

# ● Integreret bio-psyko-social behandling af kroniske smerter

## Behandling af patienter med kroniske nonmaligne smerter

Af Villy Meineche Schmidt



### Biografi

Forfatter er speciallæge i almen medicin og dr.med. (PPI-behandling af mavesmerter). Han har arbejdet som alment praktiserende læge i 23 år med særlig interesse for kroniske smerter. Han har etableret mulighed for tværfaglig behandling af kroniske smertepatienter i primærsektoren, information på [www.smerteklinik.nu](http://www.smerteklinik.nu).

### Forfatters adresse

Christiansholmsvej 5,  
2930 Klampenborg.  
[villy@strandvang.dk](mailto:villy@strandvang.dk)

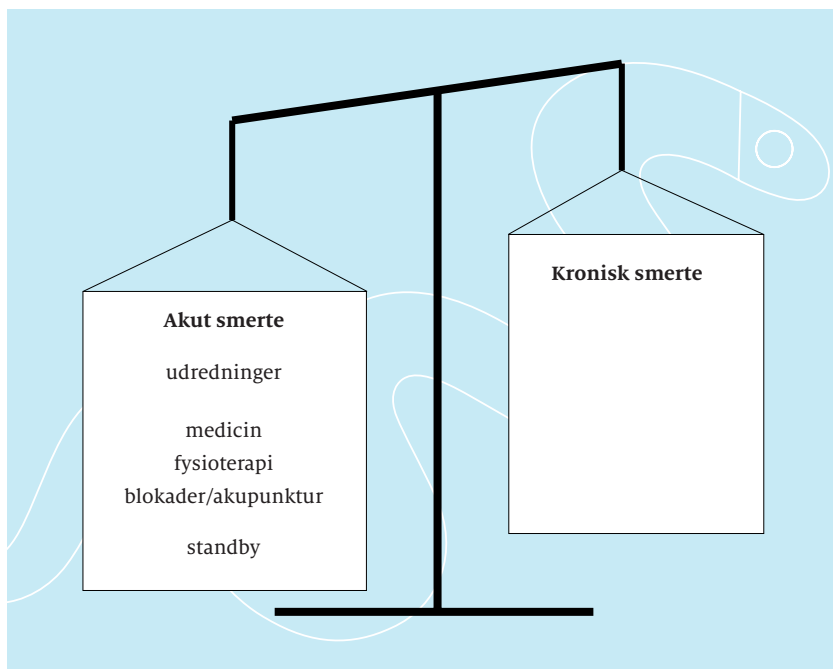
I den første af to artikler af en praktiserende læge blev kroniske, nonmaligne smerter og forståelsen af denne tilstand beskrevet. I denne artikel beskrives behandlingen med udgangspunkt i det center, han selv deltager i. Artiklen slutter med gode praktiske råd til den daglige klinik.



I den forrige artikel blev den brede bio-psyko-sociale forståelsesramme for kroniske nonmaligne smerter beskrevet. Formålet med denne artikel er at beskrive behandlingsprincipperne.

Traditionelt har patienter med nonmaligne smerter været behandlet inden for de samme rammer som patienter med smerter som følge af kræftsygdomme. Flere forhold adskiller patienter med smerter som følge af aktiv kræft fra andre smertepatienter: Den afgørende forskel ligger selvfølgelig i, at patienter med nonmaligne smerter kan se frem til et langt liv med tilstanden, oftest ikke er tilkendt pension og ikke står foran at skulle afslutte deres liv. På den medicinske side indebærer det, at man ofte vil kunne give betydeligt større mængder medicin til cancerpatienten end til den nonmaligne patient, som måske skal kunne passe et arbejde, hvorfor graden af lindring mere må vægtes mod graden af funktion. Der vil derudover være mange sociale forhold, som adskiller patienterne, ligesom der er forskel på den psykologiske indsats over for patienter, der står over for at skulle afslutte livet, og patienter, som skal leve videre i måske mange år med kroniske smerter. Endelig er der

Figur 1. Den »akutte« fase.

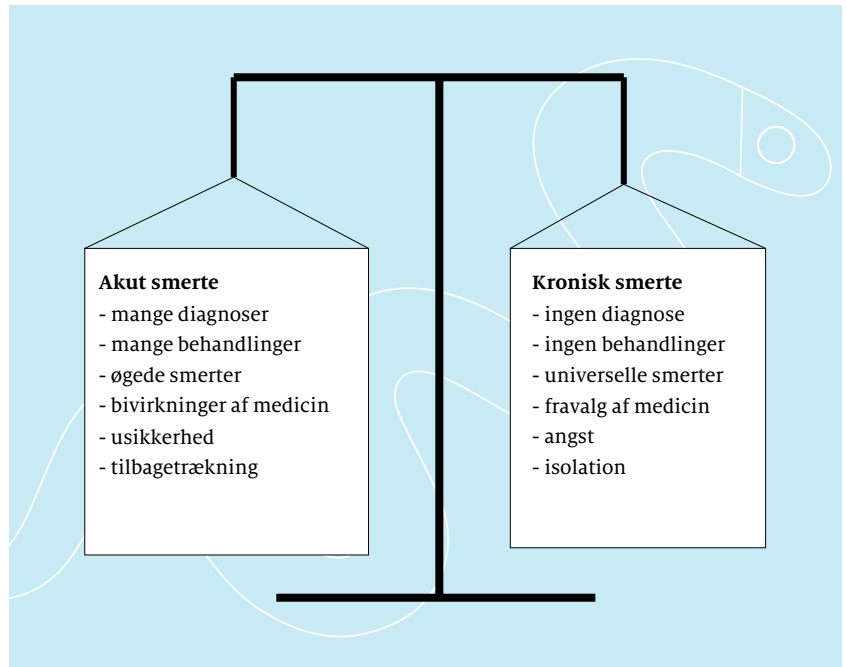


forskel på nødvendigheden af tilgang til »akutte« diagnostik: Den kroniske nonmaligne smertepatient vil oftest være i en stabil fase, mens cancerpatientens smerter vil være omskiftelige og nødvendiggøre hurtig adgang til medicinsk diagnostik: Er der tilkommet metastaser? (strålebehandling), er der tilstødt et tværsnitssyndrom? (akut kirurgi).

Der eksisterer i Danmark ikke retningslinjer for behandling af patienter med kroniske smerter. I Sverige har Socialvården i 2006 udgivet en betænkning (1) om behandling af patienter med kroniske nonmaligne smerter (svarende til en dansk »medicinsk teknologivurdering«). Det er en omfattende publikation, hvor man samler den eksisterende viden på området og også medtager patienters ønsker til og vurdering af behandlingen. Betænkningen er opdateret i 2010, hvor nyere forskningsresultater er inkluderet (2), hvilket styrker hovedkonklusionen, nemlig at tværfaglig indsats forbedrer forudsætningerne for tilbagevenden til arbejdet, mens det kun i nogen udstrækning dæmper smerterne.

I Figur 1-3 er i stikordsform beskrevet transformationen fra den akutte smertetilstand til den kroniske med særlig vægt på patientens synspunkter, som de fremgår af den svenske udredning. Det er karakteristisk, at så længe smertetilstanden opfattes som »akutte« (Figur 1), hvilket ikke er et spørgsmål om tid, men mere et spørgsmål om, hvor længe der søges efter en helbredende behandling, er undersøgelser, udredninger og behandlinger i form af medicin og fysioterapi det primære. Tilværelsen er så at sige sat på standby i afventning af den behandling, som vil muliggøre tilbagevenden til tilværelsen, som den var, før smertetilstanden begyndte.

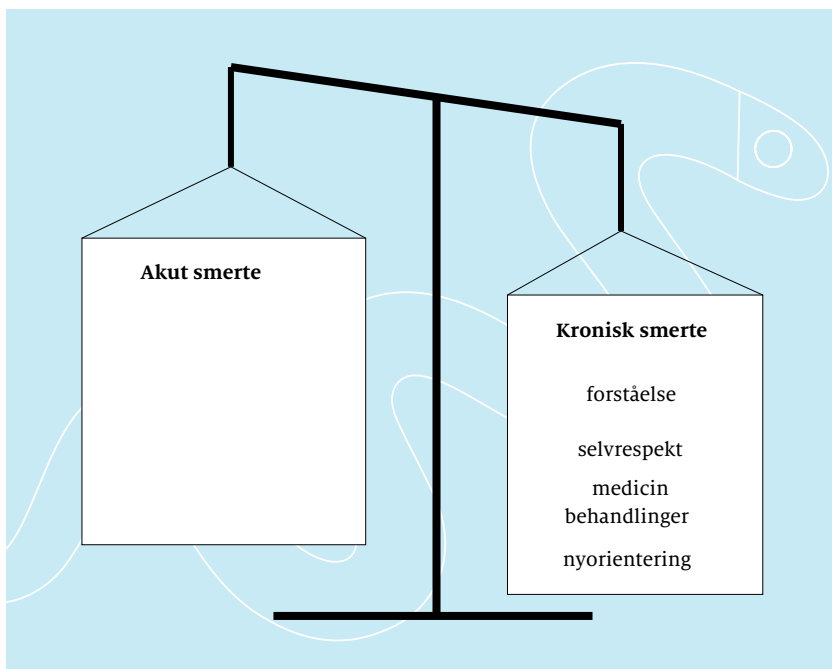
Figur 2. Overgangsperioden.



For de patienter, hvor tilstanden fortsætter med at udvikle sig (Figur 2), vil der komme en overgangsfase, som er karakteriseret ved undersøgelser hos mange forskellige speciallæger, røntgenfotos, skanninger, behandlingsforsøg med medicin eller med fysioterapi eller anden behandling. Ofte er der imidlertid ingen blivende effekt af disse behandlinger, og langsomt bliver situationen mere præget af, at der ikke er nogen diagnose (bortset fra smerterne) eller effektiv behandling. Psykologisk set er denne fase karakteriseret ved kontroltab, usikkerhed, angst og stress. Der vil vise sig en begyndende tvivl på, om livet kan vende tilbage som det var før. Kontroltab og angst kan give anledning til social tilbagetrækning og isolation. Bivirkningstung medicin, som tåltes, så længe det havde karakter af en »kur«, opgives muligvis, nu da behandlingstiden ikke er afgrænset. Gradvist opstår tanken om, at tilstanden måske er blevet kronisk.

Når smertetilstanden er blevet erkendt som kronisk, vil patienterne fokusere på helt andre problemstillinger (Figur 3). I henhold til den svenske Socialvårds udredning drejer det sig først og fremmest om forståelse af tilstanden, om omgivelsernes accept og respekt og om måder at kunne fungere på med situationen – medicin og behandlinger kommer i anden række. Der er således tale om et behov for at nyorientere hele tilværelsen. Denne proces tager tid, og for mange patienter er professionel hjælp nødvendig. På den psykologiske side vil der være tale om at hjælpe patienten til indsigt i, at livet for bestandigt har ændret karakter – forhold, som tidligere har kunnet bestrides, må opgives. Patienter, som tidligere har haft et højt aktivitetsniveau og måske har haft en ikke ubetydelig del af deres identitet forbundet med deres

Figur 3. Den kroniske smertetilstand.



arbejde, har brug for at lære nye strategier i tilværelsen og forvalte deres ressourcer anderledes. For nogle patienter kan et højt aktivitetsniveau have været en (ubevidst) overlevelsesstrategi til dæmpning af uro og rastløshed – og særligt for disse patienter kan omstillingen blive vanskelig, idet et tidligere velfungerende forsvar ikke længere kan opretholdes, hvilket kan demaskere en underliggende angst eller depression.

På den sociale side vil dramatiske ændringer ofte true. Mennesker med fuld fart på karrieren bremses pludseligt op, økonomien kan pludselig ændres fundamentalt, det kan være nødvendigt at finde en ny bolig og på anden måde nedsætte det økonomiske forbrug. Mødet med det sociale system kan være voldsomt.

Samlet set kan udfordringerne medvirke til, at kontrollen over eget liv mindskes, tilliden til samfundet vakler, og selvforståelsen og selvrespekten nedbrydes.

Med den bio-psyko-sociale model for smerter vil alt dette trække i samme retning: Smertetilstanden forværres.

Den ovenfor beskrevne sammenvævning af bio-psyko-sociale problemer lægger naturligt op til, at behandling af den kroniske smertepatient tager udgangspunkt i helheden. Det kan være vanskeligt – eller umuligt – at afgøre, hvilket element der er det »vigtigste«, og en behandling kan derfor med fordel sættes ind på alle felter samtidig. Hvis social-økonomisk ruin truer, vil medikamentel smertebehandling have vanskelige vilkår, og det vil være svært for patienten at finde roen til psykologisk behandling.

En samlet indsats indebærer også synergieffekt, idet for eksempel

en indsats på det sociale område kan give så meget ro, at medicinsk og psykologisk behandling virker bedre. Psykologisk behandling vil kunne afhjælpe usikkerheder og tvivl om, hvorvidt man skal indgå i en medicinsk behandling, og motivere til at fortsætte den medicinske behandling, indtil en eventuel effekt har vist sig.

### **Tværfagligt SmerteTeam**

Mange steder arbejder man nu tværfagligt for at håndtere de beskrevne problemstillinger. Organiseringen af arbejdet kan være forskelligt, og nogle steder prioriteres medicinsk stabilisering af smertetilstanden eller uafklarede sociale forhold. I en tidligere artikelserie beskrives arbejdet på Tværfagligt Smertecenter i Odense (3-6).

I det følgende beskrives forfatterens egne erfaringer fra Tværfagligt SmerteTeam, som er en privat tværfaglig klinik, hvor man arbejder efter de ovenfor beskrevne integrerede principper. Klinikken har ansat personale fra følgende faggrupper: speciallæger i almen medicin, psykologer, fysioterapeuter, afspændingspædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker og sekretærer.

Klinikken har haft overenskomst med Danske Regioner siden 2006 under rammerne af det udvidede frie sygehusvalg og ventetidsgaranti (7). Aftalen forudsætter, at patienterne er medicinsk og kirurgisk udredt i et omfang, som udelukker andre behandlingsmetoder. Aftalen er baseret på moduler – det vil sige på forhånd definerede »pakker« af vurdering eller behandling (8). Den diagnostiske proces har sit eget modul, som hedder »statusvurdering« eller eventuelt blot en »medicinsk vurdering« (for eksempel i tilfælde hvor lægeundersøgelsen viser, at patienten ikke er færdigudredt, eller at andre behandlingsmuligheder kan eksistere). Behandlingsmodulerne omfatter medicinsk modul, psykologisk modul af kort eller lang varighed – som kan tilbydes i form af gruppesessioner eller individuelle sessioner – samt fysiske behandlingsmoduler, som kan omfatte fysioterapi, transkutan nervestimulation eller afspænding. Endelig omfatter aftalen forskellige moduler, som har til formål at meddele viden om kroniske smerter: Smerteskole og introduktion til patient og pårørende om tværfaglig behandling samt længerevarende forløb, som kombinerer undervisning og gruppeterapeutiske sessioner (smertehåndteringskursus).

Den medicinske behandling vil i nogle tilfælde kunne varetages af den praktiserende læge, og i sådanne tilfælde vil klinikken give forslag til egen læge om behandling.

I den psykologiske behandling vil vi altid undersøge, om patienten kan profitere af behandling i gruppe, idet vi anser gruppebehandling for at være et stærkere behandlingstilbud, fordi den enkelte patient bringes sammen med andre, og problemer og symptomer almengøres. Der kan være forhold hos patienten, som vanskeliggør gruppebehandling – eller patienten kan fravælge tilbuddet. I så fald tilbydes individuelle sessioner.

For patienter, som er motiverede for – og er i stand til at struktu-

rere hverdagen i et sådant omfang, at hjemmearbejde kan gennemføres – tilbydes *mindfulness*-baseret kognitiv gruppebehandling, hvilket kan beskrives som en træning i voluntær målretning af opmærksomhed med det formål i mindre grad at blive fanget ind i gamle mønstre med frustrationer, tristhed eller depression og i større grad at acceptere de forhold, som nu engang er gældende for derved bedre at kunne handle konstruktivt i forhold til smerteproblematikken (9).

I Tabel 1 gives en oversigt over tilbud i en tværfaglig klinik.

### Den tværfaglige vurdering

Efter modtaget henvisning indkaldes patienten til tværfaglig vurdering inden for en måned. Hensigten med den tværfaglige vurdering er at vægte elementerne i tilstanden, og den baseres på samtaler med læge, psykolog, fysioterapeut og socialkonsulent.

#### *Lægen og fysioterapeuten*

Hos lægen og fysioterapeuten fokuseres der på tidligere sygdomme, der er af betydning for den nuværende smertetilstand, forløbet af den nuværende smertetilstand, herunder speciallægeundersøgelser, billeddiagnostik, behandlinger og deres effekt, aktuelle smertegener i form af beskrivelse af kvalitet, lokalisation, dynamik og styrke, lindrende og provokerende faktorer, nattesøvnens karakter samt aktuell behandling, effekt og bivirkninger, herunder påvirkning af de kognitive funktioner. Der foretages en objektiv undersøgelse, hvor der søges efter objektive tegn på nerveskade.

*Funktionsniveauet* beskrives ud fra såvel arbejdsituation som hjemmesituation: Hvad kan patienten udføre af opgaver, og hvad kan patienten ikke klare? Gangdistance og udholdenhed, stående, gående, siddende, liggende. Bedømmelsen af patientens funktionsniveau skal altid ses i sammenhæng med omfanget af den igangværende behandling. Lavt funktionsniveau på trods af omfattende medicinsk behandling er alt andet lige et dårligt tegn.

Det er af stor betydning at få afklaret *patientens forventninger* til effekten af smertebehandling. Det er ikke sjældent, at patienter har den opfattelse, at smertestillende medicin kan fjerne smerter – det er blot et spørgsmål om lægemiddelpræparat, styrke og dosis. Imidlertid er sandheden som regel, at medicin i bedste fald kan give smertelindring. Det er vigtigt at drøfte dette, fordi en opfattelse af, at smerter kan fjernes medikamentelt, nemt fører til, at al medicin kasseres, selv om lindring faktisk opnås. I mangel af objektive mål for lindring vil patienter altid blive »forsøgskaniner« – ikke på fuldstændig tilfældigt grundlag, men vores viden og erfaring med lægemidler vil altid skulle stå prøven hos den enkelte patient. Erfaringen er, at de individuelle forskelle mellem patienter er store – både hvad angår effekt, og hvad angår bivirkninger af medicin. Forventninger til både effekt og bivirkninger spiller en stor rolle – også neurobiologisk: Positive forventninger har vist sig at

**Tabel 1.** Tilbud i en tværfaglig klinik.

Modul	Indhold	Perspektiv
Statusvurdering	Samtale og undersøgelse hos læge og psykolog, samtale med socialkonsulent	Diagnostik og behandlingsforslag for henviste patienter
Medicinsk vurdering	Samtale og undersøgelse hos læge	Patienter, hvor anden behandling er mulig
Medicinsk modul	Konsultationer hos en af klinikens læger	Behandling med flere lægemidler, eller betydelige bivirkninger ved medicinsk behandling
Individuel smertepsykologisk rådgivning	Op til 6 konsultationer hos en af klinikens psykologer	Betydende psykologisk element i smertetilstanden Gruppebehandling ikke mulig
Individuel smertepsykologisk behandling	Op til 12 konsultationer hos en af klinikens psykologer	Betydende psykologisk element i smertetilstanden og komplicerende psykologisk personlighedstræk Gruppebehandling ikke mulig
<i>Mindfulness</i> -baseret kognitiv behandling	Gruppebehandling 3 timer ugentligt i 8 uger	Betydende psykologisk element i smertetilstanden Betydelig stress
Psykologisk udredning	Undersøgelse ved anvendelse af psykologiske test	Uafklaret ætiologi for smerterne Vurdering af kognitive funktioner
Terapeutisk afklaring/ behandling	Op til 6 konsultationer hos fysioterapeut eller afspændingspædagog	Vurdering af effekten af fysioterapi, afspænding, bassin, TENS m.v.
Introduktion	3 timers undervisning om smerter og medicinsk behandling heraf Undervisning i gruppe ved klinikens læge	Patienter, som tilbydes længerevarende behandling med medicin Pårørende inviteret
Smerteskole	3 timers undervisning, 2 gange ugentligt i 5 uger Undervisningen i grupper, ved læge, psykolog, fysioterapeut og afspændingspædagog	Patienter, som tilbydes længerevarende behandling ved anvendelse af psykologiske metoder, fysioterapi og afspænding, men som ikke anses for at have behov for at gennemgå smertekursus
Smertehåndteringskursus	12 ugers kursus om smerter og behandlingsmuligheder Undervisning i grupper og individuelle sessioner ved læge, psykolog, fysioterapeut, afspændingspædagog og socialrådgiver	Patienter, som har behov for at nyorientere sig i tilværelsen med kroniske smerter, såvel personligt som familiært og arbejdsmæssigt

fremme decenderende nervebaners hæmning af smerteimpulser, og forskere, som opfatter hjernens funktion som »en kontinuerlig vurdering af fremtiden« (10) fremhæver betydningen af forventninger – positive eller negative.

Det er også af betydning at forstå patientens *tolkning* af smerterne. For kroniske smertepatienter er smerter uundgåelige. Såfremt patienten tolker smerterne som en melding om, at »noget farligt« er på færde, vil det kunne føre til en negativ spiral karakteriseret ved, at patienten gør mindre og mindre i håbet om at kunne undgå fortsat »nedbrydning« af kroppen. Det kan være af stor værdi at forklare patienten, at kroniske smerter er karakteriseret ved spontane og uforudsigelige svingninger (»at du har mere ondt i dag, skyldes ikke nødvendigvis, at du støvsugede i går«), og at smerteøgning ikke er et budskab om et fremadskridende

forfald, men at patienten har fået et område i kroppen, som er meget mere »følsomt« end resten – men ikke nødvendigvis mere sårbart.

### *Psykologen*

Hos psykologen fokuseres der på barndom og opvækst, tidligere kriser i livet og håndteringen heraf. Bedømmelse af kontakt og personlighed, patientens accept af tilstanden og *coping*-strategier foretages, og der testes for depression og angst. Omfanget af netværk bedømmes, og der foretages en vurdering af egnethed til psykologisk behandling: individuel eller gruppe.

Man kan sige, at *formålet med den psykologiske vurdering* er at forstå adfærd og reaktion hos personen med kroniske smerter. Personlighed, baggrund og opvækst danner tilsammen et fundament, som den kroniske smertetilstand »står på« En velintegreret personlighed med en stærk jegfølelse og basal tillid til verden vil alt andet lige bedre end en mere disintegreret personlighed kunne klare den belastning, som smertetilstanden indebærer, og vil ofte tillige bedre kunne profitere af visse former for smertebehandling. At være kronisk smertepatient indebærer som tidligere omtalt altid tab. Introduktion af sorgarbejde i behandlingen kan være meningsfuldt for nogle smertepatienter (11). Vi tester alle patienter for tilstedeværelsen af depression eller angst. Dette skyldes, at der er tale om en høj grad af komorbiditet, og desuden at smertebehandling ikke er særlig virksom hos patienter med manifest depression eller svære angsttilstande. Vi fokuserer på de svære forstyrrelser, idet en bestående uafklaret smertetilstand ofte i sig selv kan være angstprovokerende og medføre en alvorlig form for diffus »ked af det-hed«. Der er også her neurofysiologisk substrat for sammenhængen mellem kroniske smerter og humør, initiativ og koncentrationsformåen, idet ascenderende smertebaner er i intim netværksforbindelse med områder i hjernen, som er associerede med disse »psykologiske« egenskaber (10).

### *Socialrådgiveren*

Hos socialrådgiveren vurderes uddannelse og erhvervsforløb, omfanget af sygemeldinger, eventuelle erstatningssager, boligforhold og hjælp i hjemmet, behov for hjælpemidler, økonomiske forhold samt mulighed for tilbagevenden til arbejdsmarked. Betydningen af *social-økonomisk stress* kan ikke overvurderes! Hvis truslen om social deroute er overhængende, vil andre interventioner ofte ikke lykkes. For mange patienter omfatter socialkonsulentens vurdering også mulige alternative erhvervmæssige tilknytninger, såfremt patienten ikke vil kunne vende tilbage til sit tidligere arbejde. Vi oplever hos mange patienter, at det sociale system fungerer trægt – eller slet ikke. Ikke sjældent er det kontakten til klinikken, der (gen)starter den sociale sagsbehandling. Vi fokuserer altid på uafsluttede forsikringsager og patientens eventuelle fiksering i forhold hertil, men vi afviser ikke at behandle patienter med



verserende forsikringsager, alene af den grund at mange forsikringsager trækker ud i årevis, hvorved behandlingsmuligheder for patienten forspildes.

### *Fælleskonferencen*

De ovenfor nævnte samtaler og undersøgelser af patienten gøres herefter til genstand for en samlet bedømmelse ved en fælleskonference, hvor tyngden af de forskellige elementer vurderes. Den samlede bedømmelse baseres således på flere specialisters »egenoplevelse« af patienten – og ikke sjældent afstedkommer det, at vi må konstatere, at der foreligger tre forskellige »fortællinger« fra patienten – en observation, som i sig selv kan bidrage til forståelsen af patienten, og som medtages i vurderingen af behandlingstilbud.

### **Den tværfaglige behandling**

Vi har fokus på gruppebehandling. Dette skyldes, at vi har erfaret, at gruppebehandling indebærer, at patienter ved samværet med andre kan formå at »almengøre« de mange kropsoplevelser, de mange sociale oplevelser og de mange psykologiske reaktioner herpå i en sådan grad, at mange lettes for den byrde, det har været at opleve sig selv som helt forkert. Gruppen giver også anledning til at drøfte familiens reaktion på den kroniske smertepatient, at diskutere tyngende leveregler med andre og at afprøve nye måder at håndtere hverdagen på i lyset af den kroniske smertetilstand. Rigtig mange patienter føler en lettelse ved at være sammen med andre »i samme båd«. Vi søger derfor at finde et velegnet gruppetilbud til den enkelte patient. I nogle tilfælde lader det sig ikke gøre – enten fordi patienten ikke ønsker at være i en gruppe, eller fordi patienten ikke er i stand til at være i en gruppe.

De ovenfor anførte vurderinger diskuteres på den tværfaglige konference, og klinikkens behandlingstilbud udformes. Hvis patienten accepterer forslagene, bliver det klinikkens endelige behandlingstilbud. Statusvurderingen med behandlingstilbuddet sendes til patienten og egen læge (hvis patienten har accepteret dette) og til den offentlige smerteklinik hvorfra patienten blev viderevisiteret, idet den offentlige smerteklinik (igen) skal tage stilling til, om den således aftalte behandling kan tilbydes af dem selv inden for ventetidsgarantien. Hvis dette ikke kan imødekommes, skal der gives kaution, og patienten indkaldes herefter til behandlingen.

De beskrevne delelementer i behandlingen vil herefter forløbe parallelt. Så længe den medicinske behandling varetages i klinikken, tager vi ansvaret for udskrivning af smertestillende medicin. Såfremt vi mener, at smertetilstanden er kompliceret af depression eller angsttilstand, kan medikamentel behandling heraf komme på tale.

Når behandlingsforløbet er afsluttet, skrives et afsluttende lægebrev, som sendes til patienten og egen læge (hvis patienten har accepteret dette).

### Virker tværfaglig smertebehandling?

Da en kronisk smertetilstand ikke kan kureres, må man forholde sig til, hvilke andre mål for behandling der kan anses for at være realistiske. For så vidt angår klinisk kontrollerede forsøg, foreligger der anbefalinger for evaluering og rapportering (12). Vores arbejde med patienter i klinikken er ikke baseret på randomiserede forsøg, men vi har forsøgt at rapportere efter de skitserede principper. I erkendelse af den bio-psykosociale forståelse har vi valgt at fokusere på »livskvalitet«, som relevant målemetode. SF-36 er et gennemvalideret spørgeskema, hvormed man måler selvrapporteret livskvalitet inden for fire fysiske og fire mentale dimensioner (13). Der foreligger danske normalværdier opdelt efter køn og alder. Testen kan anvendes til at følge udvikling. Graden af smertelindring er en delparameter i SF-36 og medtages således i denne score. Som selvstændig måleparameter er smertescore ikke velegnet. Dette skyldes, at man ikke kan forholde sig til en smertescore som f.eks. et mål på en visuel analog-skala uden også at forholde sig til funktion. En betydelig reduktion i smertescore vil for eksempel kunne opnås ved, at patienten forholder sig aldeles passiv – men dermed ikke lever et indholdsrigt liv.

Grundet komorbiditet med angst og depression har vi også valgt at se på ændringer i Becks angst og depressions-score (14) som følge af behandlingen.

Vi anser tilknytning til arbejdsmarkedet for at være en hjørnesten i smertebehandlingen, fordi et arbejdsliv (som kan bestrides fornuftigt = levner plads til et familieliv ved siden af) giver smertepatienten et livsindhold og samvær med andre mennesker og dermed modvirker isolation og kronificering. Omfanget af succes i relation til arbejdsmarkedet er således også et relevant mål for behandling. Endelig kan man som effektmål for behandling vurdere, i hvilket omfang en given medicinsk behandling opretholdes. Da der er tale om (livs)lang behandling, kan patienterne ikke forventes vedblivende at indtage (dyr) medicin, hvis de ikke oplever en effekt. Såfremt en patient ikke er motiveret for medicinsk behandling, vil der ofte forekomme massive bivirkninger, som indebærer, at behandlingen må seponeres. Vi respekterer, at patienter ikke ønsker behandling med lægemidler for smertetilstanden, og 20% af vore patienter er ikke i medicinsk behandling, når de forlader klinikken.

### Evaluering af klinikkens behandlinger

I den periode, hvor klinikken har haft aftale med Danske Regioner, har vi modtaget ca. 1.200 patienter med kroniske smerter af forskellige årsager. Hyppigst har været følger efter ortopædkirurgi, diskusprolapsoperationer, ulykker, piskesmæld og generaliserede smerter (fibromyalgilignende tilstande), men vi har også set patienter med neurologiske sygdomme, sukkersyge og følger efter cancerbehandling.

Behandlingstilbud sammensættes af et eller flere af de tidligere

Manglende effekt af igangværende behandling: tjek, om fysioterapien virker!
Øget udbredelse af smerterne: genundersøg patienten for tegn på sensibilisering!
Begyndende social tilbagetrækning: spørg patienten eller spørg de pårørende!
Begyndende familiære problemer: Hvordan reagerer ægtefælle og børn? Hvad ved de?
Udvikling af angst og depression: test patienten!
Dårlige erfaringer med at skulle omstille sig til andre levevilkår: spørg patienten!
Sygdomsidentifikation eller offerposition som selvforståelse: spørg patienten!
Sårbar personlighed: spørg til barndom og opvækst!
Tidligere angst, depression eller misbrug: spørg patienten!

nævnte moduler. Samlet set er 75% blevet behandlet med et medicinsk modul, 33% med et psykologisk modul, 20% med afspænding/fysioterapi-modul, 17% med smerteskole, 15% med smertehåndteringskursus og 5% med *mindfulness*-baseret kognitiv terapi.

Vi har i 2010 gennemført en efterundersøgelse af godt 300 konsekutive patienter, som blev vurderet på basis af spørgeskemaer, der var tilsendt patienterne i gennemsnit to år efter henvisning. Langtidseffekten er bedømt i henhold til de ovenfor nævnte effektparametre. Hovedresultaterne var, at patienter, som havde modtaget behandling i grupper, havde bedre langtidseffekt end patienter, som var behandlet individuelt. Resultaterne vil blive rapporteret i detaljer ved en anden lejlighed.

### Hvad kan den praktiserende læge selv gøre?

Antallet af patienter med kroniske smerter er stort, og det er hverken ønskeligt eller muligt, at alle patienter behandles i tværfaglige klinikker. Med baggrund i almen medicin har praktiserende læger gode forudsætninger for at arbejde efter de i artiklen beskrevne principper: bio-psykosocial tankegang er rutine, og der vil ofte være et solidt kendskab til patienten, før smertetilstanden indtraf – og dermed mulighed for at identificere advarselssignaler (se Boks 1).

Jeg har selv glæde af at »legalisere« denne udforskning ved at fortælle patienten, at:

»Smerter opfattes i bevidstheden – og i bevidstheden sidder mange andre ting: angst for at miste job og økonomi, problemer med børnenes skolegang, ægtefælles begrænsede forståelse, omgivelsernes mistænkeliggørelse og meget meget mere. Man kan ikke tale om ,den egentlige‘ smerte og ,overbygning‘ – det bliver viklet sammen til en samlet oplevelse – som når man blander koldt og varmt vand: Det bliver lunkent alt sammen, og det er ikke muligt at få det tilbage i hver sin hane igen«.

Forklaringsmodellen åbner også op for at introducere smertebehandling som meget mere end medicin: Mere orden i en kaotisk økonomi er

god smertebehandling, samvær med andre (om end begrænset) er god smertebehandling etc.

Endelig kan modellen bruges som afsæt til at forklare, at kroniske smerter er reelle – også selvom der ikke kan findes objektive holdpunkter (mere).

At udforske kroniske smerter på denne måde vil ud over at give ny inspiration til forståelse og behandling også hjælpe til at identificere den patient, som har brug for den tværfaglige kliniks ekspertise.

Yderligere information om den behandling, der her beskrives, kan findes på [www.smerteklinik.nu](http://www.smerteklinik.nu).

### Konklusion

Den almenmedicinske sygdomsmodel er central i diagnostik, behandling og forståelse af kroniske nonmaligne smerter. De sværeste tilfælde kan med fordel behandles i tværfaglige team, der arbejder efter en metode, der er inspireret af denne model.

*Økonomiske interessekonflikter:* Forfatteren er indehaver af Den Private Smerteklinik, som har aftale med Danske Regioner om behandling af patienter med kroniske nonmaligne smerter under ventetidsgaranti.

### Litteratur

1. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU), 2006.
2. Rehabilitering vid långvarig smärta. Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU), 2010.
3. Handberg G. Rammer for behandling af kroniske komplekse smerter. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1089-97.
4. Bendiksen A. Medicinsk behandling af kroniske smerter. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1224-33.
5. Andersen T. Kognitiv adfærdsterapi for kroniske smerter. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1104-118.
6. Hasholt AD. Kognitiv teori som grundlag for behandling af kroniske komplekse smerter. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2009;87:31-9.
7. [www.sygehusvalg.dk/Information for privatsygehuse/Standardaftale](http://www.sygehusvalg.dk/Information-for-privatsygehuse/Standardaftale) (sept 2010).
8. [www.sygehusvalg.dk/Behandlingssteder, alfabetisk oversigt/ Tværfagligt Smerte-Team](http://www.sygehusvalg.dk/Behandlingssteder-alfabetisk-oversigt/Tværfagligt-Smerte-Team) (sept 2010).
9. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based Cognitive Therapy: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford, 2002.
10. Brodal PA. *The Central Nervous System*, 4th. Edition. Oxford: Oxford University Press, 2010.
11. Davidsen-Nielsen M, Leick N. *Den nødvendige smerte*. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
12. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2005;113:9-19.
13. [www.sf-36.org](http://www.sf-36.org) (sept 2010).
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory manual*. 2nd edition. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.