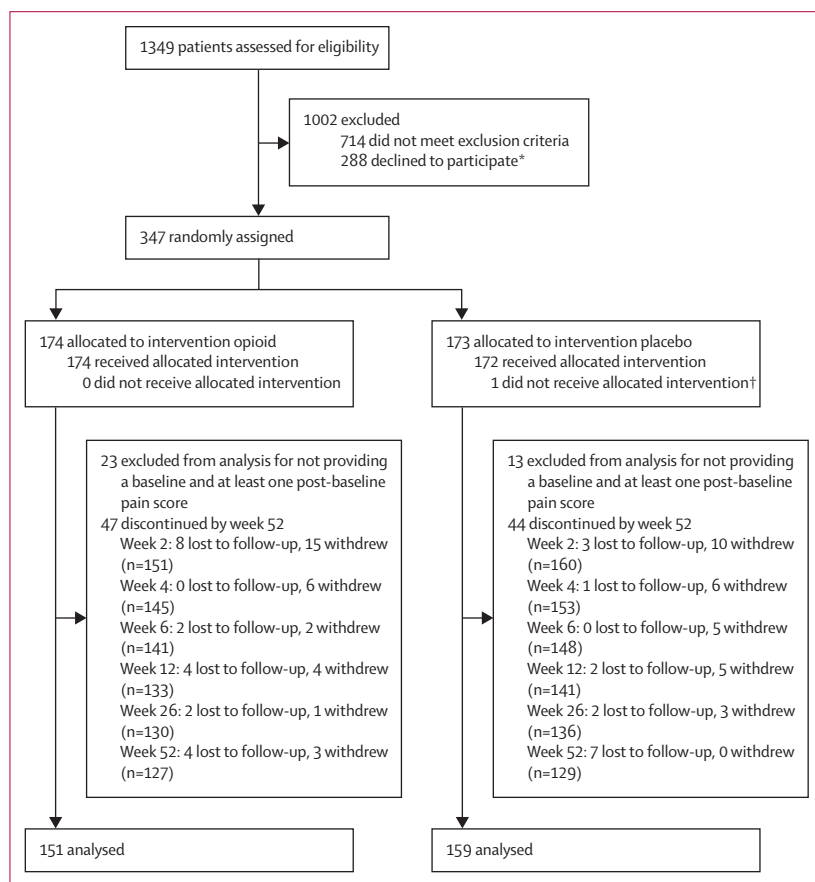


Figure 1: Trial profile

Participants who were lost to follow-up were those whom we were unable to contact; those who withdrew had advised trial staff they no longer wished to participate. *Reasons were collected when possible (appendix pp 10–11). †Excluded after randomisation due to a diagnosis of bony metastases.

	Opioid (n=174)	Placebo (n=172)
Sex		
Female	93/174 (53%)	77/172 (45%)
Male	81/174 (47%)	95/172 (55%)
Age		
n	172	169
Mean (SD), years	44.0 (15.5)	45.4 (16.1)
BMI		
n	139	151
Mean (SD), kg/m ²	28.4 (7.3)	28.9 (6.1)
Pain location		
Low back	136/174 (78%)	141/171 (83%)
Neck	22/174 (13%)	16/171 (9%)
Both	16/174 (9%)	14/171 (8%)
Worse pain in participants with both low back and neck pain		
Low back	7/16 (44%)	9/14 (64%)
Neck	8/16 (50%)	4/14 (29%)
Unable to determine	1/16 (6%)	1/14 (7%)
Low back pain extends to leg		
Yes	88/142 (62%)	88/145 (61%)
No	54/142 (38%)	57/145 (39%)
Neck pain extends to arm		
Yes	21/30 (70%)	11/20 (55%)
No	9/30 (30%)	9/20 (45%)
Pain duration*		
n	171	164
Mean (SD), days	21.1 (56.36)	15.9 (19.71)
Median (IQR), days	7.0 (3.0–21.0)	7.0 (3.0–21.0)
Number of episodes		
n	156	151
Mean (SD)	6.0 (13.03)	6.9 (23.59)
Median (IQR)	1.0 (0.0–6.0)	1.0 (0.0–6.0)
Currently employed		
No	55/171 (32%)	45/164 (27%)
Yes	114/171 (67%)	119/164 (73%)
Chose not to answer	2/171 (1%)	0/164
Employment classification		
Manager	17/114 (15%)	9/119 (8%)
Technician and trade worker	17/114 (15%)	17/119 (14%)
Clerical and administrative	13/114 (11%)	21/119 (18%)
Machinery operator or driver	15/114 (13%)	13/119 (11%)
Professional	17/114 (15%)	21/119 (18%)
Community or personal services worker	16/114 (14%)	13/119 (11%)
Sales worker	7/114 (6%)	11/119 (9%)
Labourer	9/114 (8%)	9/119 (8%)
Sales: self employed	0/114	1/119 (1%)
Not provided	3/114 (3%)	4/119 (3%)
Household income, AUD\$ per week		
No or negative income	10/166 (6%)	8/163 (5%)
\$1–799	47/166 (28%)	28/163 (17%)
\$800–1999	60/166 (36%)	69/163 (42%)
\$2000–3999	21/166 (13%)	18/163 (11%)

(Table 1 continues in next column)

	Opioid (n=174)	Placebo (n=172)
(Continued from previous column)		
\$4000 or more	8/166 (5%)	9/163 (6%)
Chose not to answer	20/166 (12%)	31 (19%)
Health insurance status		
None	90/168 (54%)	74/162 (46%)
Private hospital only	14/168 (8%)	13/162 (8%)
Private ancillary (extras) only	12/168 (7%)	9/162 (6%)
Private hospital and ancillary (extras)	47/168 (28%)	61/162 (38%)
Department of Veteran Affairs†	1/168 (1%)	0/162
Chose not to answer	4/168 (2%)	5/162 (3%)
BPI pain severity		
n	174	171
Mean (SD)	5.7 (1.47)	5.6 (1.45)
BPI pain interference (0–10)		
n	167	165
Mean (SD)	5.9 (1.99)	5.7 (2.00)
RMDQ (0–24)		
n	145	148
Mean (SD)	15.7 (5.02)	15.8 (5.14)
NDI (%)		
n	35	30
Mean (SD)	39.1 (14.97)	42.0 (20.01)
Quality of life scores (SF12v2)		
Physical component		
n	156	159
Mean (SD)	35.9 (9.15)	37.1 (9.56)
Mental component		
n	156	159
Mean (SD)	45.7 (11.32)	46.0 (11.68)
Global perceived effect scale (–5 to 5)		
n	159	162
Mean (SD)	–0.4 (2.75)	–0.5 (2.74)
Participants using health services before enrolment‡		
Had imaging	8/72 (11%)	10/75 (13%)
Other health care	40/72 (56%)	49/75 (65%)
Saw a physiotherapist	24/72 (33%)	16/75 (21%)
Previous use of prescription opioid analgesic		
No	104/166 (63%)	105/160 (66%)
Yes	62/166 (37%)	55/160 (34%)

Data are n/N (%), n, mean (SD), or median (IQR). BPI-PS=Brief Pain Inventory Pain Severity. BPI-IS=Brief Pain Inventory Interference Subscale. RMDQ=Roland Morris Disability Questionnaire. N=number of participants with available data, unless otherwise stated. NDI=Neck Disability Index. *Duration of pain includes one outlier of 700 days in the opioid group. †The Department of Veteran Affairs covers the cost of health services for veterans and eligible family members in Australia. ‡Denominator is the number of participants who used any health service, and the numerator is the number of participants who used the corresponding category of service.

Table 1: Participant baseline characteristics

Outcomes

The primary endpoint was pain intensity (measured on a 0–10 scale by the Brief Pain Inventory Pain Severity Subscale) at 6 weeks after randomisation. The secondary outcomes and timepoints are listed in the appendix (pp 7–9).

Statistical analysis

A detailed a-priori statistical analysis plan was published before database lock.¹⁹ A sample size of 173 participants per group (346 total) had 90% power to detect a between-group difference of 1 on a 10-point pain scale at 6 weeks assuming a SD of 2.5 and an α of 5%, and allowing for 5% dropout and 10% non-compliance. We estimated that 1 on a 10-point scale would be the minimal clinical difference.¹⁵ All analyses were to be conducted by intention to treat—ie, by analysing all participants according to their randomised group and regardless of any departure from the protocol. The primary outcome was analysed in all randomly assigned participants who received the allocated intervention and had provided a baseline and at least one post-baseline pain score. Safety

outcomes were analysed in all randomly assigned participants who received the allocated intervention.

Repeated-measures linear mixed models were used to assess the effect of treatment group on pain severity. The model included outcome data collected at every follow-up visit with fixed effects for the randomised treatment allocation, timepoint as a categorical variable, the interaction between treatment and timepoint, and the baseline pain severity score. Correlations between repeated measures were modelled using a repeated effect with a compound-symmetry structure. The primary treatment effect was estimated as the adjusted mean difference in pain severity at the week 6 visit between groups and its 95% CI. The same model was used to estimate the effect of the treatment at weeks 12 and 52, as part of the pre-specified analyses. Continuous secondary outcomes were analysed using the same approach. Safety and health-care utilisation outcomes were reported as proportions and analysed with Fisher's exact test. Time to recovery was compared using a log-rank test and was measured from randomisation.

A prespecified subgroup analysis by site of pain and sex was done on the primary outcome. Prespecified sensitivity analyses included (1) adding duration of the current pain episode and site of pain as covariates to the main model and (2) multiple imputations of missing outcome data using fully conditional specification with 100 imputations. Post-hoc sensitivity analyses included a tipping point analysis done on the imputed data. The data and safety monitoring board met twice during the study to review safety data but there were no planned interim analyses.

Because of the clear outcome hierarchy and limited number of related secondary outcomes, we did not adjust for multiplicity; however, secondary outcome results should be interpreted as exploratory. Data were analysed and validated using SAS Enterprise Guide version 7.1. The trial was prospectively registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ACTRN12615000775516).

Role of the funding source

The funders of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or writing of the report.

Results

347 participants were randomly assigned to a treatment group between Feb 29, 2016, and March 10, 2022, when the recruitment target was reached: 174 to the opioid group and 173 to the placebo group (figure 1). One participant (from the placebo group) was diagnosed with bony metastases after randomisation and was excluded after randomisation. The mean age at baseline in the total study population was 44.7 years (SD 15.8). No major differences were found in baseline characteristics, with age, BMI, pain location, and employment status being similar across groups (table 1). The opioid group had a slightly higher

	Opioid (n=174)		Placebo (n=172)		Mean difference (95% CI)	p value
	n	Mean (SE)	n	Mean (SE)		
Pain severity (BPI-PS)						
Week 2	136	3.81 (0.19)	140	3.54 (0.19)	NA	NA
Week 4	127	3.08 (0.20)	122	2.73 (0.20)	NA	NA
Week 6	132	2.78 (0.20)	138	2.25 (0.19)	0.53 (−0.00 to 1.07)	0.051
Week 12	124	2.58 (0.20)	129	2.10 (0.19)	0.48 (−0.06 to 1.02)	0.083
Week 26	121	2.67 (0.20)	126	1.87 (0.19)	NA	NA
Week 52	123	2.37 (0.20)	128	1.81 (0.19)	0.57 (0.02 to 1.11)	0.041
Physical functioning, generic (BPI-IS)						
Week 2	126	3.90 (0.22)	132	3.58 (0.21)	NA	NA
Week 4	115	2.92 (0.22)	115	2.75 (0.22)	NA	NA
Week 6	125	2.64 (0.22)	126	2.12 (0.21)	0.52 (−0.08 to 1.12)	0.088
Week 12	114	2.48 (0.22)	120	1.90 (0.22)	0.58 (−0.03 to 1.19)	0.064
Physical functioning, back (RMDQ)						
Week 6	109	8.89 (0.64)	109	6.56 (0.64)	2.33 (0.55 to 4.11)	0.011
Physical functioning, neck (NDI), %						
Week 6	23	22.70% (3.66)	19	20.98% (3.93)	1.73 (−9.16 to 12.61)	0.75
Quality of life, physical score (SF-12v2)						
Week 2	119	39.24 (0.85)	125	40.00 (0.81)	NA	NA
Week 4	112	41.44 (0.86)	113	42.28 (0.84)	NA	NA
Week 6	119	43.78 (0.85)	117	44.62 (0.83)	−0.84 (−3.17 to 1.50)	0.48
Week 12	111	45.27 (0.86)	118	45.66 (0.82)	−0.40 (−2.74 to 1.95)	0.74
Quality of life, mental score (SF-12v2)						
Week 2	119	47.46 (0.87)	125	48.50 (0.82)	NA	NA
Week 4	112	48.65 (0.88)	113	50.46 (0.86)	NA	NA
Week 6	119	48.01 (0.86)	117	51.26 (0.85)	−3.25 (−5.63 to −0.87)	0.0075
Week 12	111	48.24 (0.88)	118	51.91 (0.84)	−3.67 (−6.07 to −1.27)	0.0028
Global perceived effect scale						
Week 2	121	1.22 (0.23)	126	1.76 (0.23)	NA	NA
Week 4	114	1.81 (0.24)	114	1.93 (0.24)	NA	NA
Week 6	121	2.01 (0.23)	119	2.16 (0.23)	−0.15 (−0.80 to 0.50)	0.65
Week 12	111	2.27 (0.24)	119	2.46 (0.23)	−0.19 (−0.85 to 0.47)	0.58

For all outcomes, higher scores reflect worse outcomes except for quality of life (mental and physical) and global perceived effect, for which higher scores reflect better outcomes. BPI-PS=Brief Pain Inventory Pain Severity. BPI-IS=Brief Pain Inventory Interference Subscale. NA=not applicable. NDI=Neck Disability Index. RMDQ=Roland Morris Disability Questionnaire. SE=standard error.

Table 2: Model results for primary and secondary outcomes

proportion of female individuals than male individuals. Of the 347 participants, 335 (97%) were recruited from primary care and 12 (3%) from emergency departments; none were recruited from social media advertising. 310 (89%) participants (151 [49%] in the opioid group and 159 [51%] in the placebo group) had a baseline and at least one post-randomisation pain score, and were thus included in the primary analysis. No baseline differences in age, pain duration, or pain severity were found in participants with or without missing data at week 6, although a slightly larger proportion of female participants had missing data than male participants (appendix p 12).

No significant difference was found in pain scores at 6 weeks between the opioid plus guideline care group and the placebo plus guideline care group (adjusted mean difference 0.53, 95% CI -0.00 to 1.07, $p=0.051$; table 2, figure 2).

No difference was found in the primary outcome between male and female participants or between participants with low back pain or neck pain (appendix p 13). Results were consistent after further adjusting for site of pain and number of days since the onset of pain (mean difference 0.50, 95% CI -0.03 to 1.03, $p=0.064$). Results of multiple imputations including post-hoc tipping point analyses (appendix pp 14–15) supported main results, with the mean difference in pain score at week 6 either non-significant or favouring placebo.

Pain severity was not significantly different between groups at week 12. However, the between-group difference increased over time and by week 52 there was a small difference favouring placebo (table 2).

No significant difference was found in physical functioning measured by the generic scale (Brief Pain Inventory: pain interference) or condition-specific scale for people with neck pain (Neck Disability Index; table 2). A significant difference was found in the condition-specific scale (Roland Morris Disability Questionnaire) for people with low back pain, favouring placebo at week 6 (table 2). No significant difference was found between groups for quality of life on the physical function subscale, but a small yet significant difference favouring placebo for the mental health subscale was found at 6 weeks and 12 weeks (table 2). No significant between-group difference was shown for global perceived effect scores (table 2), time to recovery (appendix pp 16–17), work absenteeism, or health-care utilisation during the treatment period (table 3). More people in the opioid group had ongoing pain at weeks 26 and 52 than in the placebo group (appendix pp 18–20). However, there was no between-group difference in overall health-care use in the 12-month follow-up period (72 [41%] of 174 participants in the opioid group reported visiting a GP, undergoing imaging, physiotherapy, seeing specialist doctors, or seeking other health care vs 78 [45%] of 172 participants in the placebo group; table 3) or use of opioids for people with ongoing pain at weeks 26 or 52 (appendix pp 18–20).

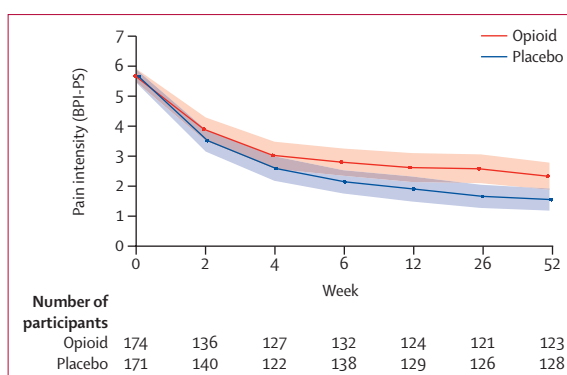


Figure 2: Longitudinal plot of mean pain severity score

Datapoints show mean scores at each timepoint, and the shaded areas show 95% CIs. Estimates are raw values (not modelled). BPI-PS=Brief Pain Inventory, pain severity subscale.

There was no difference between groups in the proportion of participants reporting adverse events (serious and non-serious; table 3; appendix pp 21–27). 13 serious adverse events were reported; one in the opioid group was deemed possibly related to the study treatment (an acute mental disorder). 127 non-serious adverse events were reported in 61 (35%) participants in the opioid group, and 91 non-serious adverse events were reported in 51 (30%) participants in the placebo group. The most common events across both groups were nausea and vomiting ($n=33$), constipation ($n=30$), headache ($n=10$), dizziness ($n=9$), and somnolence ($n=7$); all of these were more frequently reported in the opioid group except headache (appendix pp 23–27).

Risk of misuse was not different between groups at weeks 12 and 26, but significantly higher in the opioid group at week 52, with 24 (20%) of 123 participants at risk of misuse according to the Current Opioid Misuse Measure Scale compared with 13 (10%) of 128 people in the placebo group ($p=0.049$; table 3).

Compliance (taking at least 80% of the prescribed dose when comparing participant-reported medication diary against prescription data)¹⁹ was similar between groups (50 [55%] of 91 in the opioid group, 61 [56%] of 108 in the placebo group; appendix pp 28–29).

78 participants had at least one protocol deviation (44 [25%] of 174 in the opioid group and 34 [20%] of 173 in the placebo group; appendix p 30); the most common deviation was having taken an opioid before randomisation (higher than the allowed dose of up to 15 mg per day of morphine equivalent for up to 5 days) or taking a concomitant opioid during the treatment period.

Success of blinding was assessed at week 6. The majority of participants did not know which group they were randomised to (64 [52%] of 122 in the opioid group and 64 [54%] of 118 in the placebo group); 29 (24%) of 122 participants correctly guessed they were in the opioid group and 37 (31%) of 118 participants correctly guessed they were in the placebo group. There was a small difference between participants who were in the opioid

	Opioid (n=174)	Placebo (n=172)	Fisher exact test p value
Safety			
Serious adverse events	9 events; 7 (4%)	4 events; 4 (2%)	0.54
Related	1 event; 1 (1%)	0 events; 0	1.00
Unrelated	6 events; 4 (2%)	3 events; 3 (2%)	1.00
Outside treatment window	2 events; 2 (1%)	1 event; 1 (1%)	1.00
Adverse events	127 events; 61 (35%)	91 events; 51 (30%)	0.30
Health-care use	208 events; 72 (41%)	225 events; 78 (45%)	0.52
General practitioner	46 events; 33 (19%)	58 events; 39 (23%)	0.42
Imaging	31 events; 19 (11%)	24 events; 19 (11%)	1.00
Other health care	47 events; 24 (14%)	46 events; 28 (16%)	0.54
Physiotherapy	71 events; 42 (24%)	86 events; 46 (27%)	0.62
Specialist doctor	13 events; 10 (6%)	11 events; 8 (5%)	0.80
Use of concomitant medications for back and neck pain	381 events; 98 (56%)	385 events; 100 (58%)	0.74
Simple analgesia	91 events; 44 (25%)	77 events; 44 (26%)	1.00
NSAID	128 events; 65 (37%)	153 events; 73 (42%)	0.37
Combination opioid	48 events; 29 (17%)	36 events; 20 (12%)	0.21
Strong opioid	25 events; 16 (9%)	29 events; 18 (11%)	0.72
Weak opioid	3 events; 3 (2%)	3 events; 2 (1%)	1.00
Other	86 events; 35 (20%)	87 events; 37 (22%)	0.79
Use of concomitant medications for other reasons			
Simple analgesia	1 event; 1 (1%)	1 event; 1 (1%)	1.00
NSAID	1 event; 1 (1%)	1 event; 1 (1%)	1.00
Combination opioid	1 event; 1 (1%)	0 events; 0	1.00
Strong opioid	1 event; 1 (1%)	0 events; 0	1.00
Other	9 events; 7 (4%)	4 events; 4 (2%)	0.54
At risk of misuse (scoring 9 or more on current opioid misuse measure scale)			
Week 12	28/124 (23%)	22/129 (17%)	0.34
Week 26	24/121 (20%)	14/126 (11%)	0.077
Week 52	24/123 (20%)	13/128 (10%)	0.049
Total hours off paid work*			
n	140	147	..
Mean (SD)	24.1 (70.95)	12.3 (35.22)	0.073†
Median (IQR)	0.0 (0.0–8.0)	0.0 (0.0–16.0)	..
Range	0–460	0–374	..

Except for risk of misuse, percentages are calculated using all randomised participants who received their allocated intervention as the denominator. Denominators in the risk of misuse data are only participants with available data for this outcome. NSAID=non-steroidal anti-inflammatory drug. NA=not applicable. *For total hours off paid work, n is the number of all participants with available information on missed work including those who did not miss any work. †p value obtained using a t test.

Table 3: Safety and other outcomes

group but thought they were receiving a placebo (29 [24%] of 122) and participants who were in the placebo group but thought they were receiving an opioid (17 [14%] of 118; appendix pp 28–29). No economic evaluation was done because no difference was found between treatment groups for the primary outcome.

Discussion

This study found there was no benefit of an opioid compared with placebo in people receiving guideline care for acute non-specific low back pain or neck pain. No

significant difference was found in pain severity at the primary timepoint (6 weeks); however, we could not exclude a small benefit favouring placebo. The difference in pain scores between the groups increased over time until week 52, at which time there was a small but significant difference favouring placebo. For secondary outcomes, there was either no difference or small effects favouring placebo. There was no difference in the proportions of participants reporting an adverse event between groups; however, there were more reports of nausea, constipation, and dizziness in the opioid group than the placebo group. Participants in the opioid group had a greater risk of opioid misuse at week 52 than those in the placebo group. This finding is based on the Current Opioid Misuse Measure, which assesses key risk factors such as signs and symptoms of intoxication, emotional volatility, addiction, and problematic medication behaviour. Our results suggest that even a short course of opioids can increase the risk of long-term misuse. Population-based data from Australia suggest that 2.6% of adults prescribed opioids were still using opioids 12 months later.²⁰

This is the first blinded, placebo-controlled, multicentre trial of an opioid for acute non-specific spinal pain to measure treatment effects including short-term harms (adverse events) and long-term harms (opioid misuse risk). The trial was prospectively registered, and the trial design, conduct, analysis, and reporting have been transparent^{15,19} and independent. A limitation is that approximately 25% of data were missing at the primary timepoint, which reduced the power of the trial and could introduce bias if the data were not missing at random. This limitation was managed by analysing all participants with at least one post-baseline measurement using a repeated-measure model, thus reducing the proportion of excluded participants to 10% of all randomised participants. Sensitivity analyses using multiple imputations and tipping point analyses supported the robustness of the main findings and showed that the findings were unlikely to have been affected by the missing data. This rate of missing data is common in trials of opioids versus placebo. In two systematic reviews,^{21,22} 20–21% of trials for general musculoskeletal pain (207 trials) and chronic back pain (20 trials) had more than 20% missing data.

Another limitation is the compliance to the medication regimen. Only 199 (58%) of all 346 participants reported their compliance and of those, just more than half across were compliant (taking ≥80% of prescribed medicines). Importantly, compliance did not differ between groups, is consistent with other drug trials in back pain, and might reflect real-world practice.²³ A further limitation is that we did not collect data on exactly what guideline care was offered to participants in both groups. However, we did collect data on key types of health-care utilisation and concomitant medications (table 3) and did not detect any difference between treatment groups. Deviations

from the treatment protocol were monitored and are reported (appendix p 30).

Our findings show that even judicious, short-term use of an opioid conferred no benefits in pain reduction and led to a small increase in pain at the medium-term and long-term compared with placebo. The opioid group had worse quality-of-life mental health scores than the placebo group. The placebo group did better in some other outcomes, although differences were not significant. Although no difference was found in overall time to recovery, more people in the placebo group recovered in the first 14 days compared with those in the opioid group. Importantly, taking opioids had a risk of long-term misuse. The absence of effect of the opioid medicine is unlikely to be due to the oxycodone–naloxone combination. Less than 3% of the naloxone that is orally ingested reaches systemic circulation and does not have an effect on the analgesic effects of oxycodone, which has a bioavailability of 60–70%.²⁴ The use of oxycodone over other opioid choices reflects clinical practice in Australia, where oxycodone is the most common medicine prescribed for acute back pain.⁷

Of 346 participants, the OPAL study sample included 170 (49%) female participants, and had a mean age of 44.7 years (SD 15.8), which is representative of the population with low back and neck pain.²⁵ Although we did not collect racial, ethnic, or cultural data, we sampled from both metropolitan and regional geographical areas in and around Sydney, including areas with low socioeconomic status, and high cultural and linguistic diversity (Arabic, Chinese, Vietnamese, Greek, and Australian Aboriginal).

These findings differ from previous reviews on other pain conditions that have found a small effect of opioid analgesics compared with placebo for chronic low back pain²² and other acute musculoskeletal pain.²¹ However, they support findings of previous reviews showing that opioids did not add any extra pain-relieving effect to paracetamol for acute musculoskeletal injuries,²⁶ and were not superior to non-steroidal anti-inflammatories (NSAIDs).²¹ Three previous trials compared opioids with placebo for spinal pain, two of which differ from our findings (they found a moderate effect for opioids, but were at high risk of bias),^{27,28} and one of which supports our findings (no effect, low risk of bias, but the regimen included NSAIDs).²⁹

Previous studies have reported substantial harms from long-term opioid use.³⁰ We report a small but significant risk of harm at 1 year even after short-term use. This finding is counter to guidelines, which recommend that opioids can be used judiciously for acute back pain, given that we found that there are no benefits but there is risk of harm. Our findings do, however, support the changes in guideline recommendations for low back pain management, which have seen a shift in focus from pharmacological to non-pharmacological treatments, such as physical and psychological therapies.³¹ That is, the first line management of acute low back pain and neck pain should rely on reassurance and advice to stay

active, and simple analgesics such as NSAIDs if necessary.³²

Short-term, judicious use of an opioid analgesic plus guideline care did not confer any benefits for people with acute low back pain or neck pain when compared with placebo plus guideline care and had a small but significant harmful effect on risk of opioid misuse in the long-term. There is no evidence that opioids should be prescribed for people with acute non-specific low back pain or neck pain.

Contributors

C-WCL, CGM, AJM, JL, ROD, LB, and BWK conceived the trial and secured funding. C-WCL was responsible for the trial oversight. CMPJ, LB, SS, and C-WCL verified the data in this study. CMPJ prepared the data for analysis. LB and SS conducted the statistical analysis. CMPJ wrote the first draft of the manuscript with input from C-WCL. CMPJ, ROD, BWK, JL, AJM, CGM, LB, SS, and C-WCL agreed on a masked interpretation of the results, and then provided critical feedback and edits to the manuscript. All authors reviewed the manuscript before submission. For additional roles and responsibilities please see the appendix (pp 2–3). All authors had full access to all the data in this study and accept responsibility to submit for publication.

Declaration of interests

C-WCL and CGM are supported by National Health and Medical Research Council fellowships (APP1193939, awarded to C-WCL; and APP1194283, awarded to CGM). All other authors declare no competing interests.

Data sharing

De-identified sections of the dataset will be available from the corresponding author upon reasonable request from the time of publication.

Acknowledgments

We thank the OPAL study investigators, participants, all collaborators, and the trial funders (Australia's National Health and Medical Research Council, University of Sydney Faculty of Medicine and Health, and ReturnToWorkSA).

References

- Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; **396**: 1204–22.
- Wu A, March L, Zheng X, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* 2020; **8**: 299.
- Safiri S, Kolahi AA, Hoy D, et al. Global, regional, and national burden of neck pain in the general population, 1990–2017: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *BMJ* 2020; **368**: m791.
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; **391**: 2356–67.
- Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults: the economic burden. *Asia Pac J Public Health* 2003; **15**: 79–87.
- Chiarotto A, Koes BW. Nonspecific low back pain. *N Engl J Med* 2022; **386**: 1732–40.
- Ferreira GE, Machado GC, Abdel Shaheed C, et al. Management of low back pain in Australian emergency departments. *BMJ Qual Saf* 2019; **28**: 826–34.
- Centers for Disease Control and Prevention. US opioid dispensing rate map. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/rxrate-maps/index.html> (accessed May 9, 2022).
- Deyo RA, Von Korff M, Duhrkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ* 2015; **350**: g6380.
- Degenhardt L, Grebely J, Stone J, et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet* 2019; **394**: 1560–79.
- Humphreys K, Shover CL, Andrews CM, et al. Responding to the opioid crisis in North America and beyond: recommendations of the Stanford–Lancet Commission. *Lancet* 2022; **399**: 555–604.

- 12 Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Opioid analgesic stewardship in acute pain clinical care standard (2022). 2022. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/opioid-analgesic-stewardship-acute-pain-clinical-care-standard> (accessed May 9, 2022).
- 13 National Institute for Health and Care Excellence. Recommendations for medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/chapter/Recommendations> (accessed May 9, 2022).
- 14 Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain—United States, 2022. *MMWR Recomm Rep* 2022; **71**: 1–95.
- 15 Lin C-WC, McLachlan AJ, Latimer J, et al. OPAL: a randomised, placebo-controlled trial of opioid analgesia for the reduction of pain severity in people with acute spinal pain. Trial protocol. *BMJ Open* 2016; **6**: e011278.
- 16 Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med* 2005; **6**: 432–42.
- 17 Australian Therapeutic Goods Administration. Current list of up-scheduled codeine containing products. 2018. <https://www.tga.gov.au/community-qa/current-list-scheduled-codeine-containing-products> (accessed June 21, 2022).
- 18 National Health and Medical Research Council. Safety monitoring and reporting in clinical trials involving therapeutic goods. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/safety-monitoring-and-reporting-clinical-trials-involving-therapeutic-goods> (accessed Sept 6, 2022).
- 19 Jones CMP, Lin CC, Day RO, et al. OPAL: a randomised, placebo-controlled trial of opioid analgesia for the reduction of pain severity in people with acute spinal pain—a statistical analysis plan. *Trials* 2022; **23**: 212.
- 20 Lalic S, Ilomäki J, Bell JS, Korhonen MJ, Gisev N. Prevalence and incidence of prescription opioid analgesic use in Australia. *Br J Clin Pharmacol* 2019; **85**: 202–15.
- 21 Busse JW, Sadeghirad B, Oparin Y, et al. Management of acute pain from non-low back, musculoskeletal injuries: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Ann Intern Med* 2020; **173**: 730–38.
- 22 Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2016; **176**: 958–68.
- 23 Bier JD, Kamper SJ, Verhagen AP, Maher CG, Williams CM. Patient nonadherence to guideline-recommended care in acute low back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2017; **98**: 2416–21.
- 24 NPS Medicinewise. Oxycodone-with-naloxone controlled-release tablets (Targin) for chronic severe pain. 2011. <https://www.nps.org.au/radar/articles/oxycodone-with-naloxone-controlled-release-tablets-targin-for-chronic-severe-pain> (accessed Sept 2, 2022).
- 25 Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; **64**: 2028–37.
- 26 Scott G, Gong J, Kirkpatrick C, Jones P. Systematic review and meta-analysis of oral paracetamol versus combination oral analgesics for acute musculoskeletal injuries. *Emerg Med Australas* 2021; **33**: 107–13.
- 27 Lasko B, Levitt RJ, Rainsford KD, Bouchard S, Rozova A, Robertson S. Extended-release tramadol/paracetamol in moderate-to-severe pain: a randomized, placebo-controlled study in patients with acute low back pain. *Curr Med Res Opin* 2012; **28**: 847–57.
- 28 Ma K, Jiang W, Zhou Q, Du DP. The efficacy of oxycodone for management of acute pain episodes in chronic neck pain patients. *Int J Clin Pract* 2008; **62**: 241–47.
- 29 Friedman BW, Dym AA, Davitt M, et al. Naproxen with cyclobenzaprine, oxycodone/acetaminophen, or placebo for treating acute low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; **314**: 1572–80.
- 30 Chou R, Deyo R, Devine B, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid treatment of chronic pain. 2014. <https://europepmc.org/article/med/30313000> (accessed May 27, 2022).
- 31 Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust* 2018; **208**: 272–75.
- 32 van der Gaag WH, Roelofs PDDM, Enthoven WTM, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; **4**: CD013581.



Chronic Pain 2

Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions

Mary-Ann Fitzcharles*, Steven P Cohen*, Daniel J Clauw, Geoffrey Littlejohn, Chie Usui, Winfried Häuser

Lancet 2021; 397: 2098–110

See [Comment](#) page 2029

This is the second in a [Series](#) of three papers about chronic pain

*Contributed equally

Department of Rheumatology and Alan Edwards Pain Management Unit, McGill University, Montreal, QC, Canada

(M-A Fitzcharles MBChB);

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences and

Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine,

Neurology and Physical

Medicine and Rehabilitation at Johns Hopkins Hospital,

Baltimore, MD, USA

(Prof S P Cohen MD); Uniformed

Services University of the

Health Sciences, Bethesda, MD, USA (Prof S P Cohen);

Departments of

Anesthesiology, Medicine, and Psychiatry, Chronic Pain and

Fatigue Research Center, the

University of Michigan Medical School, Ann Arbor, MI, USA

(Prof D J Clauw MD);

Department of Rheumatology and Department of Medicine,

Monash Health and Monash

University, Clayton,

Melbourne, VIC, Australia

(G Littlejohn MD); Department of Psychiatry, Juntendo

University School of Medicine,

Tokyo, Japan (C Usui MD); Department Internal Medicine

I, Klinikum Saarbrücken,

Saarbrücken, Germany

(W Häuser MD); Department of

Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Technische

Universität München,

München, Germany (W Häuser)

Correspondence to:

Dr Mary-Ann Fitzcharles,

Department of Rheumatology

and Alan Edwards Pain

Management Unit, McGill

University, Montreal,

QC H3G 1A4, Canada

mary-ann.fitzcharles.med@

ssss.gouv.qc.ca

Nociplastic pain is the semantic term suggested by the international community of pain researchers to describe a third category of pain that is mechanistically distinct from nociceptive pain, which is caused by ongoing inflammation and damage of tissues, and neuropathic pain, which is caused by nerve damage. The mechanisms that underlie this type of pain are not entirely understood, but it is thought that augmented CNS pain and sensory processing and altered pain modulation play prominent roles. The symptoms observed in nociplastic pain include multifocal pain that is more widespread or intense, or both, than would be expected given the amount of identifiable tissue or nerve damage, as well as other CNS-derived symptoms, such as fatigue, sleep, memory, and mood problems. This type of pain can occur in isolation, as often occurs in conditions such as fibromyalgia or tension-type headache, or as part of a mixed-pain state in combination with ongoing nociceptive or neuropathic pain, as might occur in chronic low back pain. It is important to recognise this type of pain, since it will respond to different therapies than nociceptive pain, with a decreased responsiveness to peripherally directed therapies such as anti-inflammatory drugs and opioids, surgery, or injections.

Introduction

Development of a new pain descriptor

Previously, chronic pain was thought to arise via two sources: nociceptive, which is associated with an ongoing input from real or threatened tissue injury, and neuropathic, caused by injury or disease affecting the peripheral nervous system or CNS. This belief left other chronic pain conditions with well defined phenotypes, but without clear evidence of nociceptive or neuropathic involvement, in a nebulous zone. In 2016, the term nociplastic pain was proposed as a mechanistic descriptor for chronic pain states not characterised by obvious activation of nociceptors or neuropathy, “but in whom clinical and psychophysical findings suggest altered nociceptive function”.¹ Nociplastic pain can be mechanistically defined as pain arising from the altered function of pain-related sensory pathways in the periphery and CNS, causing increased sensitivity.² Nociplastic pain can

occur in isolation or as a comorbidity in individuals with chronic pain conditions that are primarily nociceptive or neuropathic.

Nociplastic pain should be viewed as an overarching terminology that can be applied to a diverse range of clinical conditions that share common neurophysiological mechanisms, involving various organ systems. Distinct from a specific disease, this term provides validity for pain complaints previously identified by stigmatising terms such as dysfunctional pain or medically unexplained somatic syndromes. Given that there are overlapping conditions characterised by nociplastic pain, findings from more studied conditions (eg, fibromyalgia) may be extrapolated to more obscure conditions, because mechanism-based pain treatment is considered theoretically superior to symptom or disease-based treatments.³ By recognising the characteristics of nociplastic pain and identifying concomitant symptoms, physicians can establish a diagnosis even in the absence of defining biomarkers. Accumulated scientific understanding of the neurobiology of pain prompted the Terminology Task Force of the International Association for the Study of Pain (IASP)¹ to propose this new term, which is mechanistically and clinically distinct from the other two pain categories. Nociplastic pain refers to a physiologically based category that is particularly applicable to chronic primary pain conditions outlined in the new International Classification of Diseases 11th edition, published by WHO.⁴ The IASP has subdivided chronic primary pain conditions, defined as chronic pain in one or more anatomic regions associated with notable emotional distress or disability that cannot be better explained by another chronic pain condition, into the following five categories: chronic widespread pain (eg, fibromyalgia), complex regional pain syndrome, chronic primary

Search strategy and selection criteria

From January, 2019, to January, 2020, we searched the databases MEDLINE, Ovid, Google Scholar, and Google using the key words “chronic pain”, “diffuse pain”, “chronic pain disorder”, “nociplastic pain”, “functional pain”, “somatoform disorder”, “somatization”, “somatic symptom disorder”, and “widespread pain”, along with key words adapted for individual conditions (eg, “fibromyalgia”, “fibrositis”, “temporomandibular disorder”, “temporomandibular joint pain”). For treatment sections and tables, our selection criteria gave precedence to systematic reviews, guidelines, meta-analyses, and large, randomised trials, but did not exclude any data source. We imposed no date or language restrictions.

headache and orofacial pain, chronic primary visceral pain, and chronic primary musculoskeletal pain.⁵ The term chronic primary pain presupposes the causal dysfunction of nociceptive processing, which distinguishes it from somatic symptom disorders, which are defined by psychological symptoms irrespective of any underlying somatic disease that might explain the physical symptoms.

Challenges in treatment and understanding

Caring for patients with nociplastic pain is challenging; the pain complaint is often difficult to describe, there are associated subjective symptoms, and pathognomonic clinical findings or biomarkers are absent. Nociplastic pain conditions are frustrating for both health-care professionals and patients, with physicians uncertain regarding diagnosis and patients resentful that their symptoms are doubted. Nociplastic pain represents a dynamic interplay of various mechanisms causing or amplifying pain, arising *de novo* or triggered by pain generator(s) that can be driven by the peripheral nervous system or the CNS, psychologically driven, or a combination. It is a phenotypic expression of multifactorial processes originating from different inputs, which could be either a bottom-up response to a peripheral nociceptive or a neuropathic trigger (ie, often referred to as central sensitisation), or a top-down CNS-driven response.⁶ Categorising pain as being confined to one mechanistic group is an oversimplification, and many or even most pain states represent a mixed-pain picture with substantial mechanistic overlap.⁷ With the improved understanding of pain mechanisms, the current list of nociplastic pain conditions will probably evolve.

Nociplastic pain as part of a continuum

Although the proposed definition identifies nociplastic pain as a unique category devoid of actual or threatened tissue or somatosensory damage, there is evidence for the overlap of nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain, indicating that nociplastic pain is not a distinct entity, but part of a chronic pain continuum.¹ For example, the term mixed pain has been used to describe conditions such as chronic low back pain that might have nociceptive, neuropathic, and nociplastic components.⁸ This effect occurs in individuals with both nociceptive (eg, rheumatic disorders) and neuropathic pain (eg, small fibre neuropathy) whereby nociplastic mechanisms, often identified as comorbid fibromyalgia, are viewed as a concurrent condition.⁹ For some conditions, more than a third putatively involve nociceptive, neuropathic, and nociplastic mechanisms in combination.⁷ Studies that make use of instruments predating the concept of nociplastic pain have found neuropathic-like components in 12% of patients with low back pain and more than a third of patients with knee or hip arthritis, which probably represent nociplastic mechanisms.^{10,11} Similar to other chronic

pain conditions, nociplastic pain is associated with other symptoms, leading experts to propose expansive terminology to include the term syndrome, namely nociplastic pain syndrome. The addition of the term syndrome acknowledges the presence of a constellation of symptoms with no clearcut pathophysiological mechanism(s), which differs from a disease with well defined pathophysiological mechanisms and objective diagnostic test results.

Neurophysiological underpinning

The mechanistic common denominator of nociplastic pain is the amplified processing of or decreased inhibition of pain stimuli at multiple levels in the nervous system, or both. There are probably numerous initiating routes that lead to a final common pathway of the amplification of nociceptive perception, transduction, and transmission (figure).

The concept that pain hypersensitivity after a traumatic noxious stimulus in the periphery could be mediated by both peripheral and CNS changes was first proposed by Woolf,¹² who used the term central sensitisation to refer to the spinal mechanisms that augmented the ongoing peripheral nociceptive input. Subsequent studies identified a plethora of spinal and supraspinal mechanisms capable of causing, amplifying, or perpetuating pain, with an operative emphasis on nociceptive input.^{13–15} In the mid-1990s, the concept of central sensitisation was introduced to explain the regional and diffuse pain hypersensitivity associated with various chronic pain conditions, including peripheral neuropathic pain,¹⁶ fibromyalgia,¹⁷ headache,¹⁸ temporomandibular disorder,¹⁹ irritable bowel syndrome (IBS),²⁰ and interstitial cystitis.²¹ In these conditions, pain alterations identified by quantitative sensory testing (QST) extended to more than localised body regions.

The pattern of expanding pain that was characterised by hyperalgesia (increased pain in response to painful stimuli) and allodynia (pain in response to normally non-painful stimuli) suggested supraspinal rather than purely spinal dysfunction.²² In addition to widespread pain and tenderness, patients had other symptoms that were suggestive of CNS involvement, including fatigue, sleep, mood and memory difficulties, and sensitivity to non-nociceptive sensory stimuli such as light (photosensitivity) and sound (hyperacusis). Dynamic QST tests have shown that other abnormalities in pain processing in the CNS and peripheral nervous system, including an increase in facilitative activity and decreased descending inhibition, contribute to pain amplification.²³ Examples of facilitative activity include temporal summation or increasing pain perception after repeated noxious stimulus secondary to a so-called wind-up (ie, an enhanced spinal neuron response after C-fibre or, less commonly, A- δ stimulation), and the expansion of receptive fields and hyperalgesia or allodynia, or both, secondary to central sensitisation.

Diminished descending modulation might manifest as allodynia or hyperalgesia, and can be measured by conditioned pain modulation (figure).

Imaging findings

Newer imaging techniques, such as functional, chemical, and structural brain imaging, have elucidated

the underlying CNS mechanisms driving central sensitisation.²⁴ Differential neural activation in brain regions involved in pain and sensory processing are shown by functional MRI scans in healthy individuals subjected to acutely painful stimuli, corroborating QST.^{25,26} The increased activation of brain regions involved in processing pain and other sensory information have been shown in fibromyalgia, IBS, and low back pain.^{27–29}

With the use of functional MRI, increased connectivity has been identified between brain regions involved in augmenting pain and emotion (eg, regions of the default mode network and insular cortex), and decreased activity in brainstem regions involved in descending analgesic mechanisms.^{30,31} Changes in the size and shape of brain regions in individuals with chronic pain states, originally thought to represent atrophy, are now believed to be indicative of neuroplasticity.^{32,33} Proton spectroscopy can probe specific neurotransmitters involved in these processes, with subsets of individuals displaying increased glutamatergic activity or decreased GABAergic activity in key pain processing regions such as the insula.^{34,35} Positron emission tomography can examine the function of neurotransmitter systems, such as the endogenous opiate pathways, supporting the concept of neuroinflammation and glial cell involvement.^{36–39}

Prevalence

There is great variability in the prevalence rates for nociplastic conditions (table). With chronic pain estimated to affect one in five people, for many people with chronic pain the operative mechanisms probably represent a mixed-pain pathophysiology, clinically expressed as chronic overlapping pain conditions with a prominent nociplastic pain component.^{56,57} These pain conditions cross all geographical, demographic, and social strata, with the prevalence generally higher for female individuals. In one review it was estimated that between 5% and 15% of the general population suffers from nociplastic pain.⁵⁸ Genetic, environmental, psychosocial, and epigenetic factors probably play a role in the expression of various syndromes.^{57,59}

Causes

The biopsychosocial model is particularly relevant for nociplastic pain disorders.^{60,61} Although often sought out, a causal factor is usually not evident. Common predisposing factors include a family history of pain, a history of pain experiences, and psychosocial factors such as psychological, emotional, sexual, or physical abuse, or a combination of these.⁶² Aggregation within families might be because of genetics and epigenetics, learned behaviour, or environmental exposures, with genetic studies identifying several candidate genes that might someday be useful as biomarkers.⁶³ Triggering factors might include general psychosocial stressors

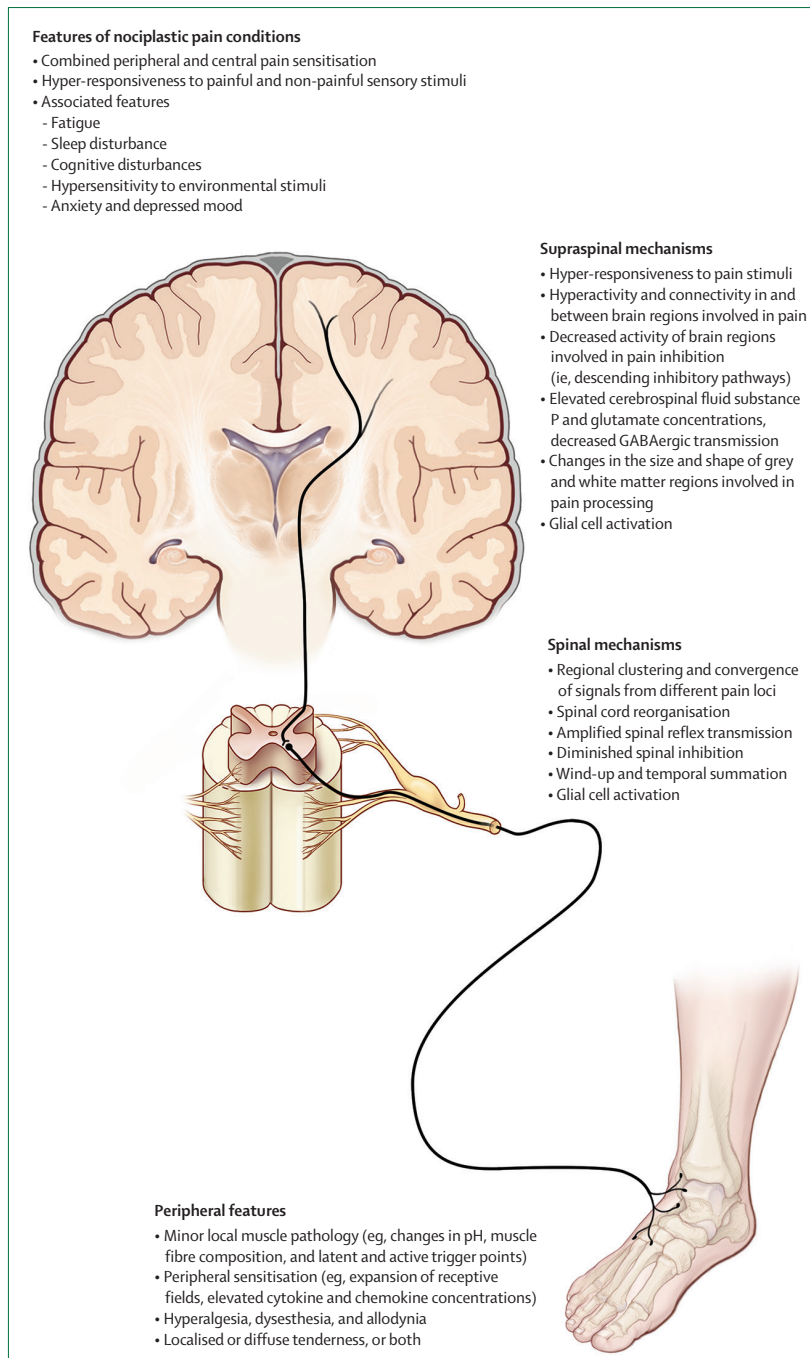


Figure: Mechanisms and features of nociplastic pain
Figure created by Joe Kanasz.

(eg, workplace and family conflicts) and organ-specific biological factors such as gastrointestinal infections (identified as a trigger in 10–20% of patients with irritable bowel syndrome), and underlying inflammatory

rheumatic diseases (up to 25% with comorbid fibromyalgia).^{9,64,65} However, the causal relationship between a patient-reported inciting event and a chronic pain condition is often unclear, because many patients

	Diagnostic criteria and source	Associated characteristics in history and examination	Epidemiological prevalence and sex ratio (female:male)	Evidence-based international and interdisciplinary guidelines	Comments
Chronic widespread pain	2016 criteria ⁴⁰ and IASP; ⁵ musculoskeletal pain in four or five body regions, and in at least three or more body quadrants (upper-lower or left-right side of the body and axial skeleton, including the neck, back, chest, and abdomen)	Somatic diseases, mental health disorders and low socioeconomic status	8–11%; 2:1	No	No ICD-10 code available; diagnostic criteria differ in the number of required pain sites and pain regions; heterogeneous medical conditions depending on comorbidities
Fibromyalgia	ACR ⁴⁰ and AAPT; ⁴¹ chronic widespread pain and associated sleep disturbance, fatigue, and other cognitive and somatic symptoms	Fatigue, sleep disturbance, cognitive symptoms, environmental hypersensitivity, mood disorder, and post-traumatic stress; often associated with concomitant rheumatic disease; diffuse musculoskeletal tenderness	2–4%; 2:1 (in the general population)	EULAR; ⁴² stepwise approach according to severity: (1) non-pharmacological self-management strategies; (2) multimodal treatments including mental health care in case of mental disorder; (3) selected drug therapies with low dose tricyclic antidepressants, serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, and anticonvulsants, and avoidance of opioids	Diagnostic criteria differ regarding the number of pain sites, pain regions, and required non-pain symptoms; underdiagnosed in men; phenotypic expression depends on comorbidities; unclear importance of small fibre neuropathy or pathology in a small number of patients
Chronic low back pain of unknown causes (non-specific low back pain) ⁴³	IASP; ⁵ pain that is present for at least 3 months, with associated emotional distress and interference in daily activities; previously named non-specific low back pain	85% of chronic back pain is non-specific, with no clear pathoanatomic explanation; absence of red flags that suggest cancer, spinal inflammation or infection, cauda equina syndrome, major nerve root compression, vertebral fracture or abdominal aortic aneurysm ⁴⁴	Up to 10%; sex ratio influenced by country, socioeconomic status, and work activity	Clinical guidelines committee of the American College of Physicians; ⁴⁴ non-pharmacological treatment with exercise, multidisciplinary rehabilitation, acupuncture, mindfulness-based stress reduction, etc; if there is an inadequate response to non-pharmacological treatments, proceed to drug treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs as a first line treatment, or tramadol or duloxetine as a second line treatment	More prevalent in the working population; leading cause of disability globally in some populations
Chronic temporomandibular pain (TMJ) disorders	AAPT; ⁴⁵ chronic orofacial pain for at least 2 h per day on at least 50% of days for at least 3 months; there are two distinct phenotypes: (1) myogenous, which includes pain in masticatory muscles; and (2) arthrogenous, which includes pain in the TMJ or associated tissues; patients might have mixed phenotypes	Stiffness, cramping, pressure, soreness, or aching, or a combination, in TMJ region; fatigue and incoordination associated with jaw movement; pain on palpation of temporalis or masseter muscle, or lateral pole of TMJ	10–15%, (only 5% seek treatment); 2:1	National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement 1996; management of temporomandibular disorders; ⁴⁶ (1) efficacy for most treatments are unknown; (2) non-invasive therapies are preferred including relaxation, behavioural therapies, etc; (3) physical therapies need validation; (4) surgery for selected patients with documented pathology of the TMJ suspected of causing pain	Frequently associated with fibromyalgia and headaches; typically associated with activities (incident pain)
Irritable bowel syndrome	Rome IV criteria; ⁴⁷ symptom onset at least 6 months before diagnosis; pain on at least 1 day per week in the last 3 months associated with two or more of the following: (1) related to defecation; (2) change in stool frequency; (3) change in stool appearance; variations include irritable bowel syndrome with predominant constipation; with predominant diarrhoea; or with mixed bowel habits	Onset may be after gastrointestinal infection or antibiotic treatment, or both	5–10%; 2:1	NICE guidance: ⁴⁸ (1) dietary and lifestyle advice, (2) pharmacological therapy based on severity, (3) psychological interventions if not responsive to pharmacological treatments after 12 months, and (4) discourage use of acupuncture and reflexology	Higher prevalence when assessed by population questionnaires, lower prevalence (2%) from administrative data; linked to motility disturbances, visceral hypersensitivity, altered mucosa and gut microbiota, local and systemic immune system dysfunction, and impaired CNS processing

(Table continues on next page)

	Diagnostic criteria and source	Associated characteristics in history and examination	Epidemiological prevalence and sex ratio (female:male)	Evidence-based international and interdisciplinary guidelines	Comments
(Continued from previous page)					
Chronic primary bladder pain syndrome	ICS, ⁴⁹ ESSIC; ⁵⁰ pain in bladder region with at least one other symptom: (1) increased pain with bladder filling; or (2) urinary frequency	Dyspareunia, urinary urgency, pain or discomfort in the pelvis, perineum, labia, vagina, or urethra; tenderness in groin, suprapubic, rectal, or vaginal regions	3–6%; 2–10:1	EAU; ^{51,52} stepwise approach: (1) education, physiotherapy, behavioural modification (eg, timed voiding, fluid modification, bladder training), psychological therapies as indicated; (2) pharmacotherapy (eg, low dose tricyclic antidepressants, antispasmodics, drugs that affect gastrointestinal motility and secretions); (3) intravesical injections with local anaesthetic, dimethyl sulfoxide, botulinum toxin, and other medications; (4) neuromodulation	Disagreement between guidelines on the exact definition of bladder pain syndrome and the nomenclature to describe it; disparity in recommended diagnostic investigations with hydrodistension and bladder biopsy either recommended, considered optional, or not recommended; underdiagnosed in men
Chronic primary pelvic pain syndrome in men	NIH classification of prostatitis; ⁵³ category 3B identified when there is an absence of evidence for infection (insignificant white blood cell count in prostatic secretions, third bladder void, or semen); localised to the pelvic region outside of the distribution pattern of a specific visceral structure; often used synonymously with chronic prostatitis without a documented infection	Pain in abdomen, inguinal or groin region, or rectum; pain brought on or worsened by urination; pain associated with ejaculation, ejaculatory dysfunction, loss of libido; strong association with anxiety and depression; muscle tenderness in abdominal or pelvic regions	2–16% in USA in men, 2–9% in Asia in men; 0:1	EAU; ^{51,54} (1) education and physical therapy; (2) myofascial trigger point release; (3) drug therapy (eg, non-steroidal anti-inflammatory drugs, botulinum toxin injections); (4) phytotherapy; and (5) psychological therapies	..
Chronic primary pelvic pain syndrome in women	No standardised international definition of chronic pelvic pain in women; pain localised in the pelvic region with a referral pattern from pelvic internal organs often outside of typical distribution maps	Cyclical, intermittent, situational, or consistent pelvic pain with radiation to the low back, groin, and upper leg; can be associated with menstruation, sexual intercourse, urination, and defecation; tenderness in pelvic region (genital organs, pelvic floor)	15% of women (60–80% have no identifiable somatic pathology, eg, endometriosis, adhesions); 1:0	EAU, ⁵¹ ISPOG; ⁵⁵ include: (1) education; (2) physiotherapy; (3) physical therapies (eg, trigger point injections); (4) psychological therapies; (5) drug therapy does not have adequate evidence; antidepressants or other adjuvants might be considered in individual cases	There are few randomised controlled trials available that guide treatment for patients without organic pathology
AAPT=Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks and American Pain Society Pain Taxonomy. ACR=American College of Rheumatology. EAU=European Association of Urology. ESSIC=European Society for the Study of Interstitial Cystitis. EULAR=European League Against Rheumatism. IASP=International Association for the Study of Pain. ICS=International Continence Society. ICD-10=International Classification of Diseases 10th edition. ISPOG=International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. NICE=National Institutes for Health and Clinical Excellence. NIH=National Institute of Health. TMJ=temporomandibular joint.					
Table: Most common nociplastic pain syndromes					

Table: Most common nociplastic pain syndromes

identify precipitating events that do not have a pathoanatomical basis.^{66,67}

Natural course

The diagnosis of nociplastic pain is typically delayed, with physicians still adhering to the adage of a so-called diagnosis of exclusion for many conditions. This delay often results in excessive health-care use and further exacerbates mistrust towards medical professionals. The natural course of most nociplastic conditions is one of persistent and sometimes lifelong symptoms, although some patients, often with localised symptoms, have complete remission. In one survey involving 900 patients in Europe and Latin America, it took an average of 35 months and interactions with 4.5 physicians before a diagnosis of fibromyalgia was made, with the mean duration of symptoms being 89 months (longer in Latin America).⁶⁸ Persistent

symptoms have been reported for adolescents and adults with fibromyalgia.^{69,70} The prognosis for other nociplastic conditions might be better than that for widespread pain. For irritable bowel syndrome, a systematic review found that 2–5% of patients were diagnosed with an alternative disorder during a 6-year follow-up, 2–18% had worsening symptoms, 30–50% had relatively stable symptoms, and the rest of the patients (approximately a third) saw improvement in their symptoms.⁷¹ In a Danish cohort study with 5-year follow-up, persistent symptoms of IBS were associated with more health-care visits, greater sickness and disability benefits, and excess unadjusted health-care costs of €680 per year.⁷² A cohort study evaluating untreated temporomandibular disorders reported that three-quarters of the patients had a decrease or resolution of their symptoms at a 2.5-year follow-up, with the other 25% having no improvement or requiring

treatment.⁷³ Another study done in patients with temporomandibular disorders found that a better baseline health predicted less pain at a mean follow-up period of 8 years.⁷⁴ 72% of patients in this cohort continued to have a diagnosis of a temporomandibular disorder at the 8-year follow-up, with the average pain intensity felt by these patients being 31% less. Although some patients have symptom eradication, this does not happen in most; however, over time, most patients are able to identify some effective treatment strategies.⁷⁰

Nociplastic pain syndrome categories

Examples of common conditions, diagnostic criteria, clinical characteristics, and guidelines are shown in the table. Previously used descriptive terms, such as chronic low back pain and chronic pelvic pain, covered a wide spectrum of pain disorders that ranged from exclusively nociceptive to exclusively nociplastic mechanisms.⁷⁵ Across syndromes, severity can vary from a minor inconvenience to incapacitating symptoms, with comorbid CNS symptoms present to variable degrees.

Chronic widespread pain and fibromyalgia

Chronic widespread pain might be a stand-alone diagnosis, but is more commonly the cornerstone for fibromyalgia, with diagnostic criteria requiring the presence of associated symptoms, including sleep disturbances or fatigue, or both.⁴¹ Originally thought to occur mainly in women, newer criteria have removed the numerical and threshold (pain when 4 kg of pressure is applied threshold to designate a tender point) requirements for identifying tender points that led to the underdiagnosis of this condition in male individuals; thus, the condition is now believed to have a 2:1 female predominance.⁷⁶ Up to 30% of patients identify a preceding physical or psychological trigger,⁷⁷ although in a majority of patients, no pathoanatomical connection can be established. Another consideration is the increased trend to overdiagnose fibromyalgia in some regions (eg, North America), which should be balanced against underdiagnosis.⁷⁸

Complex regional pain syndrome

Complex regional pain syndrome can be subclassified as type 1 (without nerve injury) or type 2 (with an identifiable nerve injury) and is the only nociplastic and neuropathic condition with clearly identifiable clinical findings, which involve both signs and symptoms of sensory, vasomotor, sudomotor, or motor changes, or a combination.⁷⁹ Among all nociplastic conditions, complex regional pain type 1 represents an outlier in symptom severity and clinical findings, which might be substantial. Signs and symptoms should be disproportionate to the inciting event, not caused by another medical condition, and involve symptoms and pathology outside of the distribution of a single nerve or nerve root.

Chronic primary headaches and orofacial pain

Chronic primary headaches and orofacial pain include six defined syndromes with established diagnostic criteria for chronic migraine, chronic tension-type headache, trigeminal autonomic cephalalgias, chronic temporomandibular disorder pain, chronic burning mouth, and chronic primary orofacial pain.⁵ Burning mouth syndrome does not have clear criteria, and is not clearly categorised as either neuropathic or nociplastic pain.

Chronic visceral pain syndromes

The IASP has classified chronic visceral pain syndromes into six subgroups: chest, epigastric, abdominal, bladder, and pelvic pain syndromes, and irritable bowel syndrome, with the anatomical location reflecting pain patterns that often deviate from referral maps from internal organs (eg, IBS might result in a more diffuse pain pattern than inflammatory bowel disease affecting the same segment).⁸⁰ Each syndrome can be identified by symptoms referable to the organ system involved, has proposed criteria regarding the duration and frequency of symptoms, and these syndromes frequently overlap with each other. Similar to other nociplastic conditions, psychological issues and constitutional symptoms are widespread among patients. Some groups have proposed further subdivisions; for example, the Rome IV criteria for functional gastrointestinal disorders identified five oesophageal, four gastroduodenal, two gallbladder and sphincter of Oddi, and three anorectal disorders.⁸¹ These disorders are classified by gastrointestinal symptoms related to combinations of motility disturbances, visceral hypersensitivity, altered mucosal and immune function, gut microbiota, or CNS processing.

Chronic primary musculoskeletal pain

Chronic primary musculoskeletal pain includes primary cervical, thoracic, low back, and limb pain, with spinal pain previously called non-specific back (or neck) pain. In these conditions, pain might occur spontaneously or following a trigger, but the extent of pain and suffering is greater than that expected for the underlying pathology. Structural changes in the spine are age-related and prevalent in a majority of patients by the fourth decade of life in all spinal regions, but are insufficient to account for symptoms.⁸² Studies have generally found a poor correlation between MRI findings and pain intensity or quality of life measures.⁸³ These statistics, along with the high false-positive rate of diagnostic spine injections, underscore the inherent challenges involved in linking spine pathology to symptoms.⁸⁴ As an example, low back pain that is non-specific typically has phenotypic features of nociceptive, neuropathic, and nociplastic pain.⁴³ In the absence of a specific pathoanatomical cause, therapies are focused on reducing pain and preserving function, with treatments following a stepwise approach beginning with conservative care and avoiding unnecessary tests and procedures.⁴³

Overlapping nociplastic pain syndromes

The clinical and pathophysiological (ie, those related to central sensitisation) features of chronic pain syndromes overlap considerably, leading the US National Institutes of Health to coin the clinical term chronic overlapping pain conditions.⁵⁷ This overlap is exemplified by bladder pain syndrome, with some patients having symptoms confined to the bladder (ie, only nociceptive pain), whereas others have widespread pain outside the pelvic region, as well as prominent fatigue, sleep, memory, and mood symptoms.⁸⁵ When symptoms are confined to the bladder, results of QST testing or functional neuroimaging are identical to healthy controls, but when the pain is more widespread, the findings are similar to fibromyalgia and patients have a poorer prognosis.⁸⁶ The diagnosis of nociplastic pain does not require the exclusion of pathophysiological factors such as low-grade inflammation that might be concurrent or function as a perpetuating trigger. Nociplastic features can occur in subsets of individuals with chronic pain conditions where there is documented ongoing nociceptive input, and might worsen the prognosis. For instance, comorbid fibromyalgia occurs in approximately 20% of patients with inflammatory arthritis, and up to 25% of patients with osteoarthritis,^{87,88} and previously was sometimes labelled as secondary fibromyalgia.

Clinical characteristics of nociplastic pain syndromes

Nociplastic pain, as typified by the pain of fibromyalgia, is typically described as dull, deep, and aching (adjectives classically associated with nociceptive pain), but with many

patients describing a neuropathic quality (eg, burning or shooting). The pain characteristically fluctuates both in location and intensity, and may be aggravated by physical activity, environmental stimuli (eg, weather changes), or emotional distress. Some patients might have dysaesthesia (unpleasant abnormal sensation, whether spontaneous or evoked), hyperalgesia (exaggerated pain from a stimulus that normally causes pain), or even tactile or temperature allodynia (pain from a stimulus that does not normally cause pain). Activity-induced pain or mechanical hyperalgesia, or both, result from mechanoreceptor sensory inputs gaining access to central pain-related neural systems (eg, abdomen and pelvic wall in IBS and pelvic pain, or muscles in fibromyalgia).²

The pain location might be segmental (eg, localised musculoskeletal area, abdomen, head, and face) or widespread and outside a specific dermatome, myotome, or sclerotome. Widespread pain typifies fibromyalgia, with localised presentations observed in most overlapping pain conditions. Nociplastic conditions represent a continuum of pain manifestations with varying degrees of severity and presentations.⁷⁶

Non-pain symptoms

Nociplastic pain seldom occurs in isolation, and is usually accompanied by other CNS-associated symptoms, such as fatigue and sleep disturbances, cognitive impairment, hypersensitivity to external stimuli, and mood disturbances, classically described in fibromyalgia.⁴¹ Reduced sleep quality adversely affects long-term prognosis.^{89,90} Sleep deprivation in patients and healthy controls is associated with increased pain sensitivity, cognitive deficits, and mental and physical fatigue, creating a vicious cycle detrimental to the patient's health.⁹¹ Physical fatigue might be described as a heaviness in the body or inability to do daily activities, whereas mental fatigue manifests as lethargy or concentration or memory problems. Mood problems, especially depression and anxiety, are common.

Clinical evaluation

The foundation for diagnosing a nociplastic condition is a comprehensive evaluation, paying attention to the characteristics of the pain, the presence of other somatic and psychological symptoms, and physical examination to identify underlying differential diagnostic and comorbid conditions (panel 1). Historical features that point towards a nociplastic condition include a family or childhood history of pain, and prominent symptoms such as fatigue, cognitive problems, multiple environmental sensitivities, and psychological symptoms (panel 2).

Questionnaires

Pain assessment should include location (eg, with the use of a body map), intensity, and interference with function. Assess comorbid symptoms by clinical enquiry or with the use of short instruments such as the four-item National Institutes of Health Patient-Reported Outcomes

Panel 1: Overarching principles for diagnosis of nociplastic pain

- A detailed clinical history that includes:
 - A pain complaint
 - Associated fatigue and sleep disturbance
 - Associated mood and memory problems
 - Other somatic symptoms such as sensitivity to sensory stimuli
 - Other organ system symptoms that are distant from the primary pain complaint
 - Functional status
- Comprehensive physical examination to identify other conditions that could function as a peripheral pain trigger (eg, osteoarthritis or peripheral neuropathy)
- Selective testing that is condition-specific (eg, laboratory tests, imaging, or specific investigations as recommended by relevant guidelines)
- Selective use of symptom-specific questionnaires (eg, sleep, mood, fatigue, or global function)
- Assessment of severity of pain (eg, mild, moderate, or severe)
- Avoid unnecessary investigations or specialist referrals

Measurement Information System measures.^{40,92} The 2011 Fibromyalgia Survey Criteria is a composite symptom severity scale measuring pain location and other symptoms (fatigue, cognition, sleep quality, abdominal pain, and headache).⁴⁰ As a surrogate measure for central sensitisation, this scale can be used to assess how much nociplastic pain contributes to the symptom burden in other chronic pain conditions. The Patient Health Questionnaire-4, an ultra-short survey can be used to screen for depression and anxiety.⁹³ The Central Sensitisation Inventory was designed to assess central sensitisation and can quantify symptom severity.⁹⁴ Symptom-focused questionnaires that assess sleep or fatigue include the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Multidimensional Fatigue Inventory.⁹⁵ A novel and objective indicator of restfulness during sleep can be obtained with the use of wrist actigraphy, which provides a 24-h measure of motor activity.⁹⁶

Although questionnaires might assist clinicians in diagnosis and gauging symptom severity, no diagnosis should depend solely on a questionnaire threshold. Because symptoms of nociplastic conditions fluctuate, a strict cutoff value in a questionnaire at a cross-section in time will result in false-positive and false-negative results. Questionnaires should not overburden patients or providers and should never replace clinical judgment. Investigations to exclude other conditions should be selective, because unnecessary testing can exacerbate patient distress and lead to overmedicalisation (eg, serial spine MRIs for non-specific back pain). Even without a pathognomonic biomarker, physicians should feel comfortable making a diagnosis and assessing the severity of complaint. Further tests including QST, functional MRI, or positron emission tomography studies are outside the realm of usual clinical practice and are still considered to be research tools.^{17,97}

Treatment strategies

General principles

An established diagnosis should be empathetically communicated to patients, and their symptoms acknowledged as real. Management strategies are directed towards attenuating, rather than eradicating, symptoms, with overarching principles (panel 3) that can be individually tailored (precision medicine). In addition to pain alleviation, treatment objectives should include improving function and other quality of life indicators. Setting realistic expectations is crucial, because low expectations might lead to poorer outcomes and higher stress levels, whereas overly optimistic expectations can lead to disappointment and disengagement.⁹⁸

Although severe symptoms might necessitate a specialty referral, most patients can be managed in primary care, as is recommended for fibromyalgia.⁴² Unnecessary investigations should be discouraged, to avoid promoting a sick role. Treatments are ideally multimodal, and should follow a stepwise approach according to severity, similar to that advocated by the

Panel 2: Clues in patient's history suggestive of nociplastic pain syndrome

- Childhood and adolescent symptoms of pain (eg, headache, abdomen, or low back)
- General symptoms (eg, fatigue and cognitive problems)
- Hypersensitivity to environmental stimuli (eg, light or sound)
- Psychological symptoms (eg, anxiety or depression)
- Symptoms causing a high amount of emotional strain
- A family history of chronic pain and mental health problems
- High use of health-care services (eg, many doctor visits or investigations)
- Poor or no response to conventional analgesics (including opioids)

Extrapolated from the EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia.⁴² EULAR=European League Against Rheumatism.

US Veteran's Health Administration, beginning with education and self-care and progressing towards more sophisticated treatments as needed.⁹⁹

Non-pharmacological therapies

The management of nociplastic pain should prioritise non-pharmacological measures, because most medications provide only a modest benefit and are often associated with adverse effects, which are more likely to occur in nociplastic conditions.¹⁰⁰ Education should highlight the tenets of the biopsychosocial model and promote good lifetime habits, such as engaging in physical activity, weight management, sleep hygiene, and stress reduction. Self-management and a strong internal locus of control should be encouraged. Psychological strategies might include cognitive behavioural therapies, mindfulness and acceptance-based interventions, psychodynamic therapies, biofeedback, and hypnotherapy, all of which should be integrated into a multidisciplinary care programme. A Cochrane review reported that cognitive behavioural therapy (CBT) has small beneficial effects in reducing pain, disability, and distress, whereas the benefits from behavioural therapy were uncertain because of the poor quality of studies included.¹⁰¹ Although strategies such as acceptance commitment therapy, emotional expression, and psychodynamic psychotherapy are commonly recommended, the evidence for their effectiveness (and for adverse effects) is insubstantial,¹⁰¹ as is the case for many treatments for chronic pain. For example, a meta-analysis involving nine studies and 750 patients examining mindfulness and acceptance-based interventions for fibromyalgia reported a small benefit for pain (standardised mean difference, 0.46; 95% CI -0.75 to -0.17), and conflicting results for quality of life (standardised mean difference, -0.74; 95% CI -2.02 to 0.54).¹⁰²

A systematic review of non-invasive, non-pharmacological therapies for various chronic pain conditions

Panel 3: Overarching principles of treatment of nociplastic pain

- Non-pharmacological treatments as a preferred first step
 - Trustful doctor–patient relationship acknowledging the validity of symptoms
 - Patient education
 - Communicate neurophysiological mechanisms with the use of simple terminology such as a hyper, sensitised, or fired-up nervous system
 - Explanation of treatment strategies
 - Realistic expectations
 - Promotion of self-management and internal locus of control
 - Continued life participation (eg, work, physical, and social activities)
 - Maintain good lifetime habits
 - Health-related physical activity
 - Diet and weight management
 - Proper sleep hygiene
 - Stress reduction
- Psychological therapies
 - Cognitive-behavioural therapies
 - Acceptance-based therapies
 - Other modalities (eg, hypnotherapy or psychodynamic therapies)
- Psychiatric–psychotherapeutic treatment of mental comorbidities (depression, anxiety, or post-traumatic stress disorder)
- Interdisciplinary care, if available
- Practitioner-administered treatment as indicated
 - Physical therapies and chiropractic treatment, acupuncture, massage, or naturopathic treatments
- Pharmacological treatments
 - Centrally acting drugs (pain modulators)
 - Tricyclic antidepressant drugs
 - Serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors
 - Gabapentinoids and other membrane stabilisers
 - Simple analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs have small effects
 - Ideally avoid opioids, which are less effective and carry serious risks
 - Neuromodulation (including brain stimulation and transcutaneous approaches) and other centrally acting drugs (eg, N-methyl-D-aspartate antagonists or cannabis-based medicines) may have potential for selected patients but require further research

Extrapolated from the Analgesic, Anesthetic, and Addiction Clinical Trial Translations Innovations Opportunities and Networks and American Pain Society Pain Taxonomy Diagnostic Criteria for Fibromyalgia.⁴¹

(including low back and neck pain, fibromyalgia, and tension headache) reported that most studies were small with little evidence for long-term follow-up after 1 year, and generally found that improvements in pain and function were small.¹⁰³ For chronic low back pain (including non-specific back pain), the strength of the evidence for exercise improving intermediate-term functional outcome was graded as low (pooled standardised mean difference, -0.17 ; 95% CI -0.39 to 0.02); that for psychological therapies improving intermediate pain outcome was graded as moderate (pooled difference -0.71 ; 95% CI -0.97 to -0.46); that for mindfulness or mind–body practices were mostly graded as low for improving pain and function in the short term, intermediate term, and long term; and that for physical modalities such as ultrasonography, interferential therapy, laser therapy, or massage were mostly graded as

insufficient or low for improving pain and function in the short-term, intermediate-term, or long-term.¹⁰³ In a systematic review of treatments for bladder pain syndrome, six of 13 included studies were rated as low quality, because the authors were not able to define a best approach to care.¹⁰⁴ Treatments included the instillation of hyaluronic acid, botulinum toxin A, lidocaine, hyperbaric oxygen, massage, and physiotherapy, but there were no treatments with more than a single clinical trial, precluding a meta-analysis.¹⁰⁴

Dietary manipulation is commonly used by patients with chronic pain. In a systematic review of seven clinical trials for dietary interventions for fibromyalgia, there was a suggestion of improvement with hypocaloric, raw vegetarian, and low fermentable oligo-di-monosaccharides and polyols (FODMAP) diet, but the evidence was evaluated as being poor quality.¹⁰⁵ Elimination diets might improve the symptoms of IBS, with foods in the FODMAP category provoking symptoms.¹⁰⁶ In a systemic review of 12 eligible studies assessing nutritional factors for musculoskeletal pain (including fibromyalgia and generalised musculoskeletal pain), seven studies reported pain-relieving effects from dietary changes, with the pain threshold positively associated with protein intake, and pain severity associated with fat and sugar intake.¹⁰⁷ The review concluded that plant-based diets might have some effect in relieving musculoskeletal pain.

For temporomandibular disorder, a systematic review of eight non-blinded studies (seven of which were of a high methodological quality) found that manual therapy, depending on the specific techniques used, reduced pain and improved maximal mouth opening and pressure pain threshold.¹⁰⁸

Some patients might benefit from practitioner-administered integrative treatments such as acupuncture, massage, or naturopathic therapies, although there is little evidence of effectiveness. An overview of reviews on complementary and alternate therapies in the treatment of fibromyalgia reported that although there is a growing body of evidence for these treatments, conclusions about efficacy are limited by methodological study flaws.¹⁰⁹ If interdisciplinary care is unavailable, individual components such as group education sessions, telehealth-administered CBTs, and physical activity programmes that are accessible by the community can be recommended. Recognising the co-existence of nociplastic pain with other illnesses allows treatments to be focused towards nociplastic pain management and prevents care being erroneously directed to a well controlled underlying condition (eg, unnecessary changes to disease-modifying therapy for inflammatory arthritis).

Pharmacotherapy

The detailed discussion of pharmacotherapy is beyond the scope of this review. Traditional analgesic treatments such as muscle relaxants, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), paracetamol, and

opioids are less effective for nociplastic pain than for nociceptive pain, with the use of opioid analgesics strongly discouraged.¹¹⁰ Apart from the known risks associated with opioid therapy, patients with nociplastic pain might be less responsive to opioids because of higher concentrations of endogenous opiates, the worsening of hyperalgesia, and interference with sleep architecture.^{111,112} In fact, low dose naltrexone, an opioid antagonist that might work in part by increasing the density of opioid receptors and the subsequent response to endogenous opiates, has shown some benefit for fibromyalgia, chronic back pain, and complex regional pain.¹¹³

Some medications have received regulatory approval for nociplastic conditions, especially fibromyalgia, with differences across countries (eg, pregabalin, duloxetine, milnacipran for fibromyalgia, and duloxetine for musculoskeletal pain including low back pain).¹¹⁴ Regulatory approval, however, does not necessarily indicate a clinically meaningful effect, as is shown by the widespread discrepancies between clinical practice guidelines and US Food and Drug Administration indications. The recent National Institute for Health and Care Excellence guidelines for the management of chronic primary pain have given strong support for non-pharmacological measures, but contrary to all other guidelines, they recommend antidepressants as the only medication category for consideration of use, and caution about the continued use of other medication categories that might have been prescribed.¹¹⁵ A review of non-opioid pharmacological agents for the management of various chronic pain conditions (including fibromyalgia, low back pain, and chronic headaches) reported mostly small improvements (eg, 5–20 points on a 0–100 scale) for gabapentinoids, serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors, (SNRIs) and NSAIDs for pain and function in the short term, with intermediate and long-term outcomes infrequently assessed.¹¹⁶ Although non-opioid analgesics that act on the CNS, such as tricyclic antidepressants, SNRIs, and gabapentinoids, can provide some benefit, adverse reactions are frequent and might worsen fatigue and cognitive impairment.¹¹⁶ Cannabis-based medicines hold promise but require formal study before the widespread use in patients at high risk for adverse effects. Emerging treatments such as neuromodulation have theoretical potential, but have few data on effectiveness.

Conclusions

Nociplastic has entered the medical vernacular in the past 2 years to describe pain conditions that are neither neuropathic nor nociceptive, but commonly experienced by people worldwide. The framework of nociplastic conditions will evolve in future decades as more conditions are recognised as having a component that is nociplastic, and discrete pathophysiological pathways and biomarkers are identified. These diverse pain syndromes have considerable overlap, and present with clinical

features that are almost entirely subjective, except for tenderness. An improved understanding of the underlying mechanisms is crucial to developing effective treatment strategies. Questions for further research include why some conditions are localised to a single organ system, whereas others present more diffusely, identifying triggers that might lead to preventive strategies, and establishing the best treatments in the context of precision medicine.

Contributors

M-AF prepared the outline of the article, contributed to the preparation of the manuscript, figures, and tables, and approved the final version. SPC and DJC contributed to the preparation of the manuscript, figures, and tables, and approved the final version. GL and CU contributed to the preparation of the manuscript and tables and approved the final version. WH contributed to the outline of the article, preparation of the manuscript, figures, and tables, and approved the final version.

Declaration of interests

SPC is supported by a grant from the US Department of Defense, Uniformed Services University, Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Musculoskeletal Injury Rehabilitation Research for Operational Readiness (HU00011920011), which paid for the figures; and has consulted for Avanos, Persica, Scilex and Sorrento, and SPR Therapeutics. DJC reports grants from Aptinyx, Daiichi Sankyo, Eli Lilly, Intec Pharma, and Pfizer; personal fees from Aptinyx, Nix Patterson, Pfizer, Samumed, Theravance, Tonix, Williams & Connolly, and Zynerva; has consulted for Aptinyx, Eli Lilly, Pfizer, Samumed, and Tonix, outside the submitted work; and has received research funding from Aptinyx. WH received reimbursement for travel and accommodation by Bioevents (a congress organiser) for co-organising a conference on controversies on cannabis-based medicines in both 2018 and 2019. All other authors declare no competing interests.

Acknowledgments

The figure was drawn by Joe Kanasz, printed with permission.

References

- 1 Kosek E, Cohen M, Baron R, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain* 2016; **157**: 1382–86.
- 2 Woolf CJ. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; **152** (suppl): S2–15.
- 3 Woolf CJ, Max MB. Mechanism-based pain diagnosis: issues for analgesic drug development. *Anesthesiology* 2001; **95**: 241–49.
- 4 WHO. International Classification of Diseases 11th revision: the global standard for diagnostic health information. 2019. <https://icd.who.int/en> (accessed May 11, 2020).
- 5 Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 2019; **160**: 28–37.
- 6 Littlejohn G. Neuroinflammation in fibromyalgia and CRPS: top-down or bottom-up? *Nat Rev Rheumatol* 2016; **12**: 242.
- 7 Freynhagen R, Parada HA, Calderon-Ospina CA, et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Curr Med Res Opin* 2019; **35**: 1011–18.
- 8 Freynhagen R, Rolke R, Baron R, et al. Pseudoradicular and radicular low-back pain—a disease continuum rather than different entities? Answers from quantitative sensory testing. *Pain* 2008; **135**: 65–74.
- 9 Fitzcharles MA, Perrot S, Häuser W. Comorbid fibromyalgia: a qualitative review of prevalence and importance. *Eur J Pain* 2018; **22**: 1565–76.
- 10 Blikman T, Rienstra W, van Raay JJAM, et al. Neuropathic-like symptoms and the association with joint-specific function and quality of life in patients with hip and knee osteoarthritis. *PLoS One* 2018; **13**: e0199165.
- 11 Förster M, Mahr F, Gockel U, et al. Axial low back pain: one painful area—many perceptions and mechanisms. *PLoS One* 2013; **8**: e68273.
- 12 Woolf CJ. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature* 1983; **306**: 686–88.

- 13 Willis WD Jr. Central nervous system mechanisms for pain modulation. *Appl Neurophysiol* 1985; **48**: 153–65.
- 14 Gebhart GF. Modulatory effects of descending systems on spinal dorsal horn neurons. In: Yaksh TL, ed. *Spinal afferent processing*. New York: Plenum Press, 1986: 391–416.
- 15 Yaksh TL. CNS mechanisms of pain and analgesia. *Cancer Surv* 1988; **7**: 5–28.
- 16 Gracely RH, Lynch SA, Bennett GJ. Painful neuropathy: altered central processing maintained dynamically by peripheral input. *Pain* 1992; **51**: 175–94.
- 17 Cagnie B, Coppieters I, Denecker S, Six J, Danneels L, Meeus M. Central sensitization in fibromyalgia? A systematic review on structural and functional brain MRI. *Semin Arthritis Rheum* 2014; **44**: 68–75.
- 18 Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1993; **52**: 193–99.
- 19 Fillingim RB, Maixner W, Kincaid S, Sigurdsson A, Harris MB. Pain sensitivity in patients with temporomandibular disorders: relationship to clinical and psychosocial factors. *Clin J Pain* 1996; **12**: 260–69.
- 20 Mertz H, Naliboff B, Munakata J, Niazi N, Mayer EA. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; **109**: 40–52.
- 21 Clauw DJ, Schmidt M, Radulovic D, Singer A, Katz P, Bresette J. The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *J Psychiatr Res* 1997; **31**: 125–31.
- 22 Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, Gracely RH, Clauw DJ, Williams DA. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics* 2008; **49**: 235–42.
- 23 Kwon M, Altin M, Duenas H, Alev L. The role of descending inhibitory pathways on chronic pain modulation and clinical implications. *Pain Pract* 2014; **14**: 656–67.
- 24 Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience* 2016; **338**: 114–29.
- 25 Tracey I, Becerra L, Chang I, et al. Noxious hot and cold stimulation produce common patterns of brain activation in humans: a functional magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett* 2000; **288**: 159–62.
- 26 Coghill RC, Talbot JD, Evans AC, et al. Distributed processing of pain and vibration by the human brain. *J Neurosci* 1994; **14**: 4095–108.
- 27 Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002; **46**: 1333–43.
- 28 Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum* 2004; **50**: 613–23.
- 29 Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med* 2001; **63**: 365–75.
- 30 Napadow V, LaCount L, Park K, As-Sanie S, Clauw DJ, Harris RE. Intrinsic brain connectivity in fibromyalgia is associated with chronic pain intensity. *Arthritis Rheum* 2010; **62**: 2545–55.
- 31 Seminowicz DA, Davis KD. Pain enhances functional connectivity of a brain network evoked by performance of a cognitive task. *J Neurophysiol* 2007; **97**: 3651–59.
- 32 Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 2004; **24**: 10410–15.
- 33 Smallwood RF, Laird AR, Ramage AE, et al. Structural brain anomalies and chronic pain: a quantitative meta-analysis of gray matter volume. *J Pain* 2013; **14**: 663–75.
- 34 Harris RE, Clauw DJ. Imaging central neurochemical alterations in chronic pain with proton magnetic resonance spectroscopy. *Neurosci Lett* 2012; **520**: 192–96.
- 35 Pomares FB, Roy S, Funck T, et al. Upregulation of cortical GABA_A receptor concentration in fibromyalgia. *Pain* 2020; **161**: 74–82.
- 36 Albrecht DS, Forsberg A, Sandström A, et al. Brain glial activation in fibromyalgia – a multi-site positron emission tomography investigation. *Brain Behav Immun* 2019; **75**: 72–83.
- 37 Harris RE, Clauw DJ, Scott DJ, McLean SA, Gracely RH, Zubieta JK. Decreased central mu-opioid receptor availability in fibromyalgia. *J Neurosci* 2007; **27**: 10000–06.
- 38 Schrepf A, Harper DE, Harte SE, et al. Endogenous opioidergic dysregulation of pain in fibromyalgia: a PET and fMRI study. *Pain* 2016; **157**: 2217–25.
- 39 Usui C, Soma T, Hatta K, et al. A study of brain metabolism in fibromyalgia by positron emission tomography. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017; **75**: 120–27.
- 40 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016; **46**: 319–29.
- 41 Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Pain* 2019; **20**: 611–28.
- 42 Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2017; **76**: 318–28.
- 43 Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017; **389**: 736–47.
- 44 Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; **166**: 514–30.
- 45 Ohrbach R, Dworkin SF. AAPT Diagnostic Criteria for Chronic Painful Temporomandibular Disorders. *J Pain* 2019; **20**: 1276–92.
- 46 National Institutes of Health. Management of temporomandibular disorders. National Institutes of Health technology assessment conference statement. *J Am Dent Assoc* 1996; **127**: 1595–606.
- 47 Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology* 2016; **150**: 1257–61.
- 48 National Institute for Health and Clinical Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Feb 23, 2008. www.nice.org.uk/guidance/cg61/chapter/1-Recommendations (accessed March 1, 2021).
- 49 Hanno P, Lin A, Nordling J, et al. Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; **29**: 191–98.
- 50 van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. *Eur Urol* 2008; **53**: 60–67.
- 51 Fall M, Baranowski AP, Elneil S, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010; **57**: 35–48.
- 52 Malde S, Palmisani S, Al-Kaisy A, Sahai A. Guideline of guidelines: bladder pain syndrome. *BJU Int* 2018; **122**: 729–43.
- 53 Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; **282**: 236–37.
- 54 Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, et al. Chronic pelvic pain. 2018. <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/> (accessed March 8, 2020).
- 55 Siedentopf F, Weijenborg P, Engman M, et al. ISPOG European consensus statement - chronic pelvic pain in women (short version). *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015; **36**: 161–70.
- 56 Mills SEE, Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019; **123**: e273–83.
- 57 Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: implications for diagnosis and classification. *J Pain* 2016; **17** (suppl): T93–107.
- 58 Dydyk AM, Givler A. Central pain syndrome. Treasure Island, San Francisco, CA: StatPearls Publishing, 2020.
- 59 Diatchenko L, Fillingim RB, Smith SB, Maixner W. The phenotypic and genetic signatures of common musculoskeletal pain conditions. *Nat Rev Rheumatol* 2013; **9**: 340–50.
- 60 Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; **17**: 131–39.
- 61 Üçeyler N, Burgmer M, Friedel E, et al. Etiology and pathophysiology of fibromyalgia syndrome: updated guidelines 2017, overview of systematic review articles and overview of studies on small fiber neuropathy in FMS subgroups. *Schmerz* 2017; **31**: 239–45.

- 62 Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014; **76**: 2–11.
- 63 D'Agnelli S, Arendt-Nielsen L, Gerra MC, et al. Fibromyalgia: genetics and epigenetics insights may provide the basis for the development of diagnostic biomarkers. *Mol Pain* 2019; **15**: 1744806918819944.
- 64 Enck P, Mazurak N. The “biology-first” hypothesis: functional disorders may begin and end with biology-A scoping review. *Neurogastroenterol Motil* 2018; **30**: e13394.
- 65 Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016; **1**: 133–46.
- 66 Wolfe F, Häuser W, Walitt BT, Katz RS, Rasker JJ, Russell AS. Fibromyalgia and physical trauma: the concepts we invent. *J Rheumatol* 2014; **41**: 1737–45.
- 67 Engle AM, Chen Y, Marascalchi B, et al. Lumbosacral radiculopathy: inciting events and their association with epidural steroid injection outcomes. *Pain Med* 2019; **20**: 2360–70.
- 68 Clark P, Paiva ES, Ginovker A, Salomón PA. A patient and physician survey of fibromyalgia across Latin America and Europe. *BMC Musculoskelet Disord* 2013; **14**: 188.
- 69 Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Sil S, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia in early adulthood. *Pediatrics* 2014; **133**: e592–600.
- 70 Walitt B, Fitzcharles MA, Hassett AL, Katz RS, Häuser W, Wolfe F. The longitudinal outcome of fibromyalgia: a study of 1555 patients. *J Rheumatol* 2011; **38**: 2238–46.
- 71 El-Serag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Systemic review: natural history of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; **19**: 861–70.
- 72 Poulsen CH, Eplöv LF, Hjorthøj C, et al. Irritable bowel symptoms, use of healthcare, costs, sickness and disability pension benefits: a long-term population-based study. *Scand J Public Health* 2019; **47**: 867–75.
- 73 Kurita K, Westesson PL, Yuasa H, Toyama M, Machida J, Ogi N. Natural course of untreated symptomatic temporomandibular joint disc displacement without reduction. *J Dent Res* 1998; **77**: 361–65.
- 74 Kapos FP, Look JO, Zhang L, Hodges JS, Schiffman EL. Predictors of long-term temporomandibular disorder pain intensity: an 8-year cohort study. *J Oral Facial Pain Headache* 2018; **32**: 113–22.
- 75 Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006; **22**: 1911–20.
- 76 Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA* 2014; **311**: 1547–55.
- 77 Furness PJ, Vogt K, Ashe S, Taylor S, Haywood-Small S, Lawson K. What causes fibromyalgia? An online survey of patient perspectives. *Health Psychol Open* 2018; **5**: 2055102918802683.
- 78 Walitt B, Katz RS, Bergman MJ, Wolfe F. Three-quarters of persons in the US population reporting a clinical diagnosis of fibromyalgia do not satisfy fibromyalgia criteria: the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One* 2016; **11**: e0157235.
- 79 Harden RN, Bruhl S, Perez RS, et al. Validation of proposed diagnostic criteria (the “Budapest Criteria”) for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain* 2010; **150**: 268–74.
- 80 Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019; **160**: 19–27.
- 81 Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; **150**: 1262–79.
- 82 Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015; **36**: 811–16.
- 83 Babińska A, Wawrzyniec W, Czech E, Skupiński J, Szczygieł J, Łabuz-Roszak B. No association between MRI changes in the lumbar spine and intensity of pain, quality of life, depressive and anxiety symptoms in patients with low back pain. *Neurol Neurochir Pol* 2019; **53**: 74–82.
- 84 Boswell MV, Manchikanti L, Kaye AD, et al. A best-evidence systematic appraisal of the diagnostic accuracy and utility of facet (zygapophysial) joint injections in chronic spinal pain. *Pain Physician* 2015; **18**: E497–533.
- 85 Clemens JQ, Clauw DJ, Kreder K, et al. Comparison of baseline urologic symptoms in men and women in the multidisciplinary approach to the study of chronic pelvic pain (Mapp) research cohort. *J Urol* 2014; **193**: 1554–58.
- 86 Kutch JJ, Labus JS, Harris RE, et al. Resting-state functional connectivity predicts longitudinal pain symptom change in urologic chronic pelvic pain syndrome: a MAPP network study. *Pain* 2017; **158**: 1069–82.
- 87 Zhao SS, Duffield SJ, Goodson NJ. The prevalence and impact of comorbid fibromyalgia in inflammatory arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2019; **33**: 101423.
- 88 Clauw DJ, Hassett AL. The role of centralised pain in osteoarthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2017; **35** (suppl 107): 79–84.
- 89 Wu YL, Chang LY, Lee HC, Fang SC, Tsai PS. Sleep disturbances in fibromyalgia: a meta-analysis of case-control studies. *J Psychosom Res* 2017; **96**: 89–97.
- 90 Skarpsno ES, Mork PJ, Nilsen TIL, Nordstoga AL. Influence of sleep problems and co-occurring musculoskeletal pain on long-term prognosis of chronic low back pain: the HUNT Study. *J Epidemiol Community Health* 2020; **74**: 283–89.
- 91 Choy EH. The role of sleep in pain and fibromyalgia. *Nat Rev Rheumatol* 2015; **11**: 513–20.
- 92 Cella D, Riley W, Stone A, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008. *J Clin Epidemiol* 2010; **63**: 1179–94.
- 93 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; **50**: 613–21.
- 94 Scerbo T, Colasurdo J, Dunn S, Unger J, Nijs J, Cook C. Measurement properties of the Central Sensitization Inventory: a systematic review. *Pain Pract* 2018; **18**: 544–54.
- 95 Sommer I, Lavigne G, Ettlin DA. Review of self-reported instruments that measure sleep dysfunction in patients suffering from temporomandibular disorders and/or orofacial pain. *Sleep Med* 2015; **16**: 27–38.
- 96 O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison JW, et al. Intraindividual variability in daily sleep and pain ratings among chronic pain patients: bidirectional association and the role of negative mood. *Clin J Pain* 2011; **27**: 425–33.
- 97 Williams DA. Phenotypic features of central sensitization. *J Appl Biobehav Res* 2018; **23**: e12135.
- 98 Malfliet A, Lluch Girbes E, Pecos-Martin D, Gallego-Izquierdo T, Valera-Calero A. The influence of treatment expectations on clinical outcomes and cortisol levels in patients with chronic neck pain: an experimental study. *Pain Pract* 2019; **19**: 370–81.
- 99 Cosio D, Schafer T. Implementing an acceptance and commitment therapy group protocol with veterans using VA's stepped care model of pain management. *J Behav Med* 2015; **38**: 984–97.
- 100 Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities in a community-based sample of persons with chronic fatigue syndrome-like symptoms. *Psychosom Med* 2000; **62**: 655–63.
- 101 Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; **8**: CD007407.
- 102 Haugmark T, Hagen KB, Smedslund G, Zangi HA. Mindfulness- and acceptance-based interventions for patients with fibromyalgia - a systematic review and meta-analyses. *PLoS One* 2019; **14**: e0221897.
- 103 Skelly AC, Chou R, Dettori JR, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
- 104 Pazin C, de Souza Mitidieri AM, Silva AP, Gurian MB, Poli-Neto OB, Rosa-E-Silva JC. Treatment of bladder pain syndrome and interstitial cystitis: a systematic review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2016; **27**: 697–708.
- 105 Silva AR, Bernardo A, Costa J, et al. Dietary interventions in fibromyalgia: a systematic review. *Ann Med* 2019; **51** (suppl 1): 2–14.
- 106 Singh R, Salem A, Nanavati J, Mullin GE. The role of diet in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gastroenterol Clin North Am* 2018; **47**: 107–37.

- 107 Elma Ö, Yilmaz ST, Deliëns T, et al. Do nutritional factors interact with chronic musculoskeletal pain? A systematic review. *J Clin Med* 2020; **9**: E702.
- 108 Calixtre LB, Moreira RF, Franchini GH, Albuquerque-Sendín F, Oliveira AB. Manual therapy for the management of pain and limited range of motion in subjects with signs and symptoms of temporomandibular disorder: a systematic review of randomised controlled trials. *J Oral Rehabil* 2015; **42**: 847–61.
- 109 Lauche R, Cramer H, Häuser W, Dobos G, Langhorst J. A systematic overview of reviews for complementary and alternative therapies in the treatment of the fibromyalgia syndrome. *Evid Based Complement Alternat Med* 2015; **2015**: 610615.
- 110 Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **3**: CD012332.
- 111 Toubia T, Khalife T. The endogenous opioid system: role and dysfunction caused by opioid therapy. *Clin Obstet Gynecol* 2019; **62**: 3–10.
- 112 Rosen IM, Aurora RN, Kirsch DB, et al. Chronic opioid therapy and sleep: an American Academy of Sleep medicine position statement. *J Clin Sleep Med* 2019; **15**: 1671–73.
- 113 Patten DK, Schultz BG, Berlau DJ. The safety and efficacy of low-dose naltrexone in the management of chronic pain and inflammation in multiple sclerosis, fibromyalgia, Crohn's disease, and other chronic pain disorders. *Pharmacotherapy* 2018; **38**: 382–89.
- 114 Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim F. An update on pharmacotherapy for the treatment of fibromyalgia. *Expert Opin Pharmacother* 2015; **16**: 1347–68.
- 115 National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. April 7, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193> (accessed April 7, 2021).
- 116 McDonagh MS, Selph SS, Buckley DI, et al. Nonopioid pharmacologic treatments for chronic pain. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2020.

© 2021 Elsevier Ltd. All rights reserved.



CSU

Opgang Rød opgang, 9. etage
Afsnit RLB29
Telefon 3863 2696
Direkte 4012 4025
Mail henrik.roegind.01@regionh.dk

Dato: 12. december 2023

Sundhedsfagligt Råd i Reumatologi Region Hovedstaden. Høringssvar til Dansk Rygdatabase-DaRD årsrapport 2022

Officiel kommentar

"Stor variation i udskrivelsen af genoptræningsplaner til patienter, der er blevet opereret (Indikator 3)".

S. 5 "Disse to regioner har over årene fastholdt det høje niveau, mens Region Hovedstaden og Sjælland, samt patienter behandlet med offentlig henvisning til privathospitalerne i samme periode ikke har løftet kvaliteten til det ønskede niveau".

Afdelingen for rygkirurgi og bindevævssygdomme (RLB) har gennemgået kodingen for genoptræningsplaner efter operation. Det viser sig, at man ikke har været opmærksom på vigtigheden af at få kodet alle patienter med og uden genoptræningsbehov. Det er kun patienter hvor der har været behov for genoptræning der er blevet kodet, mens de patienter som vurderes ikke at have et genoptræningsbehov ikke er blevet kodet med ZZ0172W:Vurdering for behov for genoptræning: ingen genoptræning. Arbejdsgangen er nu ændret så de patienter, hvor der ikke vurderes behov for genoptræning, får en ZZ0172W kode.

Konklusionen om at afdelingen ikke har løftet kvaliteten til det ønskede niveau, giver ingen mening.

I virkeligheden er resultatet af rapporten et udtryk for at kun 65% af afdelingens patienter har behov for genoptræning efter rygkirurgi. Så vores vurdering er, at der leveres en bedre kvalitet i afdelingens kirurgiske forløb, hvor flere patienter udskrives med et højere funktionsniveau, og ikke har behov for genoptræning. Beklageligvis har der været en registreringspraksis, som ikke har understøttet den positive udvikling, men det bliver der fremadrettet taget hånd om.

SFR reumatologi har rettet forespørgsel til CAPIO vedrørende deres meget lave målopfyldelse på genoptræningsplaner på 3% af de opererede patienter. Vi formoder at det handler om kodepraksis, men har endnu ikke fået svar.”

Kommentar til styregruppe vedrørende indikator 3.

Spørgsmålet er om indikatoren ”genoptræningsplaner til patienter, der er blevet opereret” (indikator 3) overhovedet giver mening, hvis 35% af de rygpoperede patienter ikke har behov for genoptræning efter en operation. Så giver det ikke mening at lave en indikator standard på > 75%. Det strider imod ”vælg klogt” princippet om rationel udnyttelse af det samlede sundhedsvæsens resourcer.

Kommentar til databasens styregruppe vedrørende indikator 2.

Indikator 2. Vi nysgerrige på hvad der ligger i afdelingens interne forskelle for indikatoren ”Gentaget MR- scanning” p. 11:

FH ligger på andel på 3,2 % som henvises til Gentaget MR indenfor de første 3 mdr. af hospitalskontakten (Selvom der ligger en MR-scanning der er under 3 mdr. gammel), mens der for GEN og GLO ligger på hhv. 7,4% og 6,7%. Desværre er det teknisk vanskeligt at finde ud af hvorfor vi observerer disse lokale variationer.

Kommentar til databasens styregruppe vedrørende indikator 5 b.

'Smertebehandling, med tidligere forbrug' opgjort på patientens bopælskommune for aktuelle og de forrige to års opgørelsesperioder”

Patienter på Bornholm har flere som fortsætter i opioid behandling efter hospitalskontakt.

De speciallæger som dækker Bornholms reumatologiske ambulatorium er fra RLB Gentofte. I 2022 har klinikkens speciallæger kun dækket funktionen de sidste 4 måneder af året. I klinikken er der for nylig netop drøftet morfica behandling til patienter med akutte lænderygsmærter. Der er lavet dette vedhæftede RCT-studie fra Lancet 2023 (Bilag 1), som viser at morfin til behandling af akut smertelindring ved rygsmærter virker ringere end placebo, og fører til ca. 1 uges ekstra sygemelding foruden en række andre bivirkninger, hvorfor det er besluttet at anvende morfinpræparater så lidt som muligt.

Der er stort fokus på i speciallægegruppen i RLB Gentofte helt at undgå morfin og gabapentin behandling til kroniske rygsmerterpatienter, da en del af dem formentlig har en regionalsmertetilstand, som i virkeligheden er en nociplastisk smerte, hvor morfin og gabapentin ikke har nogen effekt. Se vedhæftede artikel om nociplastisk smerte fra Lancet (bilag 2).

Vi kan rette henvendelse til alle afdelingerne i RLB og undervise i problemstillingen, så vi sikrer at vores rådgivning i Region Hovedstaden bliver alignet med budskabet om, så vidt muligt at undgå morfinbehandling ved akutte rygsmerter.

Det er et paradigmeskift indenfor behandling af rygsmerter, og planen er at drøfte dette ved næste møde med praksiskonsulenter og repræsentanter for speciallægepraksis i Sundhedsfagligt Råd Reumatologi.

Kommentar til styregruppen

6. Patienternes forløb på hospitalerne.

Sankey Plots p. 44-46 giver ikke rigtig mening formidlingsmæssigt. Labels står oven i hinanden når man opgør det for op til syv hospitals kontakter. Det bidrager ikke til at få et klart indtryk af, hvad der er problemet.

At opgøre data i søjlediagrammer i appendix og skrive frekvenserne ind i teksten ville gøre formidling mere læservenlig. Budskaberne drukner i detaljer.

Det ville gøre formidling klarere, hvis man opgjorde akutte indlæggelser i medicins og kirurgisk regi, med angivelse af andelen af genindlæggelser i hhv. medicinsk og kirurgisk regi.

Kommentarer om rettelser til databasens RKKP-team som f.eks. uoverensstemmelser mellem tekst og tabel.

Kommentar til 7. Rygoperationer inden for det første år efter første hospitalskontakt

Side 51-52. Tabel.

Alle tabeller i rapporten bør være forsynet med fortløbende tabel numre. I overskriften på tabel og i søjler bør man notere om det er lumbale diskusprolaps alene eller om det drejer sig om cervicale- og lumbale diskusprolaps. Dette er uklart.

Det er lidt vanskeligt at gennemskue data opgjort for afdelingen for rygkirurgi, led-og bindevævssygdomme side 51-52. Der bliver opgjort data for Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler reumatologi: 63/715 i alle operationer. På Herlev Gentofte gigtt-og rygsygdomme er det 63/545 operationer, mens Rigshospitalet: Videncenter for Reumatologi og rygsygdomme ligger på 884/3986. Alle tre lokationer hører ledelsesmæssigt under afdelingen for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme, Rigshospitalet.

Et andet problem er at data for reumatologien og rygkirurgien under Rigshospitalet: Videncenter for Reumatologi og rygsygdomme ikke er adskilt. Der er ikke angivet data for spinalstenose operationer i tabellen, men antallet af diskusprolaps operationer er for lavt sat. I lokale kvalitetsdata for RLB er antallet af lumbale diskusprolapsoperationer for rygkirurgien angivet til 371 og antal lumbale spinalstenose operationer er 543.

Der er derfor noget galt i rapportens beregninger af data.

Med venlig hilsen

Henrik Røgind
Cheflæge, ph.d.
henrik.roegind.01@regionh.dk

Fra: [Kirstine Amris](#)
Til: [Henrik Røgind](#); [Jan Christensen](#)
Cc: [Pernille Hurup Duhn](#); [Sussi Løvgreen Larsen](#)
Emne: SV: Samarbejde om smerteområdet
Dato: 7. februar 2024 15:19:23
Vedhæftede filer: [Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter 2023.pdf](#)
[Henvisningsvejledning - henvisning af smertepatienter fra almen praksis til specialiseret behandling i Region H_RH.pdf](#)

Også OK med mig tirsdag. 5/3 kl.13.

Problemet udspringer af SST nye rapport om anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter. Der blev i den rapport lagt op til, at referencerammen for forståelsen og håndteringen af kroniske smertetilstande skulle være ICD-11, men samtidig at de enkelte regioner måtte tage stilling til snitfladen ift behandling af mennesker med funktionel lidelse. Rikke Hinge (mandatet uvist) har på den baggrund indkaldt/inviteret os og repræsentanter fra TSC Gentofte og RH mhp at lave en retningslinje for visitationen af patientgruppen med kroniske smerter i region H til de praktiserende læger, hvor hun argumenterer for, at patienter med primære kroniske smertetilstande, inkl. fibromyalgi, med behov for en tværfaglig indsats skal henvises til Klinik for Funktionelle lidelser. Den opdeling og visitationsretningslinje er Pernille og jeg ikke enig i iht mine kommentarer på flow chartet (vedhæftet).

Det er først i den noget overraskende mail Rikke Hinge fremsender, hvor hun udelukker mig og Pernille fra det videre samarbejde, at hun trækker specialeplanen ind i diskussionen.

Hilsen Stine

Fra: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>
Sendt: 7. februar 2024 13:20
Til: Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Kirstine Amris <Kirstine.Amris@regionh.dk>
Cc: Pernille Hurup Duhn <pernille.hurup.duhn@regionh.dk>; Sussi Løvgreen Larsen <sussi.loevgreen.larsen.01@regionh.dk>
Emne: SV: Samarbejde om smerteområdet

OK med mig

mvh

Henrik Røgind
Cheflæge, ph.d.
Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme

Fra: Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>
Sendt: 7. februar 2024 13:08
Til: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>; Kirstine Amris <Kirstine.Amris@regionh.dk>
Cc: Pernille Hurup Duhn <pernille.hurup.duhn@regionh.dk>; Sussi Løvgreen Larsen <sussi.loevgreen.larsen.01@regionh.dk>
Emne: SV: Samarbejde om smerteområdet

Det skal så være kl 13?
Hilsener Jan

Fra: Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>

Sendt: 7. februar 2024 12:45

Til: Kirstine Amris <Kirstine.Amris@regionh.dk>; Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>

Cc: Pernille Hurup Duhn <pernille.hurup.duhn@regionh.dk>; Sussi Løvgreen Larsen <sussi.loevgreen.larsen.01@regionh.dk>

Emne: SV: Samarbejde om smerteområdet

Kære Stine

Jeg skal indrømme, at der foregår noget her, jeg ikke helt forstår. Tilsyneladende nogle uoverensstemmelser vedr fortolkning af vejledninger og specialeplan.

Jeg tror, vi skal holde et møde, hvor I forsøger at få mig til at forstå processen. Og hvor vi lægger en strategi for vores videre ageren

Sussi og jeg kommer jo tilbage til FRB de første 2 uger af marts.

Kunne vi mødes tirsdag 5. marts på et tidspunkt mellem 10 og 15?

mvh

Henrik Røgind

Cheflæge, ph.d.

Afdeling for Rygkirurgi, Led- og Bindevævssygdomme

Fra: Kirstine Amris <Kirstine.Amris@regionh.dk>

Sendt: 7. februar 2024 12:12

Til: Jan Christensen <jan.christensen.01@regionh.dk>; Henrik Røgind <henrik.roegind.01@regionh.dk>

Cc: Pernille Hurup Duhn <pernille.hurup.duhn@regionh.dk>

Emne: VS: Samarbejde om smerteområdet

Kære Jan og Henrik,

Pernille og jeg har modtaget nedstående mail fra Rikke Hinge, overlæge klinik for funktionelle lidelser, som vi måske bør vende. Er grundlæggende uenig med deres forestilling om snitflader og vores rolle i håndtering af fibromyalgipatienterne.

Mailen kom i forbindelse med vores kommentarer til KFL oplæg til rolle fordelingen (vedhæftet).

Stine

Fra: Rikke Hinge Carlsson <rikke.hinge.carlsson@regionh.dk>

Sendt: 7. februar 2024 08:56

Til: Per Bjørn Føge Jensen <per.bjoern.foege.jensen@regionh.dk>; Astrid Bøgh <astrid.boegh@regionh.dk>; Jes Niels Braagaard <jes.niels.braagaard@regionh.dk>; Kasper Lønberg Lund <kasper.loenberg.lund@regionh.dk>; Helle Nørgaard Evers Palshof <helle.noergaard.evers.palshof@regionh.dk>; Kirstine Amris <Kirstine.Amris@regionh.dk>;

Pernille Hurup Duhn <pernille.hurup.duhn@regionh.dk>

Cc: Sofie Juul Fulton <sofie.juul.fulton@regionh.dk>; Jan Renneberg <jan.renneberg@regionh.dk>

Emne: Samarbejde om smerteområdet

Kære alle

Efter sidste fælles møde og et videre arbejde på vores udkast til fælles forløbsbeskrivelse har Sofie og jeg været i mange overvejelser omkring vores fortsatte samarbejde.

Som italesat på begge vores fælles møder omkring snitflade på smerteområdet har udgangspunktet for disse møder været de nye anbefalinger fra SST – "Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter", hvor der står følgende: *"I hver region bør der arbejdes for et bedre samarbejde på tværs af de tværfaglige smertecentre og -klinikker og centre for funktionelle lidelser, både for en fælles forståelse og formidling af henholdsvis primære kroniske smerter og funktionelle lidelser samt for afklaring af den organisatoriske snitflade i forhold til, hvem der bør henvises til det ene og andet sted."*

Derudover har det også været formålet at tydeliggøre vores snitflade overfor især henviser, patienter og patientforeninger, så vi kan både bruge vores ressourcer rigtigt og hjælpe vores patienter bedst muligt.

Ud fra dette blev også fibromyalgienheden tænkt ind her fra os. Og dette selvom der ud fra SST specialevejledning kun er behandling af patienter med kroniske smerter på hovedfunktionsniveau ved fibromyalgienheden under Reumatologisk afd.

BBH/Frederiksberg, mens både de tværfaglige smerteklinikker og Klinik for Funktionelle Lidelser har regionsfunktion.

Dette har vist sig at give nogle grundliggende udfordringer ift. anerkendelsen af diagnosen funktionel lidelse og det behandlingstilbud, der tilbydes ved KFL for patienter med funktionelle lidelser, herunder fibromyalgi. Dette til trods for SST specialevejledning – intern medicin, reumatologi, der netop italesætter hvordan funktionelle lidelser i første omgang skal håndteres på hovedfunktionsniveau i reumatologien med mulighed for evt. yderligere indsats på regionsfunktionsniveau med netop specialfunktion for funktionelle lidelser:

"Afdelinger med hovedfunktion skal kunne varetage voksne med funktionelle lidelser med dominerende reumatologiske symptomer, herunder sikre relevant udredning, sygdomsforståelse og anbefale relevant behandling. Behandlingen kan omfatte tilbud i primærsektor. Indsatsen skal ske ud fra den bio-psyko-sociale sygdomsmodel og der skal være samarbejde med relevante øvrige specialer, ligesom der skal være et samarbejde med og mulighed for at henvise til specialfunktion for funktionelle lidelser."

Ydermere italesættes også følgende fra SST ud fra "Funktionelle lidelser - Anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering":

"Blandt de funktionelle lidelser med specifikke syndromdiagnoser, der har størst hyppighed og sygdomsbyrde, findes bl.a. irritabel tyktarm (irritable bowel syndrome, IBS), kronisk træthedssyndrom (chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis, CFS/ME) og andre syndromer med primært neurologiske symptomer, samt generaliseret muskuloskeletal smerte (fibromyalgi)".

Vi er her fra KFL anerkendende overfor den indsats der foregår i fibromyalgienheden og også anerkendende overfor diagnosen fibromyalgi som en specialespecifik diagnose i vores fagområde, hvilket også var udgangspunktet for invitation til samarbejde.

Vi arbejder dog også ud fra ovenstående anbefalinger fra SST og ser en barriere for et fortsat samarbejde, hvis ikke disse anbefalinger ikke kan accepteres som en grundlæggende præmis.

Derfor vurderer vi det desværre ej heller muligt at lande en fælles forløbsbeskrivelse,

som alle tre behandlingssteder kan se sig selv i. Samtidig er oplevelsen af vores to fælles møder, at der er forskellige udfordringer de tre behandlingssteder imellem, som vi vurderer bedst løst separat og ikke i denne fælles kontekst.

De nye anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter anbefaler specifikt afklaring af snitfladen mellem tværfaglige smertecentre/klinikker og centre for funktionelle lidelser med regionsfunktion. Dette var som sagt udgangspunktet for vores fælles møder, og vi finder det derfor relevant at fortsætte arbejdet omkring dette og en fælles forløbsbeskrivelse med de tværfaglige smerteklinikker.

Vi vil opfordre til, at alle hver især tager stilling til, om de vil iværksætte separate møder uden for denne kontekst ift. det kliniske samarbejde omkring sygdomsforståelse, snitflade, visitation af patienter m.m., og vi er også fortsat åbne overfor et samarbejde med fibromyalgienheden.

Det planlagte møde 19. marts annulleres, og der indkaldes separat til andet møde mellem KFL og de tværfaglige smerteklinikker samme tid og sted.

Hilsner, Sofie og Rikke

Rikke Hinge Carlsson

Ledende overlæge

Direkte tlf.: 38 66 68 02

E-mail: rikke.hinge.carlsson@regionh.dk

Frederiksberg Hospital
Afdeling for Socialmedicin
Klinik for Funktionelle Lidelser
Nordre Fasanvej 57-59, vej 8, opgang 2, 3. sal.
2000 Frederiksberg

Tlf.: 38 64 98 00

Web: www.frederiksberghospital.dk/socialmedicin

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.



Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter

Indsatser og organisering

Sundhed for alle ♥ + ●

Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med kroniske smerter

Indsatser og organisering

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

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

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: 21.11.2023
Format: pdf
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
November 2023

Indholdsfortegnelse

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

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

1. Introduktion

1.1. Baggrund

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

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

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

Denne publikation er en udmøntning af to initiativer i strategien:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Udfordringer vedrørende organisering og indsatser

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

Udredning i almen praksis

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

Tværfaglig indsats i det primære sundhedsvæsen

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

Ensartet kvalitet og rådgivning i smertecentre og -klinikker

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

Indsats før og efter operation

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

Samarbejde og ansvarsfordeling på tværs af sektorer

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

1.3. Formål med anbefalingerne

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

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

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

Der er følgende mål med anbefalingerne:

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

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

Sammenfatning af den nuværende og nye anbefalede indsats:

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

1.4. Begrebsafklaring

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

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

2. Sammenfatning af anbefalinger

Anbefalinger om anvendelse af en biopsykosocial tilgang (kapitel 4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anbefalinger i forbindelse med planlagte operationer (kapitel 8)

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

Anbefalinger for implementering og opfølgning (kapitel 9)

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

3. Målgruppen

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

3.1. Smertetilstande

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

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

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

⁴ International Association for the Study of Pain.

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

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

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

3.1.1. Smertemekanismer

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

3.1.2. Simple og komplekse kroniske smerter

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

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

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

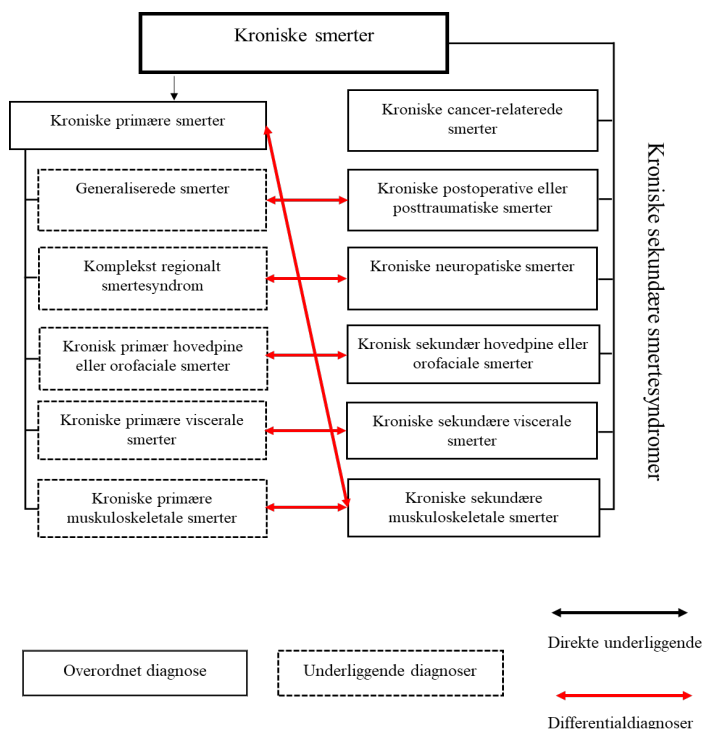
sygdomsklassifikation ICD-11. Behandling og indsats målrettes derfor også efter, om det er en primær eller sekundær kronisk smertetilstand.

3.2. Diagnoseklassifikationer

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

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

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

Figur 1. Klassifikation af kroniske smerter, ICD-11

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

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

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

Funktionelle lidelser

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

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

3.3. Risikofaktorer og ledsagesymptomer

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

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

3.3.1. Risikofaktorer for udvikling af kroniske smerter

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

3.3.2. Ledsagesymptomer til kroniske smerter

Søvnproblemer

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

Kognitive vanskeligheder

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

Træthed/udmattelse (fatigue)

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

Psykosocialt

Psykosociale følgevirkninger af et liv med kroniske smerter er et samspil af flere faktorer.

Socialt: Smerterne og følgevirkningerne kan gøre det vanskeligt at mestre et socialt liv og et hverdagsliv, herunder samliv og sexliv, på lige fod med andre mennesker.

Kroniske smerter er ikke altid synlige og mange mennesker oplever at blive mødt med fordomme og misforståelser, både blandt familie og venner, på deres arbejdsplads og i sundhedssystemet. Grundet den stigmatisering, der ofte følger med kroniske smerter, opleves ofte en uberettiget skyld og skam over tilstanden. Dette, i kombination med manglende forståelse for smertetilstanden, gør det for nogle endnu sværere og ensomt at mestre et liv med smerter.

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

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

Fysisk aktivitet

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

4. En biopsykosocial tilgang gennem hele forløbet

Anbefalinger

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

4.1. Den biopsykosociale tilgang

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

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

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

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

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

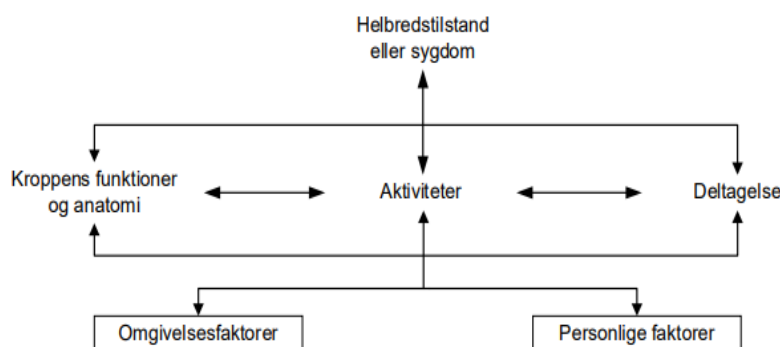
4.2. ICF som fælles biopsykosocial forståelsesramme for beskrivelse af funktionsevne

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

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

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

Figur 2. ICF-modellen: Samspillet mellem komponenterne.



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

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

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

Indsatserne kan være målrettet:

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

5. Udredning i det primære sundhedsvæsen

Anbefalinger

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

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

Almen praksis bør:

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

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

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

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

5.1 Udredning af smerter

5.1.1. Differentialdiagnostisk udredning og systematisk opfølgning

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

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

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

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

5.1.2. Afslutning af udredningen og diagnosticering

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

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

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

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

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

5.1.3. Brug af diagnosekoder og smerteoplevelse

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

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

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

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

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

Udredningen af behandlingsbehov foregår enten:

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

5.2.1 Den indledende fælles forståelse af smerterne

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

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

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

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

5.2.2 Afdækning af den biopsykosociale tyngde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.3 Vejledning og løbende planlægning af patientforløbet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Tværfaglige indsatser i det primære sundhedsvæsen

Anbefalinger

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

6.1. Behandling/indsatser på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet

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

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

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

6.2. Behandling/indsatser i det primære sundhedsvæsen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3. Tidlig kommunal indsats

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

Eksempler på kommunale indsatser

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

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

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

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

¹⁰ 35 kommuner i 2023.

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

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

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

6.4. Biopsykosociale indsatser og styrket vidensgrundlag

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

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

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

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

Eksempel på styrket vidensgrundlag af almen praksis

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

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

6.4.1. Indsatser målrettet fysisk funktionsevne

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

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

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

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

Henvisning

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

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

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

6.4.2. Indsatser målrettet psykologiske forhold

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

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

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

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

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

Henvisning

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

6.4.3. Indsatser målrettet omgivelsesfaktorer

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

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

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

Arbejdsrettet rehabilitering

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

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

Eksempler på tiltag for arbejdsfastholdelse

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

Ved mistanke om en arbejdsbetinget lidelse hos et menneske med kroniske smerter, kan praktiserende læger, speciallæger, fagforeninger, Arbejdsskadestyrelsen eller arbejdsmiljøorganisationen på arbejdspladsen henvise til en undersøgelse ved en af landets arbejdsmedicinske klinikker. Udover at undersøge, om lidelsen skyldes arbejdsmiljøet, kan klinikkerne blandt andet rådgive om fremtidige 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 i forhold til at iværksætte samtidige indsatser, eksempelvis genoptræning som gives efter sundhedsloven, og beskæftigelsesindsatser som ydes efter lov om aktiv beskæftigelse, så en glidende overgang mellem indsatserne understøttes. Desuden bør en beskæftigelsesindsats, for eksempel tilbagevenden til arbejde, indtænkes som en del af genoptræningsforløbet. Dette så tilbagevenden til arbejde ikke først påbegyndes, når mennesker med kroniske smerter er helt raske, men for eksempel foregår som en gradvis tilbagevenden, både i forhold til tid (længde og placering på dagen), men også i forhold til hvilke opgaver, der kan løses. Gradvis tilbagevenden kan eventuelt være med til at understøtte fastholdelse i arbejdsmarkedet til en vis grad, også for de mennesker der aldrig kommer tilbage til at arbejde på normale vilkår.

Eksempel på sammenhæng mellem forvaltninger

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

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

Henvisning

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

7. Indsatser i regi af smertecentre og -klinikker

Anbefalinger

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

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

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

7.1. Organisering af smertecentre og -klinikker

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2. Henvisning til et tværfaglige smertecenter eller -klinik

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

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

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

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

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

7.3. Indsatser i tværfaglige smertecentre og -klinikker

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

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

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

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

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

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

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

7.4. Tværsektorielt samarbejde, herunder rådgivning

7.4.1. Samarbejde med almen praksis

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

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

7.4.2. Samarbejde med kommuner

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

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

7.4.3. Rammer for tværsektorielt samarbejde

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

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

Eksempler på tværsektorielt samarbejde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eksempel på samarbejde om snitfaldeafklaring

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

8. Indsatser i forbindelse med operationer

Anbefalinger

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

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

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

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

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

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

8.1. Risikovurdering og smerteafdækning før operationer

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

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

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

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

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

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

Anbefalinger for kirurger

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

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

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

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

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

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

8.2.1. Anbefalinger for almen praksis

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

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

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

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

8.2.2. Anbefalinger for kommuner

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

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

9. Implementering og opfølgning

Anbefalinger

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

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

9.1. Organisering og samarbejde

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

9.2. Planlægning af implementeringen

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

Planlægning af implementering kan med fordel omfatte en beskrivelse af:

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

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

9.3. Monitorering og opfølgning

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

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

10. Perspektivering

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

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

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

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

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

11. Referenceliste

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

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

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

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

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

12. Bilagsfortegnelse

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

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

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2020 en faglig afdækning af smerteområdet¹, som bl.a. viste, at der er mangelfuld koordinering mellem forskellige dele af udredningen af mennesker med kroniske smerter, hvilket kan medføre lange og usammenhængende forløb med risiko for sociale og familiære udfordringer samt tab af tilknytning til arbejdsmarkedet. For nogle er den kroniske smertetilstand en følge af anden kronisk sygdom, som kræver fortsat kontrol og behandling i andre kliniske specialer. Mennesker med kroniske smerter vil derfor ofte have 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 sundhedsydelse og de tilbud, der støtter mennesker med kroniske smerter i håndtering af smertetilstanden (psykoedukation mv.).

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

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

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

Formål og rammer

Dette kommissorium omhandler anbefalingerne under initiativ 1, som vil have fokus på organiseringen af patientforløb for mennesker med kroniske smerter, herunder sammenhængen mellem de tværfaglige og tværsektorielle indsatser. Anbefalingerne vil dog overvejende have fokus på indsatser efter sundhedsloven. Indsatser efter anden lovgivning beskrives kun, såfremt der samtidig er et behov for sundhedsfaglig viden og kompetencer i forhold til denne indsats og at der således er en sammenhæng med sundhedsindsatserne. Anbefalingerne vil som udgangspunkt være generiske og omfatte den brede patientgruppe, der enten har simple eller komplekse kroniske smerter. Der vil være fokus på ansvarsfordelingen og det tværfag- lige 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. Udrednings- forløbet kan også trække ud, hvis det ikke er muligt at finde en fysiologisk årsag til smertetilstanden og dermed svært at afgøre, hvornår patienten er diagnostisk afklaret, hvilket er afgørende for at kunne henvise til et videre forløb, fx i et smertecenter. Der er således behov for systematisering og organisering af udredningsforløbet, hvilket anbefalingerne vil have fokus på.

Tværfaglig indsats til patienter med smerter

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

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

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

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

Andre relevante fokusområder i anbefalingerne vil blive drøftet med følgegruppen.

Den faglige følgegruppes opgaver

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

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

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

Den faglige følgegruppes sammensætning

Den faglige følgegruppe sammensættes med følgende repræsentation:

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

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

Sundhedsstyrelsen vil løbende inddrage supplerende ekspertise efter behov.

Projektgruppen i Sundhedsstyrelsen:

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

Forventet tidsplan

Der forventes deltagelse i to møder i den faglige følgegruppe:

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

Bilag 2. Medlemmer af faglig følge-gruppe

Følgegruppen:

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

Sundhedsstyrelsens sekretariat:

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

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

Baggrund

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

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

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

Klinisk problemstilling

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

Afgrænsning

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

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

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

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

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

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

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

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

Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning

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

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

Baggrund

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

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

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

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

Definition af kroniske smerter

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

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

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

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

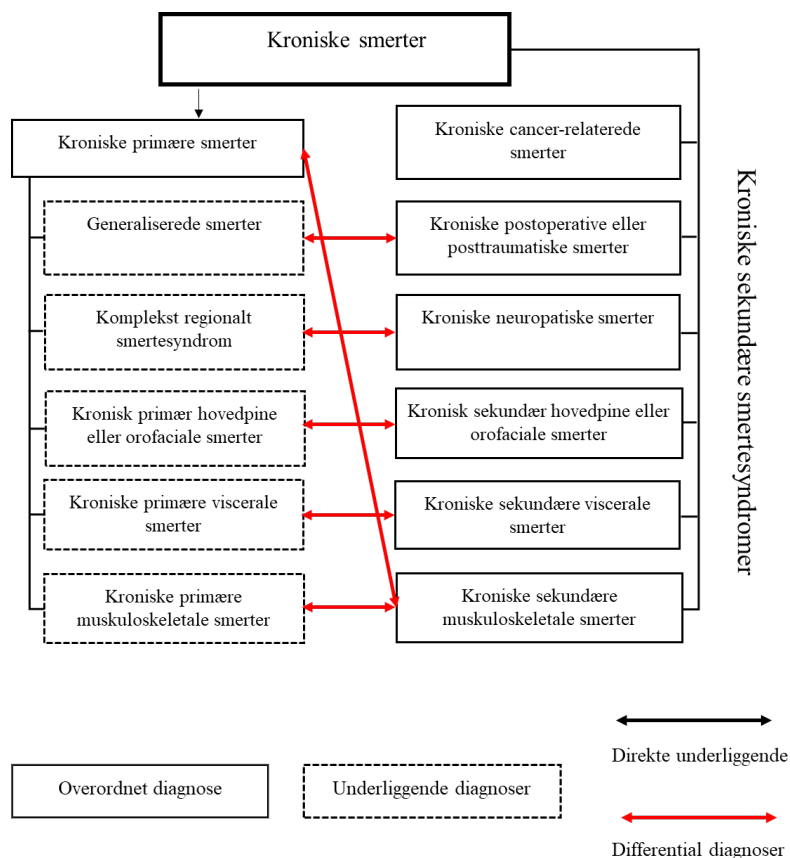
Primære kroniske smerter opdeles i 5 subkategorier:

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

Sekundære kroniske smerter opdeles i 6 subkategorier:

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

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

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

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

Kontekst

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

Anbefaling 1. Indledende vurdering

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

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

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

Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

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

Hvorfor anbefaler vi det?

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

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

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

Anbefaling 2. Afdæk den biopsykosociale tyngde

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

Herunder bør afdækkes, hvordan smerterne påvirker patientens:

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

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

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

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

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

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

Hvorfor anbefaler vi det?

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

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

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

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

Anbefaling 3. Informér og planlæg løbende

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

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

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

Inkludér følgende i patientsamtalen:

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

Betragtninger om organisatorisk kompleksitet

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

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

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

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

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

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

Referencer

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

- 14: Von Korff, M., DeBar, L. L., Krebs, E. E., Kerns, R. D., Deyo, R. A., & Keefe, F. J. (2020). Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high impact chronic pain. *Pain*, 161(3), 651.
- 15: Ørtenblad, L., Valentin, G. H., & Carstensen, K. (2014). SMERTER-En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. Health Technology Assessment and Health Services, CFK

Søgebeskrivelse

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

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

Generelle søgetermer

Engelske: Pain, Chronic Pain, fibromyalgia, musculoskeletal pain

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

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

Guideline-søgningen

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

Generelle søgekriterier

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

Arbejds- og referencegruppe

Arbejdsgruppen

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

Referencegruppen

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

Sekretariatet i Sundhedsstyrelsen

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

Metodetilgang

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

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

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

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

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

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

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

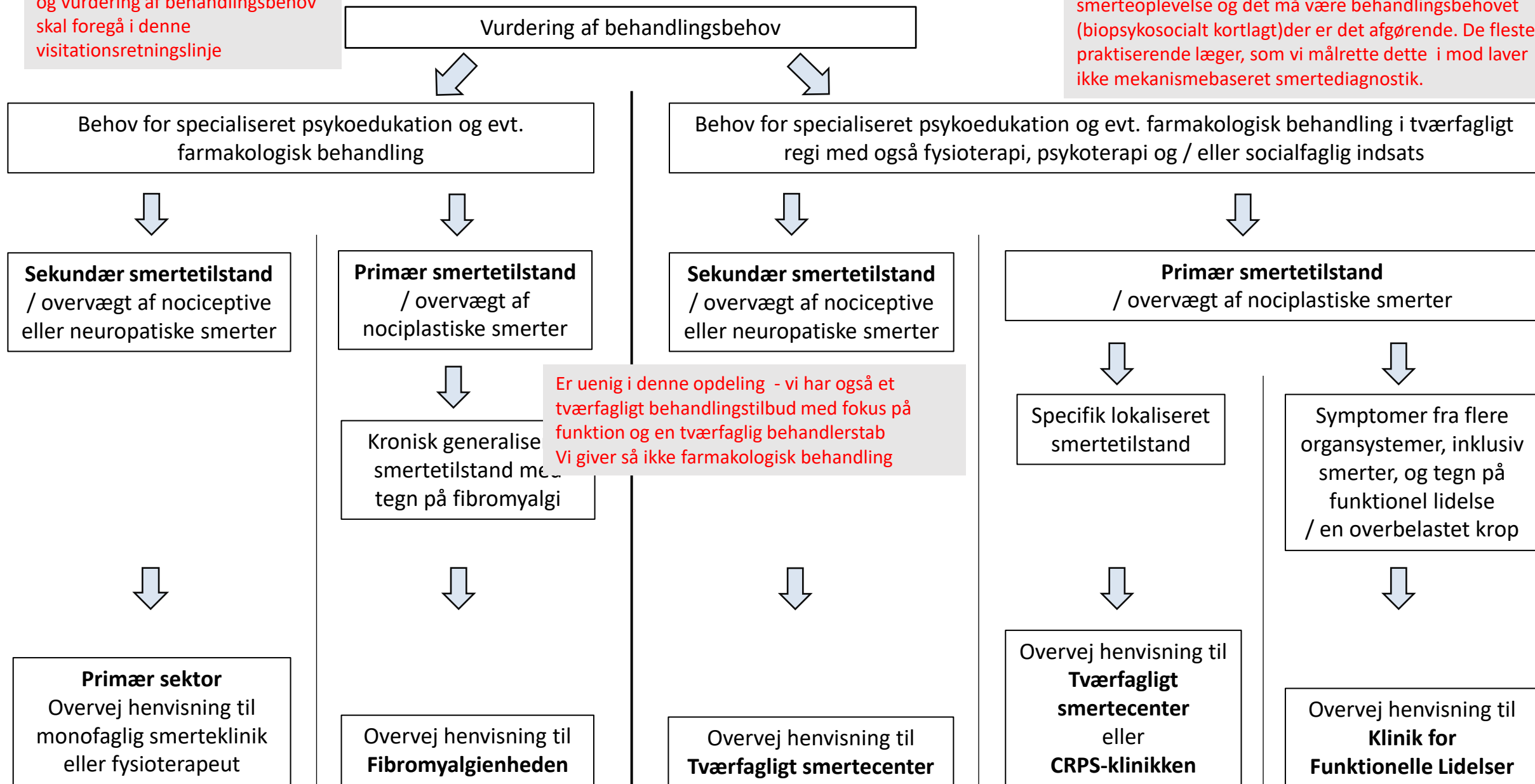
Anbefalingerne vil i udgangspunktet ikke blive opdateret, hvorfor det påhviler de faglige miljøer at orientere os, hvis der kommer ny viden

Sundhed for alle ♥ + ●

BEHANDLING AF SMERTETILSTANDTILFÆLDE MED SMERTER > 6 MDR FRA ALMEN PRAKSIS I REGION H

Uklart hvornår og hvor diagnostik og vurdering af behandlingsbehov skal foregå i denne visitationsretningslinje

Er også uenig i at smertemekanismen 'driver' henvisningen – de fleste patienter har flere smertemekanismer, der bidrager til den samlede smerteoplevelse og det må være behandlingsbehovet (biopsykosocialt kortlagt) der er det afgørende. De fleste praktiserende læger, som vi målrette dette i mod laver ikke mekanismebaseret smertediagnostik.



Fra: Dorte Bagger
Til: BBH-FRH-FP-Direktion; BOH-FP-Direktion; HGH-FP-Hospitalsdirektionen; HH-FP-Direktionen Nordsjællands Hospital; HVH-FP-Direktionen; RH-FP-Direktionen; RHP-ADM - Region Hovedstadens Psykiatri; SDC-FP-direktion; AKUT-FP-Sekretariatet; Anders Damm-Hejmdal; Bente Ourø Rørth; Birgitte Diness; Bjarne Ørskov Lindhardt; Bo Feldt-Rasmussen; Bodil Ørkild; Charlotte Riis Trampedach; Christian Worm; Christian Østergaard Andersen; Claus Larsen Feltoft; Claus Zachariae; Eva Mosfeldt Jeppesen; Gunhild Waldemar; Hanne Rolighed Christensen; Heidi Sharif; Helen Bernt Andersen; Helle Frost Andreassen; Henrik Flyger; Henrik Larsen; Henrik Palm; Henrik Røgind; Ida Gustafsson; Ida Hageman; Inge Jenny Dahl Knudsen; Inge Nordgaard-Lassen; Irene Wessel; Jakob Hendel; Jane Frølund Thomsen; Jannick Brennum; Jens Georg Hillingsø; Jens Otto Jarlov; Jens Peter Ellekilde Bonde; Jesper Erdal; Jesper Ravn; Johannes Klitgaard Jakobsen; Jonas Egebart (JEGE0018); Kirsten Wisborg; Kristian Antonsen; Kurt Stig Jensen; Lars Steen Jakobsen; Lise Bathum; Mads Klokke; Majbritt Wagner-Eckert; Malene Rohrsted; Marie-Helene Olsen; Martin Magelund Rasmussen; Michael Vestergaard Thomsen; Morten Bagge Hansen; Morten Dornonville de la Cour; Nikolaj Eldrup; Nina Staal; Ole Snorgaard; Peter Hovind; Peter Kampmann; Peter Lommer Kristensen; Rene Priess; René Sjølland; Thomas Houe; Thomas Høj-Hansen; Thomas Peter Almdal; Thomas Steengaard; Tina Holm Nielsen; Torstein Ragnar Meling; Trine Sander Pedersen; Ulrik Lassen; Ane Kristine Jakobsen; Anette Mose Hansen; Anna Weiland Zachariassen; Anne Møller; Anne Aastrup; Annemette Simonsen; Asger Nellesmann Rasmussen; Bodil Bjerg; Dinne Leth-Miller; Dorte Thurøe; Henrik Aksel Jørgensen; Henrik Thomsen; Jakob Sidenius; Julie Bilenberg Larsen; Julie Olsson; Karen Dyeremose; Lene Ørsted; Mariann Kofoed; Mathias Diop Christiansen; Mathilde Kragh Thuesen; Mia Panholm Jacobsen; Morten Klint; Pernille Hougaard Duun; Pernille Jørgensen; Sandra Rahel Makonnen; Sidse Borum Smedegaard Kristensen; Sofie Knak; Trine Juhl Nielsen
Cc: Hanne Lageri Thomsen; Henrik Ullits Andersen; Jens Normand; Karen-Marie Giese Nielsen; Kim Garde; Lasse Nørgaard; Liselotte Probst Brandum; Lotte Hede; AKUT-FP-Sekretariatet; RHP-FP-ADM-Kvalitets og Forbedringsafd; Sidsel Kofoed Andersen; Nadia Filippen; Nadja Ausker; Astrid Dalum; René Lynderup Frank
Emne: Direktioner og formandskaber for SFR: Høring ny regional vejledning "Skriftlig patientinformation" med høringsfrist 10. sept. 2023
Dato: 31. juli 2023 10:38:18
Vedhæftede filer: Bilag 1. Arbejdsplan ved ændringer og ønsker til standardiserede patientinformationer i PIM 29. juni 2023 afsnit om SFR.docx
Høringssvarskema Skriftlig patientinformation.docx
Skriftlig patientinformation juli 2023.docx

Center for Sundhed,
Enhed for Kvalitet, Forskning og
Patientsikkerhed i Sundhedsvæsenet

Til
Direktioner
Formandskaber for SFR

Cc
Kvalitetschefer

Hermed sendes udkast til ny regional vejledning i høring; **Skriftlig patientinformation – procedure for udarbejdelse, godkendelse og udlevering**, med høringsfrist d. 10. sept. 2023.

Vejledningen er udfærdiget af Center for Politik og Kommunikation i samarbejde med hospitalernes kommunikationsafdelinger. Beslutningen om en mere struktureret proces og koncept for skriftlig patientinformation blev truffet af regionens koncerndirektion og hospitalsdirektører i 2015. Læs om tiltaget her: <https://intranet.regionh.dk/regi/kommunikation/patientkommunikation/skriftlig-patientkommunikation/koncept/Sider/default.aspx>

Status er at næsten halvdelen af de patientinformationer, som sendes til patienter i forbindelse med undersøgelse og behandling (og som også præsenteres på afdelingernes hjemmesider), nu er skrevet igennem i et tæt samarbejde mellem Kommunikation og relevante specialeansvarlige, så de matcher Region Hovedstadens koncept for skriftlig patientinformation. Arbejdet udføres og koordineres i team for skriftlig patientinformation i Center for Politik og Kommunikation/Patientkommunikation og digitale medier.

Vejledningen er målrettet center-, klinik- og afdelingsledelser, specialeansvarlige, regionens SFR og kommunikationspersonale på hospitalerne og i Center for Politik og Kommunikation.

Vedlagt:
Udkast til vejledning
1 bilag
Høringssvarskema

Høringssvar bedes indsat i vedlagte høringssvarskema og returneres til hanne.lageri.thomsen@regionh.dk indenfor høringsfristen.

Med venlig hilsen

Dorte Bagger
Chefkonsulent
Enhed for Kvalitet, Patientsikkerhed og Forskning
Center for Sundhed
Region Hovedstaden
20913820
Mail: dorte.bagger@regionh.dk

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.

Skriftlig patientinformation – procedure for udarbejdelse, godkendelse og udlevering			
Udgiver	Center for Politik og Kommunikation/Patientkommunikation og digitale medier		
Dokumenttype	Vejledning	Version	0, udkast juli 2023
Forfattere	Astrid Dalum/Tina Linder Thomsen PDM/CPK	Gældende fra	
Fagligt ansvarlig	Enhedschef for Patientkommunikation og digitale medier/ Center for Politik og Kommunikation	Næste revision	
Søgeord			

[Formål](#)

[Målgrupper og anvendelsesområde](#)

[Definitioner](#)

[Fremgangsmåde](#)

[Ansvar og organisering](#)

[Bilag](#)

Formål

Vejledningens formål er at skabe fælles forståelse for og understøtte anvendelse af regionalt fastlagte standarder og arbejdsgange ifm. godkendelse og distribuering af skriftlig patientinformation, blandt forskellige forfattere og afsendere.

Det overordnede mål er, at Region Hovedstadens informationsmateriale tilpasses patienters behov for information i forbindelse med et forløb.

Målgrupper og anvendelsesområde

Vejledningen henvender sig til

- Centre, hospitaler, SFR og afdelingers **specialeansvarlige og/eller ledelser**, som har ansvar for de sundhedsfaglige informationer, der bidrager til at patienter er forberedte på og inddragede før, under og efter patientforløb.
- Centre, hospitaler og afdelingers **kommunikationsansvarlige og PIM-redaktører** (patientinformation), som kvalitetssikrer formidlingsniveau, tone og struktur for skriftlig patientinformation.

Vejledningen omfatter al skriftlig patientinformation, dvs. tekster, der sendes eller udleveres til patienter i forbindelse med et forløb på et eller flere af Region Hovedstadens hospitaler.

Definitioner

Skriftlig patientinformation: Skriftlig patientinformation er tekster, der sendes eller udleveres til patienter i forbindelse med et forløb på et eller flere af Region Hovedstadens hospitaler. De skriftlige informationer sendes digitalt og overvejende som bilag til indkaldelser. Informationer om undersøgelse og behandling udgives desuden for en stor del på web (afdelingernes hjemmesider). Visse informationer printes og tilbydes patienten ved fysisk fremmøde.

Skriftlige patientinformationer omfatter

- Indkaldelser
- Forberedelses- og forløbsbilag, udskrivesbreve
- Pjecer og informationsark
- Fraser og tekster, der anvendes på digitale platforme og app- løsninger, fx MinSP.

Skriftlige patientinformationer er placeret i samt publiceres og udsendes fra forskellige relevante it-systemer.

Det er it-systemejers (CPK) ansvar at sikre, at driften af kanaler og platforme er stabil, og at systemet er opdateret.

CPK: Regionens Center for Politik og Kommunikation

Fremgangsmåde

Overordnede retningslinjer:

Det gælder at indhold i skriftlige patientinformationer er

- sundhedsfagligt godkendt (godkendt i klinik)
- nemt og overskuelig at læse og forstå (godkendt i kommunikation)
- koordineret på alle platforme og kanaler, hvor informationen distribueres, så det fremstår ensartet og harmonisk i indhold, uanset hvor patienten modtager den skriftlige information og hvem afsender er
- rettidigt udsendt til og/eller gjort tilgængelig for patienten på digitale platforme og kanaler.

Produktion af nyt patientinformationsmateriale

Udfærdigelse af nye tekster koordineres mellem faglige eksperter, hospitalernes kommunikationsansvarlige - CPK og SFR involveres, hvor relevant.

- Når afdelingen vil udfærdige patientinformationsmateriale, kontakter afdelingen lokal kommunikationsansvarlig, som kan inddrage CPK.
- Når SFR har udfærdiget regionalt sundhedsfagligt patientinformationsmateriale, kontaktes CPK, som sørger for at nyt materiale bearbejdes og versioneres til relevante afdelinger.

Redigering og bearbejdning af eksisterende materiale til nyt materiale

Redigering og bearbejdning af eksisterende materiale til det fælles regionale koncept er et mangeårigt tiltag, som drives af CPK. Tiltaget koordineres af CPK sammen med faglige eksperter indenfor hvert speciale

samt hospitalernes kommunikationsansvarlige. CPK er tovholder på dette arbejde og står for at koordinere produktion, godkendelse og implementering. Læs mere her

<https://intranet.regionh.dk/regi/kommunikation/patientkommunikation/skriftlig-patientkommunikation/koncept/Sider/Skriftlig-patientinformation-i-region-hovedstaden.aspx>

Godkendelse af fagligt indhold

Relevante sundhedsfaglige råd og andre klinikere involveres altid i godkendelse af sundhedsfagligt indhold.

Implementering af nyt materiale

Når nyt eller revideret materiale skal implementeres lokalt på afdelinger, tilpasses materialet, så det matcher lokale forhold og arbejdsgange, derefter kan det udgives på relevante platform og/eller kanal. Tilpasningsopgaven udføres i samarbejde mellem den kliniske afdelings redaktør og CPK samt hospitalets kommunikationsafdeling. CPK er tovholder på indsatsen.

Skriftlige patientinformationer er placeret i samt publiceres og udsendes fra forskellige relevante it-systemer (primært PIM). Det er it-systemejers (CPK) ansvar at sikre, at driften af kanaler og platforme er stabil, og at systemet er opdateret.

Rettelser i allerede implementeret materiale

Det er væsentligt at patientinformationsmateriale vedligeholdes i takt med udviklingen af den kliniske praksis og gældende kliniske retningslinjer.

- Når afdelinger eller centre ønsker justeringer i gældende patientinformationsmateriale, rettes henvendelse til lokale kommunikationsansvarlige – se bilag 1
- Når SFR er ejere af det skriftlige patientinformationsmateriale (fx bilag til regionale vejledninger) sendes revideret informationsmateriale til CPK, som i samarbejde med lokale kommunikationsansvarlige følger op.

Oversættelse af patientinformation

Afdelingsledelsen vurderer (på baggrund af patientsammensætning) om egne patientinformationer bør oversættes til engelsk eller andre sprog. Oversættelser finansieres af afdelingen, og kan koordineres via CPK, hvis det har et bredere fokus.

Det anbefales at vurdere behovet for oversættelse til andre sprog- Se [Patientmateriale på fremmedsprog oversættelse og proces](#)

CPK kan koordinere oversættelse af patientinformationer, som bruges på alle hospitaler til andre sprog (primært engelsk), fx om patientrettigheder.

Skriftligt patientinformationsmateriale på afdelingens hjemmeside

Afdelingens skriftlige patientinformationer skal være tilgængelige på afdelingens hjemmeside, så patienter og pårørende kan orientere sig hjemmefra. Dette koordineres mellem webredaktører på afdeling og hospitalets kommunikationsafdeling. Kontakt hospitalets kommunikationsafdeling for råd og vejledning.

Anbefalinger vedr. udlevering og distribution

Det anbefales, at udlevering af relevant skriftlig patientinformation indtænkes i afdelingernes forløbsbeskrivelser/kliniske retningslinjer.

Ved hvert forløb bør mængden af og udleveringstidspunktet for skriftlig patientinformation vurderes og tilpasses ud fra patientens behov, situation, baggrund og forståelsesniveau. Det tilstræbes så vidt muligt at minimere mængden af bilag og dokumenter, som patienten skal forholde sig til. Det er derfor vigtigt at vurdere det samlede informationsbehov i forhold til forløbet i sin helhed.

I nogle tilfælde kan det også give mening at henvise til supplerende information på hjemmeside, hos patientforeninger el.lign. – indhold skal dog godkendes af afdelingsledelsen.

Bemærk, at

- Skriftlig patientinformation kan distribueres som bilag vedhæftet en indkaldelse (eller anden kontakt fra hospitalet), og det sendes som hovedregel via digital post. Dette gælder især materiale, der er relevant for patienten at modtage med en indkaldelse til en aftale, fx velkomstinformation og information om, hvad der skal ske ved første møde, forberedelse fx faste.
- Skriftlige patientinformation kan supplere mundtlig dialog og anvendes af patienten efter samtalen er slut.
- Skriftlig information kan udleveres i forbindelse med en samtale. Der kan også henvises til afdelingens hjemmeside, hvor informationerne skal være tilgængelige.

Ansvar og organisering

Hospital

Hvert hospital har mindst én navngiven kommunikationsmedarbejder, som koordinerer udfærdigelse, implementering og vedligehold af skriftlig patientinformation sammen med hospitalets afdelinger og CPK.

Afdeling

Hver afdeling har en eller flere redaktører, som er undervist i brug af PIM, og som kender principper og fremgangsmåde for at opdatere og tilrette eksisterende lokalt informationsmateriale.

Afdelingen kan også udnævne en superbruger, som oplæres i at producere bilag ved at bruge det frase-materiale, der ligger i PIM. Dette aftales med hospitalets kommunikationsafdeling.

Når afdelingen har behov for nyt materiale, igangsættes produktionen altid i samarbejde med hospitalets kommunikationsafdeling, som kan vælge at inddrage CPK.

Afdelinger har selv ansvar for at holde lokalt tilrettede patientinformationer, der er godkendt til udlevering i afdelingen, opdateret mht. sundhedsfaglig information. Godkendelsesproces for tilretninger aftales med hospitalets kommunikationsafdeling.

Sundhedsfagligt Råd (SFR)

SFR har ansvar for at vedligeholde sundhedsfagligt indhold i regionalt patientinformationsmateriale i samarbejde med CPK.

Referencer, lovgivning og faglig evidens samt links hertil

- Om skriftlig patientinformation i Region Hovedstaden
<https://intranet.regionh.dk/regi/kommunikation/patientkommunikation/skriftlig-patientkommunikation/koncept/Sider/Skriftlig-patientinformation-i-region-hovedstaden.aspx>
- [Patientmateriale på fremmedsprog oversættelse og proces](#)

Bilag

Bilag 1 Arbejdsgange ved lokale ønsker og ændringer til nye standardiserede skriftlige patientinformationer i PIM

Arbejdsgange ved lokale ændringer og ønsker til standardiserede patientinformationer i PIM

Afsnit 1:

Afdelingen har ændringer til eksisterende patientinformation

- i låst element i dokumentet (frase, dvs. standardformuleringer)

1. Afdelingens dokumentredaktør henvender sig til hospitalets superbruger

2. Hospitalets superbruger vurderer ændringen og gør enten 2a, 2b eller 2c.

2.a:

- Superbrugeren finder frasen i PIM og vurderer, om det har konsekvenser for andre, hvis frasen ændres. Gennemfører ændringen i frasen, hvis det vurderes ok.
- Afdelingens dokumentredaktør/hospitalets superbruger udfylder eventuelle variable felter igen og genpublicerer dokumentet.

2.b:

- Superbrugeren finder en anden frase i PIM, der passer bedre til behovet og erstatter den nuværende frase med en anden frase.
- Afdelingens dokumentredaktør/hospitalets superbruger udfylder eventuelle variable felter og genpublicerer dokumentet.

2.c:

- Superbrugeren opretter en ny frase
 - Følg PIM-vejledningen.
 - Se afsnit 3 i denne vejledning om oprettelse af ny frase.
- Afdelingens dokumentredaktør/hospitalets superbruger udfylder eventuelle variable felter og genpublicerer dokumentet.

Ved tvivl om ændringen eller behov for sparring kan hospitalets superbruger kontakte superbruger/kommunikationskonsulent i Center for Politik og Kommunikation.

Afsnit 2:

Afdelingen ønsker en helt ny patientinformation

Afdelingen har eller har ikke et udkast

-
1. Afdelingens dokumentredaktør henvender sig til hospitalets superbruger med ønsket om en ny patientinformation i afdelingen.
-

2. Hospitalet superbrugeren vurderer ønsket og kan undersøge:
 - Har afdelingen allerede et udkast som udgangspunkt
 - Har afdelingen andre patientinformationer, hvor noget kan genbruges fra
 - Har andre hospitaler lignende information
 - Har redaktionen i Center for Politik og Kommunikation lignende information på vej.
-

3. Laver et (nyt) udkast til afdelingen:
 - Henter relevante fraser fra PIM
 - Opretter nye fraser
 - Følg PIM-vejledningen
 - Se afsnit 3 i denne vejledning om oprettelse af ny frase.
 - Hospitalets superbruger sender det nye udkast til godkendelse i afdelingen.
-

4. Den godkendte patientinformation publiceres
 - Hospitalets superbruger opretter dokumentet i PIM
 - Afdelingens dokumentredaktør tilføjer eventuelt kontaktfrase, metadata mm.
 - Afdelingens dokumentredaktør publicerer dokumentet og tilføjer eventuelt til relevante bilagspakker.
 - Hospitalets superbruger redigerer på web, hvis patientinformationen publiceres til hjemmeside(r).
-

Ved tvivl eller behov for sparring kan hospitalets superbruger kontakte superbruger/kommunikationskonsulent i Center for Politik og Kommunikation.

Afsnit 3:

Afdelingen/hospitalet ønsker en ny frase

1. Hospitalets superbruger formulerer ny frase og opretter frasen i PIM.
-
2. Redaktionen i Center for Politik og Kommunikation tager den nye frase med i den ugentlige korrekturrunde.
 - Kan hospitalet/afdelingen ikke vente med at få læst korrektur til den ugentligerunde, kan redaktionen i Center for Politik og Kommunikation kontaktes direkte for korrektur med det samme.
-
3. Hospitalets superbruger får frasen tilbage fra korrekturrunden.
-

-
- Vurderer eventuelle ændringer
 - Implementerer ændringerne i frasen i PIM
 - Sender eventuelt frasen til godkendelse i afdelingen, hvis det vurderes nødvendigt
 - Sætter den nye frase ind i det relevante dokument i PIM.
-

Ved tvivl eller behov for sparring kan hospitalets superbruger kontakte superbruger/kommunikationskonsulent i Center for Politik og Kommunikation.

Afsnit 4:

Et Sundhedsfagligt råd ønsker ny patientinformation, fx i forbindelse med nye regionale kliniske vejledninger

1. Sekretæren for det sundhedsfaglige råd kontakter redaktionen i Center for Politik og Kommunikation.
-
2. Redaktionen i Center for Politik og Kommunikation vurderer ønsket og undersøger
 - Er der allerede noget lignende på et af hospitalerne?
 - Ligger ønsket sig op af noget, der er på vej andre steder fra?
-
3. Redaktionen vender tilbage til sekretæren for SFR for at vurdere, hvordan der kan udarbejdes et udkast
 - Skal der etableres kontakt mellem redaktionen og en repræsentant fra rådet?
 - Ligger der er forelæg, som redaktionen kan tage udgangspunkt i?
-
4. Redaktionen udarbejder et udkast, der sendes til godkendelse i via sekretæren.
-
5. Den endelig godkendte patientinformation sendes ud til relevante afdelinger via SFR.

Høringssvar vedr. regional vejledning: " Skriftlig patientinformation – procedure for udarbejdelse, godkendelse og udlevering "

Bemærkninger	
Hospital:	
SFR:	SFR reumatologi
Overskrift	Ordet "udlevering" fremtræder meget fysisk. Kan det erstattes med "formidling" eller lignende?
Formål	'distribuering' er bedre end 'udlevering', men tenderer også mod en fysisk overlevering. I disse tider kunne det være et selvstændigt formål, at informationen i videst muligt omfang formidles elektronisk. Dels af miljøhensyn, dels for at sikre, at patienten får den senest opdaterede version af materialet.
Målgruppe og anvendelsesområde	Hvorfor er visse interessenter fremhævet med fed? Vejledningen kan aldrig komme til at handle om 'al' skriftlig patientinformation. Vi benytter os i ganske stor udstrækning af materiale, som er udarbejdet andre steder fx Dansk Reumatologisk Selskab, Danbio, Vælg Klogt, Gigtforeningen, henvisning til sundhed.dk etc.
Definitioner	Et udskrivesbrev er det samme som en epikrise. Det er en læge-til-læge meddelelse, som udfærdiges efter det enkelte patientforløb. Epikrisen er et vigtigt <i>fagligt</i> kommunikationsredskab ved sektorovergange. Målestokken for denne kommunikation må være faglig tydelighed, ikke om patientens informationsbehov er opfyldt. Det er forkert at se udskrivesbrevet som patientinformation, og ud over en standardopsætning kan indholdet ikke standardiseres i nævneværdigt omfang. PIM = ?
Fremgangsmåde	Der savnes procedurer for versionshåndtering. Fx i forbindelse med klagesager, kan det være af betydning, hvad patienten er blevet informeret om på et givet tidspunkt. Hvordan informeres afdelingerne, hvis/når fraser rettes?

Ansvar og organisering	Er "én navngiven kommunikationsmedarbejder" den samme som superbrugeren, der refereres til i bilag 1?
Referencer og lovgivning	
Kommentarer til evt. bilag	
Øvrige kommentarer og bemærkninger	Overordnet er vi ikke overbeviste om, at den valgte, politisk vedtagne strategi med ensretning af den patientrettede kommunikation tilfører værdi til patientforløbene. Mere ens skrivelser bliver 'lige gyldige' og svære at skelne fra hinanden. Hvis patienten kun er i ét forløb er ensretningen ikke af betydning. Hvis patienten er i flere forløb, kan variationer i kommunikationen medvirke til at skelne information om de forskellige forløb fra hinanden. Den faglige kommunikation, som også er vigtig, udvandes og kan ikke umiddelbart tage udgangspunkt i den mundtlige patientinvolverende kommunikation, som den er en naturlig forlængelse af. Indenfor rammerne af 'skriftlig kommunikation udarbejdet af og for Region Hovedstaden' er vejledningen dækkende. Men en stigende andel af vores kommunikationsindsats koordineres på andre niveauer (fx lægevidenskabeligt selskab), i samarbejde med andre aktører (fx patientforening) og i andre formater (fx video, podcast). Det afspejler VIP'en ikke. Det er ikke klart, men vi går ikke ud fra, at vejledningen gælder materiale udleveret fra speciallægepraksis?



NOTAT

Til: Lene Schack-Nielsen
Chefkonsulent
Det Nære Sundhedsvæsen
Center for Sundhed

Opgang Rød opgang, 9. etage
Afsnit RLB29
Telefon 3863 2696
Direkte 4012 4025
Mail henrik.roegind.01@regionh.dk

Dato: 30. november 2023

Høring RUKS – SFR reumatologi

Vedr kapitel 7 Leddegigt (RA)

Generelt anser vi det for et grundlæggende problem at anvende patientens medicinkøb som en del af populationsbeskrivelsen uden at supplere med data for patienter, der har fået udleveret deres medicin fra hospital.

Mange patienter går ikke på apoteket for at købe deres gigtmedicin. Det er dyre præparater, som ofte udleveres vederlagsfrit. Tidligere har det ikke været noget stort problem, da behandlingen typisk blev givet i kombination med fx methotrexate (MTX), som patienterne i en stor udstrækning har indløst på recept – og dermed forblev de i populationen. Imidlertid er der regionale forskelle på, hvordan reglerne om vederlagsfri medicin administreres. Nogle steder skrives fortsat recept på tabl MTX, andre steder udleveres det vederlagsfrit. Det vil føre til uhensigtsmæssig geografisk skævvridning af data, da de sidstnævnte kan ende med at forsvinde fra populationen. Forholdene kan også ændres over tid, idet reglerne for udlevering af vederlagsfri medicin løbende ændres, hvilket kan føre til at rent administrative beslutninger får indflydelse på prævalensen. Og selv hvis vi kørte i et paradigme uden geografisk og administrativ variation, sker der faglig udvikling. Anvendelsen af parenteral MTX – som langt overvejende udleveres vederlagsfrit – er gradvist steget. Ydermere er der kortere vej til behandling med vederlagsfri monoterapi (dvs uden recept) i dag end for 10, 15 eller 20 år siden, dels da vi ved mere, dels da der udvikles ny medicin, som sjældnere gives i kombination.

Et bud kunne være, at denne måde at definere populationen på vil reducere prævalensen med nogle tusinde. Det kunne man måske leve med, men udfordringen er, at det er de sværeste, mest behandlingskrævende og dermed dyreste patienter, der udelades fra populationen. En anden stor udfordring er, at andelen af de inkluderede patienter, der ekskluderes, må forventes at stige over tid i takt med, at monoterapi bliver endnu mere almindeligt. Dermed kan der fås et falsk billede af stagnerende/aftagende prævalens. Vi foreslår, at der

suppleres med et kriterie, der sikrer, at patienter, der får udleveret deres medicin fra hospital, inkluderes.

Ved behov kan den nationale kvalitetsdatabase, Dansk Reumatologisk Database, måske hjælpe med et estimat af hvor mange patienter, der er i monoterapi med vederlagsfri medicin.

Vi har forståelse for at diagnosen RA i LPR ikke altid står til troende, men derfra og til at ekskludere alle patienter med 2 inflammatoriske diagnoser, er der ganske langt. Antallet af patienter, der reelt har 2 lidelser er nok lille i denne sammenhæng (formentlig få hundrede), men en del patienter starter med én diagnose for så siden at omklassificeres. Specielt må man tro, at patienter indenfor Andre artritter (M13), med tiden får en mere specifik diagnose. Som minimum mener vi ikke, at patienter som får RA-diagnosen senere end andre diagnoser bør ekskluderes. Her opfatter vi forløbet som, at en uspecifik diagnose med tiden bliver mere specifik, hvorved det er muligt at stille diagnosen RA.

På vegne af SFR reumatologi

mvh

Henrik Røgind Cheflæge ph.d.
Næstformand SFR Reumatologi

Fra: [Henrik Aksel Jørgensen](#)
Til: [Lene Schack-Nielsen](#)
Cc: [Henrik Røgind](#)
Emne: SV: Høring - Forbedring af metoderne til populationsdannelse i Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)
Dato: 30. november 2023 12:39:52
Vedhæftede filer: [Høringssvar RUKS CSU SFR Reumatologi.docx](#)

Kære Lene

Vedlagt høringssvar fra SFR-Reumatologi.

Venlig hilsen

Henrik Jørgensen
Økonomimedarbejder
Mobil 29 60 07 22
Mail: hjoe0203@regionh.dk

Rigshospitalet
HovedOrtoCentret
Økonomifunktionen
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
www.rigshospitalet.dk

Besøgsadresse:
Inge Lehmanns Vej 8, 2100 København Ø
Opgang 7, 7. sal, afsnit 7075, rum 7101

Fra: Lene Schack-Nielsen <lene.schack-nielsen@regionh.dk>

Sendt: 24. november 2023 15:25

Til: Julie Bilenberg Larsen <julie.bilenberg.larsen.01@regionh.dk>; Anne Aastrup <anne.aastrup@regionh.dk>; Henrik Aksel Jørgensen <henrik.aksel.joergensen@regionh.dk>; Jeanne Asser Houen <jeanne.asser.houen@regionh.dk>; Mia Panholm Jacobsen <mia.panholm.jacobsen@regionh.dk>

Emne: Høring - Forbedring af metoderne til populationsdannelse i Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS)

Til sekretærerne for de SFR for Lungesygdomme, Neurologi og Klinisk Neurofysiologi, Reumatologi, Ortopædkirurgi, Psykiatri og Endokrinologi

Region Hovedstaden har modtaget vedlagte høringsmateriale ang. forbedringer af algoritmer til populationsdannelse i register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS).

RUKS udarbejdes af Sundhedsdatastyrelsen med det formål at levere tal på forekomsten af en række udvalgte kroniske sygdomme. Personer inkluderes i en given sygdomsgruppe på baggrund af somatiske og psykiatriske sygehuskontakter med relevante diagnosekoder fra Landspatientregisteret (LPR) og receptindløsninger på relevant medicin registreret i lægemiddelstatistikregisteret (LSR).

Sundhedsdatastyrelsen har nu foreslået en række opdateringer af de bagvedliggende algoritmer. Formålet med høringen er at indhente kommentarer til de metodemæssige ændringer, som Sundhedsdatastyrelsen ønsker at indføre.

Jeg vil derfor spørge, om I i de respektive SFR vil se på de foreslåede ændringer i algoritmerne for:

Astma og KOL: SFR for Lungesygdomme

- Demens: SFR for Neurologi og Klinisk Neurofysiologi
- Leddegigt: SFR for Reumatologi
- Osteoporose: SFR Ortopædkirurgi
- Skizofreni: SFR for Psykiatri
- Diabetes type I og II: SFR Endokrinologi

Hvis ikke det er rette SFR, som jeg har fået spurgt, må I selvfølgelig endelig sige til.

Såfremt I har kommentarer til de foreslåede ændringer i algoritmerne vil jeg bede jer sende dem til mig senest den 4. december 2023. Jeg beklager den korte frist, som vi desværre ikke har kunnet få udsat hos Sundhedsdatastyrelsen. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) i Region Hovedstaden har også fået høringsmaterialet og vi planlægger et fælles høringssvar fra Region Hovedstaden.

Mvh Lene

Lene Schack-Nielsen
Chefkonsulent
Det Nære Sundhedsvæsen
Center for Sundhed
tlf: 20250727

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Denne e-mail indeholder fortrolig information. Hvis du ikke er den rette modtager af denne e-mail eller hvis du modtager den ved en fejltagelse, beder vi dig venligst informere afsender om fejlen ved at bruge svarfunktionen. Samtidig bedes du slette e-mailen med det samme uden at videresende eller kopiere den.



NOTAT

Til: Lene Schack-Nielsen
Chefkonsulent
Det Nære Sundhedsvæsen
Center for Sundhed

Opgang Rød opgang, 9. etage
Afsnit RLB29
Telefon 3863 2696
Direkte 4012 4025
Mail henrik.roegind.01@regionh.dk

Dato: 30. november 2023

Høring RUKS – SFR reumatologi

Vedr kapitel 7 Leddegigt (RA)

Generelt anser vi det for et grundlæggende problem at anvende patientens medicinkøb som en del af populationsbeskrivelsen uden at supplere med data for patienter, der har fået udleveret deres medicin fra hospital.

Mange patienter går ikke på apoteket for at købe deres gigtmedicin. Det er dyre præparater, som ofte udleveres vederlagsfrit. Tidligere har det ikke været noget stort problem, da behandlingen typisk blev givet i kombination med fx methotrexate (MTX), som patienterne i en stor udstrækning har indløst på recept – og dermed forblev de i populationen. Imidlertid er der regionale forskelle på, hvordan reglerne om vederlagsfri medicin administreres. Nogle steder skrives fortsat recept på tabl MTX, andre steder udleveres det vederlagsfrit. Det vil føre til uhensigtsmæssig geografisk skævvridning af data, da de sidstnævnte kan ende med at forsvinde fra populationen. Forholdene kan også ændres over tid, idet reglerne for udlevering af vederlagsfri medicin løbende ændres, hvilket kan føre til at rent administrative beslutninger får indflydelse på prævalensen. Og selv hvis vi kørte i et paradigme uden geografisk og administrativ variation, sker der faglig udvikling. Anvendelsen af parenteral MTX – som langt overvejende udleveres vederlagsfrit – er gradvist steget. Ydermere er der kortere vej til behandling med vederlagsfri monoterapi (dvs uden recept) i dag end for 10, 15 eller 20 år siden, dels da vi ved mere, dels da der udvikles ny medicin, som sjældnere gives i kombination.

Et bud kunne være, at denne måde at definere populationen på vil reducere prævalensen med nogle tusinde. Det kunne man måske leve med, men udfordringen er, at det er de sværeste, mest behandlingskrævende og dermed dyreste patienter, der udelades fra populationen. En anden stor udfordring er, at andelen af de inkluderede patienter, der ekskluderes, må forventes at stige over tid i takt med, at monoterapi bliver endnu mere almindeligt. Dermed kan der fås et falsk billede af stagnerende/aftagende prævalens. Vi foreslår, at der

suppleres med et kriterie, der sikrer, at patienter, der får udleveret deres medicin fra hospital, inkluderes.

Ved behov kan den nationale kvalitetsdatabase, Dansk Reumatologisk Database, måske hjælpe med et estimat af hvor mange patienter, der er i monoterapi med vederlagsfri medicin.

Vi har forståelse for at diagnosen RA i LPR ikke altid står til troende, men derfra og til at ekskludere alle patienter med 2 inflammatoriske diagnoser, er der ganske langt. Antallet af patienter, der reelt har 2 lidelser er nok lille i denne sammenhæng (formentlig få hundrede), men en del patienter starter med én diagnose for så siden at omklassificeres. Specielt må man tro, at patienter indenfor Andre artritter (M13), med tiden får en mere specifik diagnose. Som minimum mener vi ikke, at patienter som får RA-diagnosen senere end andre diagnoser bør ekskluderes. Her opfatter vi forløbet som, at en uspecifik diagnose med tiden bliver mere specifik, hvorved det er muligt at stille diagnosen RA.

På vegne af SFR reumatologi

mvh

Henrik Røgind Cheflæge ph.d.
Næstformand SFR Reumatologi