



# Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker

Publikasjonens tittel: Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker

Utgitt: 01/2015

Publikasjonsnummer: IS-2190

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling sykehustjenester  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Forsidebilde: photoalto/Johnér byrå

# FORORD

Langvarige smerter er et utbredt helseproblem som rammer en stor del av befolkningen. Enkelte kroniske sykdommer er assosiert med vedvarende smerte, mens det i andre situasjoner opptrer smerte uten kjent sykdomsårsak. De mest kompliserte tilfeller av slik langvarig smerte krever et samarbeid mellom flere personellkategorier, fortrinnsvis organisert i tverrfaglige smerteklinikker.

Politisk ledelse og helsemyndigheter har ved flere anledninger pekt på at tilbudet til denne pasientgruppen er ufullstendig og ulikt utbygget i helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har i sin styring av de regionale helseforetakene fokusert på at dette tilbudet må få større oppmerksomhet regionalt og lokalt.

Utbyggingen av tverrfaglige smerteklinikker har likevel gått langsommere enn ønsket. Den foreliggende veilederen er et resultat av en faglig gjennomgang i en bredt sammensatt arbeidsgruppe med støtte av en referansegruppe. Veilederen skal tjene som støtte for departementets oppdrag til de regionale helseforetakene, samt gi føringer for organisering av tjenesten lokalt. Veilederen tar for seg organisering av tverrfaglige smerteklinikker, krav til bemanning, henvisningskriterier, pasientgrupper og samhandling med primærhelsetjenesten.

# INNHold

<b>FORORD</b>	<b>2</b>
<b>INNHold</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>7</b>
<b>ARBEIDSGRUPPE</b>	<b>8</b>
<b>1. BAKGRUNN OG MANDAT</b>	<b>9</b>
1.1 Smertebehandling i offentlige dokumenter	9
1.2 Mandat	10
<b>2. KLASSIFISERING OG FOREKOMST AV LANGVARIG SMERTE</b>	<b>11</b>
2.1 Definisjoner	12
2.2 Klassifisering av langvarig smerte	12
2.3 Forekomst av langvarig smerte	13
2.4 Helsetjenestetilbud til pasienter med langvarige smerter	14
2.4.1 Kommunal helsetjeneste	14
2.4.2 Spesialisthelsetjenesten	15
2.4.3 Smerteenheter ved offentlige sykehus	15

# INNHold

<b>3. TVERRFAGLIGE SMERTEKLINIKKER OG SMERTESENTRER</b>	<b>17</b>
3.1 Egne enheter for utredning og behandling av langvarig smerte?	17
3.2 Historisk tilbakeblikk	17
3.3 Biopsykososial modell	18
Figur 1: Langvarige smerter – biopsykososial modell	18
3.4 Tverrfaglige smerteklinikker, innhold og oppgaver	19
3.4.1 Arbeidsoppgaver	19
3.5 Tverrfaglig smertesenter, innhold og oppgaver	20
3.5.1 Arbeidsoppgaver	21
3.6 Andre behandlingstilbud	21
<b>4. HVILKE PASIENTER BØR UTREDES OG BEHANDLES VED EN TVERRFAGLIG SMERTEKLINIKK ?</b>	<b>22</b>
4.1 Kriterier og avgrensninger	22
4.1.1 Redusert livskvalitet	22
4.1.2 Sannsynligheten for at spesialisthelsetjenesten kan bedre tilstanden	22
4.1.3 Kostnadseffektivitet	23
4.1.4 Primærhelsetjenestens ansvar	23
4.1.5 Hvem skal ikke ha slik rett til prioritert helsehjelp?	23
4.1.6 Utnyttelse av kapasiteten ved smerteklinikken	23
4.2 Krav til henvisning	24
4.3 Etter at henvisningen er mottatt	25

# INNHold

<b>4.4</b>	<b>Spesiell pasientgrupper</b>	<b>25</b>
4.4.1	Barn	25
4.4.2	Rusmiddelproblemer og psykiske lidelser	26
<b>4.5</b>	<b>Eldre med langvarig smerte</b>	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Pasienter med fremmedkulturell bakgrunn</b>	<b>28</b>
<b>5.</b>	<b><i>SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN</i></b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>Generelt om samhandling</b>	<b>29</b>
<b>5.2</b>	<b>Samhandling forut for eller som alternativ til henvisning</b>	<b>30</b>
<b>5.3</b>	<b>Samhandling om pasienter som tas imot til utredning / behandling</b>	<b>30</b>
<b>6.</b>	<b><i>KOMPETANSE</i></b>	<b>31</b>
<b>6.1</b>	<b>Kompetansekrav og personellgrupper</b>	<b>31</b>
<b>7.</b>	<b><i>SAMARBEID MED ANDRE ENHETER I SYKEHUSET</i></b>	<b>33</b>
<b>7.1</b>	<b>Samarbeid med andre enheter i sykehuset</b>	<b>33</b>
7.1.1	Palliativt team	33
7.1.2	Smerteteam for behandling av akutt smerte	34
<b>7.2</b>	<b>Andre aktuelle avdelinger</b>	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b><i>LOKALISERING AV SPESIALISTHELSETJENESTE FOR PASIENTER MED LANGVARIG SMERTE</i></b>	<b>36</b>

# INNHold

8.1	Hvorfor tverrfaglig smerteklinikk i hvert helseforetak	36
8.2	En stor smerteklinikk eller flere små enheter	37
9.	<b>ORGANISERING OG FINANSIERING AV OFFENTLIGE SMERTEKLINIKKER</b>	<b>38</b>
9.1	Administrativ tilknytning	38
9.2	Måloppnåelse og finansiering	38
10.	<b>OVERSIKT OVER SMERTEKLINIKKER - 2013</b>	<b>40</b>

# SAMMENDRAG

- Pasienter med langvarig smerter skal i hovedsak håndteres og behandles hos fastlege og i kommunehelsetjenesten forøvrig
- De fleste pasientene med smerteproblemer som henvises til spesialisthelsetjenesten bør utredes og behandles av organ- eller sykdomsspesifikke enheter.
- Tverrfaglige smerteklinikker skal utrede og starte behandling av pasienter med langvarige smerteproblemer som ikke kan håndteres tilfredsstillende i kommunehelsetjenesten eller i den øvrige spesialisthelsetjenesten.
- En tverrfaglig smerteklinikk skal ha egne lokaler og ha tilknyttet personell med ulik faglig bakgrunn. Minst én av følgende faggrupper bør ha smerteklinikken som sitt hovedområde; leger med spesialkompetanse innenfor smertemedisin, sykepleiere med relevant spesialkompetanse, fysioterapeuter, psykiater/psykolog samt kontorpersonell.
- I hvert helseforetak bør man som hovedregel samle ressursene om *en* fullverdig tverrfaglig smerteklinikk i stedet for flere monodisiplinære smerteenheter eller avtalespesialister.
- De tverrfaglige smerteklinikkene må ha tett samhandling med fastlegene og den øvrige kommunehelsetjeneste. Det må i tillegg til de tverrfaglige smerteklinikkene være regionale tverrfaglige smertesentre ved universitetssykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.
- Representanter for de forskjellige yrkesgruppene ved de tverrfaglige smerteklinikkene bør behandle pasientene i samtidighet i et nært samarbeid (tverrfaglig) og ikke bare parallelt (flerfaglig).
- En tverrfaglig smerteklinikk skal motta pasienter for utredning og utprøving av ulike behandlingsformer og beherske en rekke ulike behandlingsmodaliteter.
- Etter et begrenset antall konsultasjoner bør pasientene overføres tilbake til kommunehelsetjenesten for videre behandling og oppfølging.
- Behandlingen må i det samlede behandlings-forløpet legge vekt på hjelp til selvhjelp og på en vesentlig egenaktivitet fra pasientene.
- De tverrfaglige smerteklinikkene skal bidra til lokal kompetanseheving for andre deler av helsetjenesten.
- Aktiviteten ved smerteklinikken bør måles både utfra antall konsultasjoner og antall pasienter som er tverrfaglig utredet, prøvebehandlet og overført til videre oppfølging i samhandling med fastlege og kommunehelsetjenesten.
- Smerteklinikken må ha et nært samarbeid med akuttsmerte team og palliativ enhet. Disse funksjoner kan eventuelt samordnes.



# ARBEIDSGRUPPE

Petter Christian Borchgrevink, Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital og NTNU

Unni Kirste, Avdeling for smertebehandling, Oslo Universitetssykehus, Norsk forening for smertemedisin

Borrik Schjødt, Seksjon for smertebehandling og palliasjon, Haukeland universitetssykehus, Norsk psykologforening

Arnfinn Seim, Rissa kommune og NTNU

Audun Stubhaug, Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus, Norsk smerteforening

Just Thoner, Smerteavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Dagfinn Thorsvik, Rehabiliteringsklinikken, Helse Nord-Trøndelag

Eva Undall, Avdeling for smertebehandling, Sykehuset Telemark

Jørgen Holmboe, Helsedirektoratet

## Referansegruppe

Henrik Aasved, regionalt brukerutvalg, Helse Vest

Sigrid Hørven Wigert, Norges Fibromyalgi Forbund

Gerd Bjørke, Ryggforeningen i Norge

Lisa Skaret, Ryggforeningen i Norge

Karoline Berge, Helse Fonna, Helse Vest

Fuk-Tai Sundvor, Allmennlegeforeningen

Eli Molde Hagen, Sykehuset Innlandet, Helse Sør-Øst

Bredo Knudtzen, Helsedirektoratet

# 1. BAKGRUNN OG MANDAT

## 1.1 Smertebehandling i offentlige dokumenter

---

Etter behandling av St.meld. nr. 18 (2005) «Rett kurs mot god medisinbruk», ble det gjort en endring av Blåreseptforskriften (2007) med tilføyelse av to sykdomspunkter i refusjonslisten:

- Sterke kroniske smerter
- Palliativ behandling i livets slutfase

Dette oppfattes som en anerkjennelse av kronisk smertesyndrom som en egen sykdomstilstand.

Denne pasientgruppen er omtalt særskilt i forbindelse med «Prioriteringsforskriften» - FOR 2000-12-01 nr. 1208 - og det er utgitt en egen prioriteringsveileder for kroniske smertepasienter (IS-1711) 2009. Det er likevel grunn til å erkjenne at det er vanskelig å fange opp alle grupper av smertepasienter gjennom slike offentlige dokumenter.

### Oppdragsdokument til RHF'ene 2008

”RHF skal i samhandling med primærhelsetjenesten styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter. Det skal iverksettes tiltak som skal legge til rette for tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å møte utfordringene på dette området, bl.a. ved smerteklinikkene.”

### St.prp. nr 1 (2009-2010)

Tilbudet til kroniske smertepasienter er fulgt opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Styringssignalene har ikke blitt tilstrekkelig fulgt opp. Derfor har tre av fire foretaksmøter i 2009 lagt til grunn at de respektive RHF har økt fokus på pasientgruppen - - Dokumentet omtaler behandling av kronisk smerte. Denne proposisjonen beskriver at styringssignalene ikke er tilstrekkelig fulgt opp, og det signaliseres at regjeringen vil følge opp saken.

### Oppdragsdokument til RHF'ene 2010

”Tilbudet til kroniske smertepasienter skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig. Helse NN RHF skal innen utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette.”

### St.prp. nr 1 (2011-2012)

Alle regionale helseforetak har arbeidet for å styrke tilbudet til pasienter med kronisk smerte

Helsedirektoratet har gjennom sitt arbeid med nasjonale veiledere og faglige retningslinjer utgitt flere publikasjoner knyttet til denne pasientgruppen de senere år:

Helsedirektoratet 2009. Prioriteringsveileder Smertetilstander IS-1711.

Denne prioriteringsveilederen beskriver de vanligste tilstander som henvises til spesialisthelsetjenesten og pasientenes rettigheter knyttet til prioritert helsehjelp. Den legger tydelig vekt på behovet for tverrfaglig tilnærming.

Prioriteringsveilederen deler langvarige smertetilstander inn i fem kategorier:

1. Pasienter med subakutt smerte. Det skal foreligge risiko for at smertetilstanden skal bli kronisk med mindre pasienten får rask diagnostikk og behandling.
2. Sammensatt, vanskelig traktabel smertetilstand der det er kjent eller ukjent utløsende årsak til smertetilstanden, men der den utløsende årsak ikke lenger er tilgjengelig for kurativ behandling. Pasienten har i tillegg rusmiddelavhengighet eller alvorlig psykisk lidelse.
3. Sammensatt smertetilstand med avklart, opprinnelig utløsende årsak uten alvorlig psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet.
4. Sammensatt smertetilstand med uavklart årsak
5. Sterke, sammensatte smerter hos pasienter med kjent, langtkommet alvorlig grunnsykdom der pasienten trenger rask diagnostikk og behandling av smertetilstanden.

Helsedirektoratet 2013. Veileder IS-2014,

Vanedannende legemidler – forskrivning og forsvarlighet.  
Inneholder et kapittel om bruk av opioider.

Helsedirektoratet 2014. Veileder IS-2077.

Bruk av opioider ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter.  
Denne veilederen (tidligere utgitt av SLV) revideres i 2013 i et samarbeid mellom Helsedirektoratet og fagmiljøet.

## 1.2 Mandat

---

Helsedirektoratet har fått følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet:  
*«Helsedirektoratet skal vurdere behovet for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for behandling og oppfølging av kroniske smertepasienter».* Dette er senere gjentatt ved at direktoratet har fått i oppdrag å *«vurdere tiltak for å styrke utredning og behandling av pasienter med langvarig smerte».*

Med en svært stor og uensartet pasientgruppe er det viktig å etablere retningslinjer for spesialisthelsetjenestens tilbud til denne gruppen. Det er behov for retningslinjer når det gjelder henvisningskriterier og smerteklinikkens utredning, oppfølging og veiledning til primærhelsetjenesten.

På bakgrunn av oppmerksomheten knyttet til denne pasientgruppen, samt departementets bestilling, har Helsedirektoratet besluttet å utarbeide en veileder for organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker i spesialisthelsetjenesten. En slik veileder vil støtte departementets oppdrag til RHF, samt gi en føring for organiseringen innen det enkelte foretak.

Veilederen skal omhandle de organisatoriske forhold knyttet til spesialisthelsetjenestens tilbud til pasienter med langvarige smerter.

Dette omfatter:

- Organisatorisk plassering og bemanning
- Henvisningskriterier, pasientgrupper
- Samhandling med primærhelsetjenesten

Veilederen bør beskrive tilbudet på lokalt og regionalt nivå.

Veilederen skal ikke ta for seg ulike terapeutiske tilbud for de enkelte pasientgrupper. Dette overlates til andre tverrfaglige utredninger, f.eks. Helsedirektoratets pågående utredning om « Bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter» IS-2077.

Det er lite god forskning knyttet til virksomheten ved tverrfaglige smerteklinikker, og veilederen har i mange tilfeller måttet bygge på konsensus om det arbeidsgruppa oppfatter som god klinisk praksis. For øvrig bygger veilederen på ulike kunnskapskilder som vitenskapelige artikler, kunnskapsoppsummeringer, andre lands retningslinjer og veiledere.

## **2. KLASSIFISERING OG FOREKOMST AV LANGVARIG SMERTE**

## 2.1 Definisjoner

---

### Smerte

International Association for the Study of Pain definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk eller følelsesmessig opplevelse assosiert med faktisk eller truende vevsskade, eller beskrevet som dette».

**Akutt smerte** starter vanligvis raskt i forbindelse med skade eller annen sykdom og har begrenset varighet. Den avtar gradvis og opphører når vevsskaden har leget, vanligvis innen 12 uker.

**Langvarig (kronisk) smerte** kan ha startet i forbindelse med en konkret hendelse, men blir ofte også beskrevet uten at det har vært en identifiserbar foranledning. Hvis smertetilstanden har startet med en skade eller annen sykdom, er den langvarig/kronisk hvis den kontinuerer etter at vevsskaden må antas å ha leget. Noen definerer at langvarig (kronisk) smerte begynner etter et halvt år, andre etter tre måneder.

## 2.2 Klassifisering av langvarig smerte

---

Langvarig smerte kan klassifiseres på forskjellig vis, men en vanlig måte er å skille mellom nociseptiv, nevropatisk og idiopatisk smerte

### Nociseptive smerter

Nociseptive smerter skyldes stimulering av smertereseptorer (nociseptorer) i forbindelse med vevsødeleggelse eller stimuli fra en prosess som kan føre til vevsødeleggelse. Dette er en normal og nødvendig reaksjon på vevsskade. Smerten kan skyldes direkte mekanisk stimulering av nociseptorer eller stimulering via kjemiske substanser som produseres i vevet pga. skaden eller den potensielle vevsødeleggelsen. Ved for eksempel kroniske, degenerative tilstander og ved inflammasjon kan smertereseptorene aktiveres over år, og det foreligger da langvarige, nociseptive smertetilstander.

### Nevropatiske smerter

En annen veldefinert gruppe langvarige smertetilstander er nevropatiske smerter som skyldes skade eller sykdom i nervevev, enten i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet.

Nevropatiske smerter kan være spontane og uavhengige av stimuli, vedvarende, anfallsvis eller utløst av stimuli som vanligvis ikke er smertefulle. Eksempler på sentrale nevropatiske smertetilstander er smerter etter hjerneslag og smerter ved multipel sklerose. Eksempler på perifere nevropatiske smerter er slike som skyldes innklemming av perifere nerver, for eksempel ved canalis carpi-syndrom, smertefulle polyneuropatier ved diabetes og smerte etter skade på perifere nerver.

### Idiopatiske smerter

For de fleste pasientene som oppsøker lege på grunn av langvarige ikke-kreftrelaterte smerter kan ikke legene på en enkel måte kan forstå patogenesen. Siden legen ofte hverken kan gi en somatisk eller psykologisk forklaring, er det en tendens til å benytte nøytrale begrep om disse smertetilstandene, som idiopatisk smerte, medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) eller sammensatte symptomlidelser. Eksempler på langvarig, idiopatisk smerte er fibromyalgi, uspesifikke rygg- og nakkelidelser, andre uspesifikke muskelsmerter, tensjonshodepine og irritabel tykktarm.

### **Forholdet mellom langvarige smerter og psykiske lidelser**

Kombinasjonen av langvarige smerter og psykiske lidelser er utbredt. I et representativt utvalg fra den amerikanske befolkningen var forekomsten av psykiske lidelser 29 %, mens 35 % av de som rapporterte langvarige smerter i nakke og rygg rapporterte samtidig psykisk lidelse. Videre viste studien at kombinasjonen av langvarig smerte og psykisk lidelse spiller en vesentlig rolle i å forklare selvrapporert tap av funksjon<sup>1</sup>. Det vil således være høy forekomst av psykiske lidelser hos pasienter som henvises til de tverrfaglige smerteklinikkene.

### **Forholdet mellom forskjellige typer langvarige smerter**

De opplysningene som foreligger om forholdstall mellom forskjellige typer langvarige smertetilstander, bygger i stor grad på selvrapportering fra befolkningsstudier eller på en rekke enkeltstudier som hver for seg har sett på en eller noen få langvarige smertetilstander. Det er derfor fortsatt stor usikkerhet om fordelingen mellom forskjellige spesifikke og idiopatiske smertetilstander. Det er en vanlig oppfatning at muskel-skjelett-lidelser dominerer, og at de vanligste lokalisasjonene er rygg, nakke, skuldre, hofter og knær.

## **2.3 Forekomst av langvarig smerte**

---

Langvarige smerter er et utbredt helseproblem. I tre norske epidemiologiske studier rapporterer 25 – 30% av den voksne befolkningen at de har langvarige smerter. En del kroniske sykdommer som kreft, leddgikt og artrose er ofte assosiert med smerter, men forekomsten av langvarige smerter er langt høyere enn prevalensen av definerte smertegivende kroniske sykdommer<sup>2 3 4</sup>. Langvarige smerter er forbundet med nedsatt funksjon, men det er uklart hvor mange som trenger hjelp fra helsetjenesten.

Selv om det mangler gode, epidemiologiske studier som ser på fordelingen mellom tilstander med langvarige smerter, er det god dokumentasjon for at muskel-skjelett-lidelsene dominerer. De representerer den vanligste årsaken til tap av inntektsevne, og utgjør 42% av alle langtids-sykemeldinger og 31% av all uføretrygding.

---

<sup>1</sup> Gureje O, Von Knorff M et al. The relation between multiple pains and mental disorders: results from the World mental Health Surveys. *Pain* 2008; 135: 82-91

<sup>2</sup> Rustøen T, Wahl AK et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004; 8: 555-65

<sup>3</sup> Breivik H, Collett B et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333

<sup>4</sup> Landmark T, Romundstad P. Estimating the prevalence of chronic pain. *Pain* 2012: 1368-73

I noen tilfeller foreligger det spesifikke morfologiske og fysiologiske forandringer som kan forklare smertene, som ved artrose, nerverotsmerter, spesifikke rygglidelser med alvorlig spinal patologi, leddgikt og osteoporose. Disse smertetilstandene behandles som regel effektivt av organ- og sykdomsspesifikke spesialister. I de fleste tilfeller av muskel- og skjelettlidelser finner man imidlertid ingen sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som fullt ut kan forklare smertene. Dette gjelder f. eks. ca. 90% av rygg- og nakkesmertene. Ved slike tilstander foreligger sjelden bare én årsak, men mange individuelle og komplekse årsakssammenhenger. Ved fibromyalgi og mindre definerte, generaliserte muskel-skjelett-smerter er det også holdepunkter for at det foreligger en sensitivisering i sentralnervesystemer som kan forklare hvorfor mange med disse lidelsene i tillegg har smerter og plager fra andre organer og systemer <sup>5</sup>.

Også ved de tverrfaglige smerteklinikkene utgjør muskel-skjelett-lidelser den største gruppen med pasienter. De som henvises til slike klinikker har i all hovedsak uspesifikke smerter, og en biopsykososal forståelses- og behandlingsmodell må benyttes (se senere).

En stor gruppe ved smerteklinikkene, er pasienter med nevrologiske smerter. Dette rammer et lite antall mennesker, men de utgjør en stor utfordring for behandlingsapparatet. Pasientene har ofte intraktable smerter som ikke kan avhjelpes med konvensjonell behandling hos organspesifikke spesialister.

Smerter hos eldre utgjør en spesiell utfordring. Antall eldre over 67 år i Norge øker med 50 % de neste 20 år. Forekomsten av skader, sykdommer og smertetilstander øker med stigende alder. Langvarige smerter forekommer hos mer enn 50% hos hjemmeboende eldre<sup>6</sup> og 60-80% blant dem som bor i sykehjem. Også for denne gruppen dominerer muskel-skjelett smerter.

## 2.4 Helsetjenestetilbud til pasienter med langvarige smerter

---

Mange håndterer smerteproblemene sine gjennom egenomsorg, men et betydelig antall søker hjelp hos i helsetjenesten, i første omgang fastlegen

### 2.4.1 Kommunal helsetjeneste

Undersøkelser fra allmennpraksis viser at smerte er kontaktårsak for ca 30% av konsultasjonene hos fastlegen <sup>7</sup>

Kapasitetshensyn tilsier at de aller fleste pasienter med smertetilstander må håndteres i primærhelsetjenesten, i et samarbeid mellom fastlegen og andre fagpersoner i førstelinjetjenesten (sykepleier, psykolog, fysioterapeut, manuell terapeut). Fastlegen vil ha kompetanse til å håndtere de fleste, mens noen pasienter må henvises videre til spesialisthelsetjenesten.

<sup>5</sup> Wigers SH. Fibromyalgi – en oppdatering. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1300–4.

<sup>6</sup> Gibsons SJ, Weiner DK (eds). Pain in older persons. Seattle IASP press 2005

<sup>7</sup> Nylenna M. Why do our patients see us? Scand J Prim Health Care 1985; 3: 155-162

## 2.4.2 Spesialisthelsetjenesten

Pasienter med definerte smerterelaterte sykdommer som henvises til spesialisthelsetjenesten, bør utredes ved organ- eller sykdomsspesifikke spesialiteter fordi disse har særlig forutsetning for kausal diagnose og behandling.

Ved mer sammensatte smertetilstander bør de tverrfaglige smerteklinikkene konsulteres tidlig (se kap 4). Flere prioriteringsveiledere fra andre fagområder omhandler tilstander der langvarig smerte er et dominerende symptom. For eksempel anbefaler prioriteringsveilederne for onkologi, revmatologi og fysikalsk medisin rett til prioritert helsehjelp der det er mistanke om at kreft, revmatoid artritt eller skiveprolaps forårsaker langvarige smertetilstander.

## 2.4.3 Smerteenheter ved offentlige sykehus

Det ble i mai / juni 2013 gjort en kartlegging av poliklinisk aktivitet ved offentlige smerteenheter. Det er 16 smerteenheter i Norge. Kartleggingen ble gjort via telefonintervju og etterfølgende kontakt ved e-post for innsamling av data. Det kan være en usikkerhet rundt tallene da sykehusene registrerer aktivitet på ulik måte og med ulike datasystemer.

### Type personell

Det ble fokusert på det faglige mangfoldet ved hver enhet. Det ble ikke registrert ressurser/stillingshjemler.

### Antall behandlede pasienter

Dette angir antall pasienter den enkelte enhet har tatt inn til vurdering i 2012. Det gir ikke informasjon om totalt antall henvisninger eller henvisninger som er håndtert uten konsultasjon.

### Tverrfaglig behandling

For at behandlingen skal registreres som «tverrfaglig» kreves det samtidig tilstedeværelse av tre terapeuter, der iallfall psykiater eller psykolog skal være representert.

### Totalt antall konsultasjoner

Dette angir totalt antall pasientbesøk uansett formål (utredning, behandling, kontroll).

### Ventetid

Ventetiden fra mottatt henvisning til første polikliniske time for den enkelte pasient. Noen klinikker oppgir ikke ventetid. Der er tallene hentet fra Fritt sykehusvalg 1.6.2013.

### Kartlegging av smerteenheter 2013

	Sør-Øst	Vest	Midt	Nord
Tverrfaglige smertesentre	1	1	1	1
Smerteklinikker med tverrfaglig drift		1		1
Smerteklinikker uten tverrfaglig drift	6	2	2	



Det er fire sykehus som har et tilbud som fyller kravene til et tverrfaglig smertesenter: OUS, Haukeland universitetssykehus, St. Olavs hospital og UNN. Alle disse klinikkene tilfredsstilte kravene til tverrfaglig drift.

Kartleggingen viste at de aller fleste av smerteklinikkene i andrelinjetjenesten i liten grad gjennomførte tverrfaglige undersøkelser og behandlinger. Det var kun to klinikker på dette nivået som ga mange av pasientene et tverrfaglig tilbud. På de andre viser rapportene at det ikke var noe reelt tverrfaglig tilbud, eller at bare ca 10% av pasientene fikk tilbud om tverrfaglig utredning.

Smerteenhetene jobber med å få til tverrfaglig drift, men det er ulikt hvor langt man har kommet. De problemstillingene som går igjen, er mangel på faglige ressurser for å få til tverrfaglig drift, økonomiske ressurser og ikke egnede lokaler.

Det er flere klinikker som har stillinger for psykolog, men det har rapportert at det er vanskelig å finne psykologer som er interessert og kvalifisert. Det er også et ønske om å knytte til seg flere legespesialiteter, men det mangler bevilgninger til dette. Tverrfaglig virksomhet forutsetter at de ulike yrkesgruppene er tilstede i klinikken samtidig. For å kunne jobbe effektivt er en avhengig at alle har et kontor for pasientkonsultasjoner og at det er egnet rom for tilbakemeldingsmøte hvor pasient og behandlere kan samles. Mange av klinikkene har ikke nok areal til å kunne tilby dette.

#### Aktivitet:

Totalt antall konsultasjoner pr nyhenvist pasient	Mean 6 konsultasjoner (spredning 2 - 13)
Konsultasjoner pr pasient – smertesentrene	8,3
Konsultasjoner pr pasient – smerteklinikker	4,7
Ventetid	6 – 48 uker

Forholdet mellom antall nyhenviste pasienter og totalt antall konsultasjoner varierer betydelig. Tverrfaglig drift medfører økt antall konsultasjoner. Klinikken tilbyr ulike behandlingsopplegg. Noen klinikker prioriterer hovedsakelig utredning for å kunne gi et tilbud til flere henviste pasienter.

#### Oppsummering

Undersøkelsen viste at det pr. juni 2013 strengt tatt bare var fire klinikker som på en stabil måte tilfredsstilte kravene til tverrfaglige smerteklinikker (se definisjon kap. 3). Det var de fire tverrfaglige smertesentrene: Smerteavdelingen ved Oslo Universitetssykehuset, Seksjon for smertebehandling og palliasjon ved Haukeland universitetssykehus, Avdeling for smerte og sammensatte lidelser ved St. Olavs hospital og Smerteavdelingen ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Av de øvrige tolv klinikkene er det flere som arbeider for å kunne gi et reelt tverrfaglig tilbud. Noen har det siste året kommet langt i riktig retning, mens andre har måttet legge ned tilbudet. De fleste er foreløpig langt

unna å tilfredsstille kravene til å være tverrfaglige smerteklinikker. Smerteklinikkene hadde i liten grad gjennomført tverrfaglige undersøkelser og behandlinger.

## 3. TVERRFAGLIGE SMERTEKLINIKKER OG SMERTESENTRER

### 3.1 Egne enheter for utredning og behandling av langvarig smerte?

---

Personer med langvarige smerteplager har som regel hyppig kontakt med sin fastlege og evt. annet personell i primærhelsetjenesten. Mange har også gjentatt kontakt med ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Enheter som har behandling av ulike smertetilstander som en sentral oppgave, betegnes i det videre som *smerteenheter*. De viktigste smerteenheterne er *tverrfaglige smertesentre*, som er spesielt kompetente enheter på regionsnivå, og *tverrfaglige smerteklinikker* som er tverrfaglige enheter på foretaksnivå.

De tverrfaglige smerteklinikkene og smertesentrene kjennetegnes ved at personellet representerer ulike helsefag med særskilt interesse og kompetanse for arbeidet med langvarige smerter. Staben bør omfatte leger fra ulike spesialiteter, psykologisk/psykiatrisk spesialitet, fysioterapi og sykepleie.

Når vi i dette kapitlet beskriver krav til tverrfaglige smerteklinikker og smertesentre, er det i overenstemmelse med anbefalinger fra International Association for the Study of Pain, sist revidert i 2009.

### 3.2 Historisk tilbakeblikk

---

Den første klinikken som ble etablert for spesifikt å behandle langvarig smerte startet opp i New York i 1936. Det ble også etablert egne smerteenheter i Frankrike like før andre verdenskrig. Etter krigen startet anestesilegen John J. Bonica en smerteklinikk i Tacoma, Washington, der han behandlet krigsskadede amerikanske soldater med vedvarende smerter. Etter hvert erfarte han at de to behandlingsmodalitetene han behersket som anestesilege, injeksjoner og opioidmedikasjon, hadde begrenset effekt. Det bidro til at krigsveteranene ble avhengige både av kontinuerlig helsehjelp og av opioider. Bonica knyttet derfor til seg et tverrfaglig team, der de på ukentlige møter diskuterte

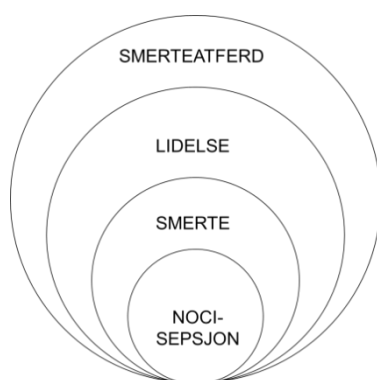
pasientene. Dette ble den aller første anerkjente tverrfaglige smerteklinikken. Fra 1960 bygget han opp det som skulle bli den største og best fungerende tverrfaglige smertesenteret i verden ved University of Washington i Seattle. Inspirert av dette har det etter hvert blitt etablert en rekke tverrfaglige smerteklinikker i alle vestlige land.

I sitt tobindsverk fra 1990<sup>8</sup> har Bonica et eget kapittel som forteller hvordan dette ble utviklet videre. Han erfarte at langvarige smerter, ikke bare de uspesifikke, men også de spesifikke smertetilstandene som for eksempel sekveler etter skader, krevde både multidisiplinær utredning og behandling. Det begynte med at han drøftet sine pasienter i tverrfaglig team med ressurspersoner fra sykehuset - i første omgang psykolog, fysioterapeut, nevrolog og ortoped. Den første psykologen ved klinikken, Wilbert Fordyce<sup>9</sup>, bidro med viktige psykologiske perspektiver på forståelse, behandling og rehabilitering av langvarig smerte. Etter hvert ble flere ressurspersoner tilsatt, og man utviklet tverrfaglige behandlingstilbud til personer med sammensatte og langvarige smerter.

### 3.3 Biopsykososial modell

---

Det internasjonale fagmiljøet knyttet til tverrfaglig smertebehandling har basert seg på en biopsykososial modell siden 60-tallet. John Loeser<sup>10</sup> viste at smerter kan forstås som en samhandling mellom aktivering av smertefibre, oppfattelse av smerte, lidelse og smerteatferd, og at dette foregår i en sammenheng (se figur 1). Modellen er utviklet for langvarige smerter. Til tross for at all smerte kjennes som faktisk eller truende vevsødeleggelse (se kap. 2), er psykologiske bidrag til smerteopplevelse og opprettholdelse vesentlig. Det er etter hvert mye evidens som støtter opp under denne modellen.



Figur 1: Langvarige smerter – biopsykososial modell

<sup>8</sup> Bonica JJ, Loeser LD, Chapman CR, Fordyce WE (eds.) The Management of Pain, sec.ed. , Philadelphia, London: Lea & Febiger, 1990

<sup>9</sup> WE Fordyce, Behavioral methods for chronic pain and illness, Saint Louis: Mosby, 1976

<sup>10</sup> LoeserJD (1982) Concepts of pain, i Stanton-Hicks M, Boas R (eds.), Chronic low back pain. New York: Raven, 145-148

### 3.4 Tverrfaglige smerteklinikker, innhold og oppgaver

---

Ved en smerteklinikk skal det være ansatt fagpersoner med kompetanse innen smertemedisin fra ulike medisinske og andre disipliner. Det bør være ansatt leger, sykepleiere, psykologer/psykiatere og fysioterapeuter. Klinikken skal kunne behandle alle typer smerteproblem. Klinikken må derfor ha tilknytning til et nettverk av spesialister som ivaretar områder som ikke dekkes av fast ansatte. Disse spesialistene skal kunne benyttes for konsultasjoner etter behov. Behandlingens mål bør være å lindre smerter og/eller gi bedre smertemestring, men også å forbedre pasientens fysiske, psykologiske, yrkesmessige og sosiale funksjon. Den må være bruker-orientert og individualisert.

Fagpersoner ved klinikken skal samarbeide ved hyppig og planmessig kommunikasjon om pasienter, faglig profil og strategi, faglige retningslinjer, prosedyrer og behandlingstiltak. De skal behandle pasienter i samtidighet i et nært samarbeid (tverrfaglig) og ikke bare parallelt (flerfaglig).

Behandlingen skal så langt som mulig være kunnskapsbasert, allment akseptert og gitt på en planmessig og helhetlig måte. Dersom det vurderes å benytte behandling som ikke er dokumentert, bør dette inngå i en kontrollert utprøving. Eksempler på udokumentert behandling som ikke bør benyttes ved tverrfaglige smerteklinikker med mindre det skjer som kliniske studier, er lange serier med injeksjons- og infusjonsbehandlinger.

Ansatte bør rutinemessig samle og oppsummere pasientdata vedrørende pasientkarakteristika og utbyttevariabler (inkludert smerteintensitet, psykologiske plager, funksjon og livskvalitet), og kontinuerlig engasjere seg for å bedre kvaliteten av tjenestene.

#### 3.4.1 Arbeidsoppgaver

En tverrfaglig smerteklinikk bør:

- gjennomføre tverrfaglig utredning og klassifisering av langvarige smertetilstander
- foreta vurdering av somatiske og psykososiale aspekter knyttet til pasientens sykdom
- gi tilbud til pasienter med subakutte tilstander som kan utvikle seg til kroniske, f.eks. komplekst regionalt smertesyndrom og helvetesild.
- foreslå og initiere behandling med oppfølging i primærhelsetjenesten
- ha kompetanse i å tolke og integrere pasientens sykdomsforståelse og sykdomsatferd i det totale behandlingsopplegget
- ta i bruk anerkjente pedagogiske prinsipper, og i egen regi gi pasienter tilbud om deltakelse i gruppetilbud for mestring av smerter
- ta i bruk anerkjente pedagogiske prinsipper og ha kompetanse innen pasientsentrerte samtaleverktøy, som f.eks. motiverende samtale/intervju og kognitiv atferdsterapi
- ha ekspertise til å korrigere og justere feilaktig eller lite hensiktsmessige sykdomsoppfatninger hos pasientene
- i samhandling med fastlegen prøve ut eller komme med forslag til behandling og rehabilitering som kan fortsettes av pasienten sammen med kommunehelsetjenesten (se senere).
- ha som mål for behandlingen å hjelpe pasientene til å gjenvinne sin tidligere funksjon inklusive, om mulig, å komme tilbake til arbeid.

Pasienten skal i de aller fleste tilfeller tas imot til et begrenset antall konsultasjoner og deretter følges opp lokalt i kommunehelsetjenesten eller ved andre deler av spesialisthelsetjenesten. Behandlingsserier som strekker seg ut over noen måneder bør unngås både av hensyn til ressurser, kapasitet og kommunehelsetjenestens ansvarsrolle.

I tillegg til den diagnostiske utredningen, er det viktig å kartlegge tilleggsfaktorer som kan forsterke/opprettholde smertetilstanden. Målet for smertebehandlingen kan være å lindre smerter, men like viktig å øke funksjon og bedre livskvalitet.

De tverrfaglige smerteklinikkene må i tillegg til å ta imot pasienter fra sitt lokale helseforetak, også ivareta oppgaven med kompetanseheving rettet mot lokale aktører.

### **3.5 Tverrfaglig smertesenter, innhold og oppgaver**

---

I tillegg til innhold definert for tverrfaglige smerteklinikker, skal et tverrfaglig smertesenter drive forskning og undervisning. Sentrene skal være knyttet til eller samarbeide med universitet og høyskole.

Senteret bør fungere som et kompetansesenter for hele regionen i forhold til de strukturer, prosesser og resultater som er nødvendige for å levere smertebehandling av høy kvalitet. Smertesenteret skal sikte på å øke kvaliteten over hele spekteret av smertebehandling, gjennom å anvende og fremme gjeldende vitenskapelig kunnskap om smerte, formidle relevant informasjon til pasienter, annet helsepersonell, organisasjoner og befolkningen generelt.

De ansatte ved smertesenteret skal bidra i undervisning og opplæring i tverrfaglig smertebehandling for klinikere fra ulike disipliner (f.eks. leger, psykologer, sykepleiere og fysioterapeuter med ulike spesialiteter). Ideelt sett bør opplæring gis både i grunnutdanning, videreutdanning og etterutdanning.

Senteret bør være aktivt engasjert i forskning, og ideelt sett ha en ledende rolle her. Senteret bør bidra til evidensbasen for behandling av smerte, og bidra til opplæring av framtidige smerteforskere.

Senteret skal gi informasjon til pasienter, annet helsepersonell, organisasjoner og til hele befolkningen i den hensikt å øke kunnskap om langvarig smerte og forbedre kvaliteten på smertebehandling.

### 3.5.1 Arbeidsoppgaver

Det regionale smertesenteret bør, i tillegg til oppgaver nevnt under de tverrfaglige smerteklinikkene, ha tilgang og kompetanse for kontrollert utprøving av utredning og behandling med særskilte metoder, som f.eks.:

- Kompetanse innen utvidet sensorisk og nevrofysiologisk testing
- Installering av bakstregsstimulator og annen funksjonell nevrokirurgi.
- Ablative teknikker som RF (radiofrekvens-denervering) av nerver i ryggstøtten og perifert, ablasjonsbehandling i ryggmargen (terapeutisk kutting av nerver).
- Spesialkompetanse i vanskelige smertetilstander hos barn.
- Utføre nerveblokker som krever avansert utstyr og spisskompetanse.
- Utredning og behandlinger av pasienter med kompliserte og sammensatte tilstander (pasienter med problematisk bruk av smertemedisin og pasienter med legemiddelmisbruk og rusproblem).
- Utredning og behandling av pasienter med smerter som de fagspesifikke miljøene ikke har klart å finne ut av, f.eks. oro-fasciale (ansikt, kjeve og munnhule) smerter.
- Utprøving og evaluering av mangelfullt dokumenterte tiltak bør gjøres av eller i nært samarbeid med et tverrfaglig smertesenter.
- Invasive og medikamentelle prosedyrer må prøves ut i en tverrfaglig sammenheng.

Det regionale smertesenteret har et spesielt ansvar for kompetanseheving, undervisning og forskning. Senteret bør ta ansvar for å etablere et faglig nettverk for personell fra smerteklinikkene innen regionen. Det regionale senteret bør ha en sentral og koordinerende plass og kunne ta i mot spesielt komplekse pasienter der det kreves spesiell kompetanse vedrørende utredning og behandling.

## 3.6 Andre behandlingstilbud

---

Behandlingsprogrammer som støtter seg til avgrensede intervensjoner, bør benevnes i samsvar med den behandlingen de tilbyr (f.eks. «akupunkturklinikk») fremfor å bruke benevnelsen smerteklinikk. Behandlingstilbud som retter seg mot lokaliserte smertetilstander eller en spesiell smertetype bør benevnes i relasjon til dette (f.eks. tverrfaglig ryggklinikk). Slike behandlingstilbud bør følge aktuelle internasjonale retningslinjer. De ansvarlige for virksomheten bør rutinemessig samle inn og oppsummere data fra pasientgruppen og behandlingseffekt.

Behandlingssentra som retter seg mot en avgrenset aldersgruppe (barn, ungdom osv) må ha personell med spisskompetanse innenfor behandling av den definerte pasientgruppen. Helsepersonellet forventes å ha en inngående forståelse av aldersrelaterte påvirkning av smerteproblemene.

# 4. HVILKE PASIENTER BØR UTREDES OG BEHANDLES VED EN TVERRFAGLIG SMERTEKLINIKK ?

## 4.1 Kriterier og avgrensninger

---

Vi har ovenfor understreket at mange pasientene med langvarige smertetilstander som henvises til spesialisthelsetjenesten fortsatt bør behandles av de organ- eller sykdomsspesifikke spesialitetene. Tverrfaglige smerteklinikker bør ta i mot pasienter med langvarige smertetilstander når primærhelsetjenesten ikke rår over pasientens helseproblem og annen spesialisthelsetjeneste ikke har kompetanse til å hjelpe eller ikke kan gi prioritet. For at de skal ha rett til prioritert spesialisert helsehjelp, bør det i hvert enkelt tilfelle sannsynliggjøres at:

- (1) livskvaliteten er betydelig forringet eller står i fare for å bli dette uten smerteklinisk behandling
- (2) livskvaliteten vil bedres av spesialistbehandling og
- (3) spesialistbehandlingen er kostnadseffektiv

### 4.1.1 Redusert livskvalitet

I tillegg til klinisk skjønn, bør alvorlighetsgraden av smertetilstanden defineres ved hjelp av validerte verktøy, som Norsk smerteforenings minimumsevaluerings skjema ([www.norsksmerteforening.no](http://www.norsksmerteforening.no)) bygger på. Et av disse er det internasjonalt anerkjente spørreskjemaet SF 8 som stiller spørsmål om åtte forskjellige aspekt ved livskvalitet med fem eller seks svaralternativer. For at pasienter skal ha rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp, bør de ha global livskvalitet som beskrives som "dårlig" eller "svært dårlig" og fysisk, psykisk og sosial funksjon som beskrives med de to dårligste svaralternativene i det omtalte spørreskjemaet SF 8.

### 4.1.2 Sannsynligheten for at spesialisthelsetjenesten kan bedre tilstanden

Flere studier har dokumentert at behandling og oppfølging av et tverrfaglig team kan bedre funksjonsnivå, øke livskvalitet og gi mindre opplevde smerteplager hos pasienter behandlet ved smerteklinikker. Sannsynligheten for at de henviste pasientene kan hjelpes må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

#### 4.1.3 Kostnadseffektivitet

Denne pasientgruppen er storforbrukere av helsetjenester. Pasienter med sammensatte kroniske smertetilstander kan hjelpes med et avgrenset antall konsultasjoner ved en tverrfaglig smerteklinikk. Kostnader til helsetjenester kan også reduseres ved at videre fåfengte utredninger og behandlingsforsøk opphører.

#### 4.1.4 Primærhelsetjenestens ansvar

Et grunnleggende kriterium for den foreliggende veilederen er at fastlegen må ha vist nødvendig ansvar. Pasientene må være tilstrekkelig utredet, annen tilgjengelig og hensiktsmessig behandling må ha vært forsøkt og henvisende instans må være klar til å håndtere pasientene når de kommer tilbake fra spesialisthelsetjenesten. Når det unntaksvis er hensiktsmessig at andre enn fastlege henviser, bør det framgå at dette har skjedd i forståelse med primærhelsetjenesten.

#### 4.1.5 Hvem skal ikke ha slik rett til prioritert helsehjelp?

Det er to hovedgrupper henviste pasienter som ikke kan gis rett til prioritert helsehjelp.

- Pasienter der det i henvisningen fremkommer uttalte negative individuelle prognostiske faktorer som gjør det lite sannsynlig at smerteklinikkene kan oppnå noe mer enn det primærhelsetjenesten kan tilby
- Pasienter som kan hjelpes i primærhelsetjenesten uten at de trenger komme til konsultasjon hos spesialist. Slike pasienter bør fortrinnsvis håndteres av primærhelsetjenesten i stedet for å stå på en uprioritert, lang venteliste ved smerteklinikkene. Det er allikevel av betydning for fastlegen å få støtte på at de tiltak hun kan gjøre for pasientene, er hensiktsmessig.

#### 4.1.6 Utnyttelse av kapasiteten ved smerteklinikken

De tverrfaglige smerteklinikkene skal i første omgang ta seg av pasienter med kompliserte, langvarige og sammensatte tilstander eller som trenger spesialisert behandling utover det andre deler av helsetjenesten kan tilby eller forventes å kunne mestre. De fleste av disse lider av sammensatte plager som vedvarer til tross for behandling av grunnsykdommen. Det forringer livskvaliteten og gir betydelig funksjonsnedsettelse.

Kapasiteten til de tverrfaglige smerteklinikkene er begrenset. Deres kapasitet bør i størst mulig grad benyttes for pasienter med de mest krevende og kompliserte tilstandene. Smerteklinikken skal også være rådgiver for andre deler av helsetjenesten, både i individuell pasientrettet virksomhet og på et organisatorisk plan. Hittil er det ikke utviklet tydelige økonomiske incentiver for slik samhandling.

Som hovedregel bør pasienten være ferdig utredet og behandling satt i gang for pasientens grunnsykdom før pasienten vurderes på en tverrfaglig smerteklinikk. I noen tilfelle vil det likevel være hensiktsmessig å be om utredning ved en tverrfaglig smerteklinikk før omfattende behandling av grunnsykdommen settes i gang. Det gjelder blant annet der smertesyntomene er så alvorlige at lindring ikke bør utsettes, ikke står i forhold til grunnsykdommen eller hvis behandling av grunnsykdommen innebærer stor risiko. I slike tilfelle kan utredning og behandling av



smertetilstanden gjennomføres parallelt med behandling av grunnsykdommen. Pasienter med stor psykososial belastning, panikk lidelser og tangerende problemstillinger har, parallelt med legetilsyn, kanskje først og fremst behov for kompetansen til psykolog, psykiater eller psykomotorisk fysioterapeut.

Pasienter med langt kommet, alvorlig grunnsykdom og kort forventet levetid kan ofte ha nytte av behandling med invasive teknikker. Det kreves spesialkompetanse og høyspesialisert utstyr som bare finnes på universitetsklinikkene og enkelte andre sykehus.

Noen smertetilstander krever spesielt tett oppfølging etter at diagnosen er fastsatt. I stedet for hyppige polikliniske besøk, vil det i disse tilfelle være mer hensiktsmessig at pasienten blir innlagt i sykehuset. Pasienter som skal skifte behandling fra ett morfinlignende medikament til et annet er et eksempel som faller inn i denne kategorien (opioidrotasjon). Et annet eksempel er pasienter med nylig oppdaget kausalgi. Det kan med fordel inngås avtaler mellom smerteklinikken og aktuelle sengeavdelinger om å disponere plass for slike pasientopphold.

## 4.2 Krav til henvisning

---

Terskelen for henvisning til spesialisthelsetjenesten bør være høy; bare et fåtall av de med langvarige smertetilstander har behov for diagnostikk og behandling ved en tverrfaglig smerteklinikk. Henvisningen bør fortrinnsvis komme fra fastlege. Denne er som oftest den som kjenner pasienten best og har ansvar for å koordinere pasientens helsetjenester.

Henviser bør forsikre seg om at tverrfaglig smerteklinikk er korrekt adresse for pasientens problemstilling. Ved tvil bør henviser ta direkte telefonisk eller e-mailkontakt med aktuell tverrfaglig smerteklinikk. Henvisningen må gi en tydelig beskrivelse av pasientens problem. Fordi tilnærmingen i utredning og behandling er tverrfaglig, bør henvisningen inneholde opplysninger som karakteriserer pasienten i en biopsykososial forståelse. En fylldig og poengtert henvisning er den beste garanti for at pasienten får korrekt prioritet. Den må inneholde opplysninger om tidligere og nåværende lidelser, resultat av relevante utredninger og undersøkelser, effekt av tidligere og pågående behandling og eventuelle uttalelser fra andre relevante instanser. Det bør fremgå om årsaken til smertetilstanden er avklart eller ikke.

Mer spesifikt bør henvisningen så langt det er mulig inneholde opplysninger om følgende forhold:

- Karakter, lokalisasjon, og varighet av smertetilstanden
- Fysisk, psykisk og sosial funksjon
- Familiefaktorer og omsorgsoppgaver
- Ledsagende depresjon /verstefallstenking
- Arbeidstilknytning
- Pågående, uavklart trygdesak
- Tidligere eller pågående rusadferd
- Tidligere og pågående medikamentell behandling
- Tidligere vurdering ved smerteklinikk

- Motivasjon

For di langvarige smertetilstander oftest er sammensatte og komplekse vil en konkretisering av bestillingen fra henviser til den tverrfaglige smerteklinikk være til hjelp, - både for å gi pasienten korrekt prioritet og som arbeidsredskap ved vurderingen.

### 4.3 Etter at henvisningen er mottatt

---

Henvisningen bør, så langt det er praktisk mulig, behandles i et tverrfaglig inntaksmøte. Her får pasienten prioritet i henhold til Prioriteringsveilederen for Smertetilstander. Henvisning til spesialisthelsetjenesten skal vurderes innen 10 arbeidsdager. Veilederen er under omarbeiding på grunn av nye bestemmelser om rettigheter til behandling, men det forventes ikke vesentlige endringer i omtalte kriterier og avgrensninger for henvisninger.

Prioriteringsveilederen deler langvarige smertetilstander inn i fem kategorier og to hastegrader. Smertetilstander med høyest grad av hast skal tas inn til vurdering senest 8 uker etter at henvisning er mottatt. Ingen pasienter skal vente mer enn 22 uker.

### 4.4 Spesiell pasientgrupper

---

#### 4.4.1 Barn

Helsetjenesten for barn omfatter personer fra 0 – 18 år. Behovene og egnete tiltak varierer meget sterkt innenfor aldersgruppen, og det stilles store krav til helsepersonell som skal ta hånd om den enkelte pasient.

Barn er i høy grad i stand til å kjenne smerte. De yngste har et nervesystem som normalt er mer sensitiv for smerte enn hos voksne. Det er ofte utfordringer knyttet til vurdering av smerter hos barn. Det er utarbeidet både observasjons-skalaer og selvrapporteringsverktøyer for vurdering av smerter hos barn i ulike aldre. De tverrfaglige smertesentra skal ha oversikt over ulike måleredskaper. Når man vurderer smerter hos barn, skal alltid nærmeste pårørende tas med i vurderingen. Pårørende kan være viktige for å forstå barnets smerteproblem, de kan være sentrale i forbindelse med gjennomføring av behandlingsopplegg, og de kan være viktige for å trygge et barn som skal vurderes – avhengig bl.a. av barnets alder.

Også for barn skiller vi mellom akutte smerter, langvarig smerte, og smerte ved alvorlig sykdom med kort livsprognose dvs. palliativ behandling. Ved de større sykehusene er det både akuttsmerteteam og palliative team med kunnskap om barn og smertebehandling. Der det ikke er egne smerteteam for barn, har de tverrfaglige smerteklinikkene eller -sentrene et særlig ansvar for å bistå barneavdelingene med god og trygg smertebehandling.

Barn skal ha god smertebehandling ved akutt tilstander. Ubehandlede smerter hos de minste kan medføre økte smerter og psykiske plager senere i livet. Smerter hos barn må derfor tas på alvor.

Barn med langvarige smerter kan ha annen smerteadferd enn voksne, både med hensyn til kroppstilling (avverge), stemningsleie, osv. De har behov for personell med spesiell erfaring og kompetanse.

Et relativt stort antall hos barn har kroniske sykdommer med begrenset livsutsikt – anslått prevalens 3000 barn inntil 18 år i Norge. 1/3 av disse er kreftrelatert, men også andre sykdommer kan medføre langvarige smertetilstander. WHO anbefaler forebyggende smertebehandling (By the clock, by the mouth, individual tailoring) hos barn med langtkommet kreft i palliative fase.

Ved behandling av smerter hos barn, gjelder mange av de samme grunnleggende prinsippene som for voksne. Vi vet at jo mer sammensatt plagene er, dess større er behovet for tverrfaglig innsats, blant annet for å bidra til at barnet kan opprettholde et mest mulig normalt liv og best mulig funksjon.

#### 4.4.2 Rusmiddelproblemer og psykiske lidelser

Prioriteringsveilederen gir som hovedregel smertepasienter med rusmiddelproblemer og /eller psykisk lidelse rett til helsehjelp. Det er imidlertid en forutsetning at det foreligger sannsynlighet for at helsehjelpen skal være nyttig. Man fastslår derfor at de tverrfaglige smerteklinikkene ikke skal gi prioritert tilbud til pasienter der disse tilleggsfaktorene forverrer prognosen og vanskeliggjør behandlingen med mindre det er et etablert samarbeid med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern der det er relevant. Det skal da *«utarbeides, gjennomføres og evalueres behandlingstiltak som videreføres av pasienten i samarbeid med primærhelsetjenesten»*. Det anbefales også at vurdering utføres i samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og NAV.

##### Rusmiddelproblemer

Mange pasienter med smerte har også et rusmiddel- eller medikamentproblem som ikke er relatert til smerter, mens andre har utviklet skadelig bruk eller avhengighets som konsekvens av forskrivning av medisiner. Begge disse gruppene har krav på forsvarlig helsehjelp. Hvor hjelpen skal gis, og hvilken hjelp de bør tilbys er avhengig av flere forhold.

Alle helseforetak har tilbud om TSB. Behandlingen gis ved poliklinikker eller institusjoner avhengig av pasientens behov. TSB er en naturlig samarbeidspart med tanke på personer med uttalte rusmiddel- eller medikamentproblemer.

Det er viktig at det opprettes et forpliktende samarbeid mellom tverrfaglige smerteklinikker, TSB og psykisk helsevern. Fastlegen skal alltid være involvert. Hensikten med samarbeidet er å sikre adekvat behandling av medikament- eller rusmiddelproblem og av smerteproblem. Der hvor

rusmiddelproblemet uttalt, bør det gjøres en grundig vurdering av når det er forsvarlig å starte opp behandlingen av henholdsvis avhengighetssyndrom og smerteproblemet.

Mange pasienter har utviklet problematisk bruk eller avhengighet som en konsekvens av forskrivning av analgetika, til dels kombinert med benzodiazepiner. Smerteklinikken må i samråd med fastlegen bidra til at pasienten kan få forbruket under kontroll. Når de tverrfaglige smerteklinikkene ikke har et utrednings- eller behandlingsansvar for pasienten med et medikament- eller rusmiddelproblem, bør de tilby råd- eller veiledning til aktuelle samarbeidspartnere.

### Psykiske lidelser

Det er høyere forekomst av psykiske plager hos personer med langvarige smerter enn i befolkningen ellers, og det er vist høye forekomster av langvarige, sterke smerter hos pasienter med psykiske plager, spesielt ved depresjon<sup>11</sup>. Psykiske vansker kommer ofte i etterkant av utvikling av smerteproblemer, men kan også være egen disponerende faktor. Enhver smertevurdering og – behandling bør rette seg samtidig mot psykiske og somatiske forhold. Det er krevende å leve med langvarige smerter, og psykiske vansker kan bidra til å forsterke smerteplager. Som en hovedregel anbefales det samtidig behandling av smerter og psykiske vansker.

Dersom en pasient har så store psykiske plager at han eller hun er vanskelig tilgjengelig for smertebehandling, anbefales det å starte behandling innen psykisk helsevern. Det er viktig med et samarbeid mellom tverrfaglig smerteklinikk og psykisk helsevern, både for å samarbeide om den enkelte pasient, men også for å finne fram til gode lokale samarbeidsmodeller og – rutiner.

## **4.5 Eldre med langvarig smerte**

---

Andelen eldre personer i befolkningen øker. Forekomst av sykdom, også av tilstander med langvarige smerter er høy hos denne gruppen. Komorbiditet gjør både diagnostisering og behandling av smerter hos eldre spesielt utfordrende. Fysisk kondisjon og kognitiv kapasitet er svært varierende. Pasienter med kognitiv svikt og/eller tap av sanseeffekt kan ha vanskeligheter med å gi uttrykk for sine plager. Kunnskapsbasen om smertebehandling av eldre er sparsom fordi kliniske farmakologiske studier oftest utelukker personer eldre enn 70 år og også de som bruker medikamenter. Polyfarmasi og interaksjon er et hyppig forekommende problem hos de eldre og krever særskilt oppmerksomhet. Også effekten av ikke-medikamentell behandling er sparsomt dokumentert i denne aldersgruppen.

Det vil være en viktig oppgave for de tverrfaglige smerteklinikkene, sammen med primærhelsetjenesten, å utvikle et samarbeid med sykehjem og geriatriske avdelinger for å bedre forståelsen av og tilbudet til denne gruppen.

---

<sup>11</sup> Gureje O, Von Knorff M et al. The relation between multiple pains and mental disorders. Pain 2008; 135: 82-91

## 4.6 Pasienter med fremmedkulturell bakgrunn

---

Dette er en svært heterogen gruppe pasienter, som spenner fra traumatiserte flyktninger fra samfunn som er forskjellige fra det norske, til arbeidsinnvandrere som kommer fra samfunn der sosiale normer har mange fellestrekk med vårt. Mange har opplevd fengsling og tortur, opphold i flyktningleirer og dramatisk flukt til det nye landet, med tilleggsproblematikk i forhold til tillit, integrering og psykiske traumer.

### Samhandling med pasienten

Hvilke forventninger den enkelte har til norsk helsevesen er et produkt både av individuelle og kulturelle faktorer. Enkelte er vant med og forventer at helsepersonell er autoritære og dikterer tiltak, mens andre forventer å bli tatt med på råd. Det ligger likevel en fare i å lage kulturbundne beskrivelser av ulike grupperingers forventninger – det beste er å tilpasse seg den enkelte pasient.

Man bør alltid ha respekt og ydmykhet for pasientens bakgrunn. Er det greit at en kvinne undersøker en mann eller omvendt? Hvilket forhold har pasienten til av/påkledning? Slike og tangerende forhold bør avklares i forkant av konsultasjonen. Samtidig er det naturlig at helsepersonell følger vanlige rutiner, men er nøye på å informere pasienten om hva man gjør og eventuelt hvorfor man gjør det på den spesielle måten.

### Vurdering av pasienten

Traumatiske erfaringer har alltid betydning i forhold til smerter og hvordan personen forholder seg til dem. Smerte kan være et uttrykk for voldsomme livserfaringer som det kan være vanskelig å snakke om. Det kan være som om kroppen husker godt, og dårlige minner sitter i kroppen. Tortur gir ofte smerte som kan være vanskelig å forstå. Identiske somatiske utgangspunkt kan likevel medføre høyst ulike smerteuttrykk eller funksjonsnedsettelse. Smerter fra et prolaps i korsryggen kan initialt ha samme uttrykk hos forskjellige personer, men ulikt forløp basert på personens erfaringer.

### Tiltak / behandling

God smertebehandling handler som regel om å bruke lokale ressurser, støtte fra andre, tilhørighet og deltakelse i sosiale sammenhenger. Dette fremmer aktivitet og mestring. Pasienter fra andre land kan ha dårlig nettverk, og helt andre tradisjoner for aktiviteter og trening enn det vi har. For mange av disse pasientene er det en fordel om behandler har kompetanse i traumebehandling.

### Bruk av tolk

Det skal brukes tolk der man er usikker på hvorvidt pasienten mestrer vårt språk. Dette er implisitt i pasientrettighetslovens §3-5, der det bl.a. heter: «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.» Familie bør ikke tolke, og barn skal ikke tolke. Det bør sjekkes at pasienten ikke har et personlig forhold til tolken. Pasienten må være trygg på tolken, og ikke frykte at tolk har politiske eller andre motiver for å gå røpe innhold fra samtalen. Telefontolking kan fungere bra i mange situasjoner.

## Ressurser

<http://www.nakmi.no/>

<http://www.nkvts.no/>

# 5. SAMHANDLING MED PRIMÆRHELSETJENESTEN

Det er behov for samhandling mellom fagfolk i primærhelsetjenesten og tverrfaglig smerteklinikk i ulike faser av pasientforløpet. Fastlegen vil som hovedregel være den som henviser, og bør bli involvert i både utredning, behandling og oppfølging. Ofte deltar andre fagfolk i primærhelsetjenesten i behandling og oppfølging av pasienten i samarbeid med smerteklinikken, f.eks hjemmesykepleiere, psykiatriske sykepleiere, fysioterapeuter, manuell terapeuter eller psykologer. Fastlegen bør ha ansvar for å koordinere primærhelsetjenestens fagressurser.

## 5.1 Generelt om samhandling

---

Et hovedprinsipp i samhandling mellom henvisende instans og tverrfaglige smerteklinikker bør være at henviser (oftest fastlege) er involvert under hele forløpet, og at man gjennom dette sikrer at fastlegen beholder sin rolle som koordinator for ivaretagelse av pasientens helsetilstand. Fastlegen har ofte mangeårig relasjon til sine pasienter, og har gjennom dette ikke bare god oversikt over pasientens helse, styrker og svakheter, men også et godt grunnlag for å skape tillit og trygghet som er spesielt viktig i håndteringen av pasienter med kroniske lidelser. Forskning har vist at samhandling mellom primærlege og spesialisthelsetjenesten kan gi bedre behandlingsresultat for pasienter med ulike lidelser<sup>12</sup>. Ved større smertesentre kan det også være hensiktsmessig at pasienten får en fast kontaktperson som også kan følge opp kontakten med fastlegen eller andre.

En god samhandling etter disse prinsipper forutsetter at både primær- og spesialisthelsetjenesten utvikler bedre kunnskap om smerte som fenomen og problem. Det er en stor utfordring å finne det

---

<sup>12</sup> Mitchell GK. Improving coordination of care between specialist and general practice for people with chronic pain. Med J Aust. 2013 Apr 1;198(6):301-2.)

riktige nivået på en tilstrekkelig, men ikke for omfattende utredning og behandling av grunnsykdommen. Hvis dette er gjort forsvarlig, unngår man å overbehandle eller sette i gang behandling som har liten sjanse for å lykkes, men setter inn basal smertebehandling i tide. Henvisning til en tverrfaglig smerteklinikk vil som regel innebære en erkjennelse av at det som er gjort av årsaksbehandling er ferdig.

## 5.2 Samhandling forut for eller som alternativ til henvisning

---

Når fastlegen har en pasient der henvisning til tverrfaglig smerteklinikk vurderes, bør fastlegen ha mulighet for å rådføre seg med smerteklinikken. Gjennom en telefonsamtale kan fastlege og spesialist bli enige om det videre forløp; skal pasienten henvises eller kan fastlegen ved hjelp av veiledning selv håndtere pasienten videre, evt. med oppfølgende veiledningskontakt med spesialist. Det er grunn til å tro at lett tilgang på telefonkonferanse med smerteklinikk kan øke fastlegens mulighet for å håndtere pasienten selv og dermed redusere behovet for henvisninger.

Tverrfaglig, grundig vurdering av henvisningene er grunnlag for korrekt prioritering og seleksjon. Blant henvisninger som mottas av den tverrfaglige smerteklinikken vil det derfor være noen der det ikke er åpenbart at pasienten må vurderes hos spesialist. I slike tilfeller bør den tverrfaglige smerteklinikken ta initiativ til telefonisk kontakt med fastlegen for å diskutere muligheten for at fastlegen gjennom veiledning kan dyktiggjøres til å håndtere den aktuelle problemstillingen uten at pasienten må sendes videre.

En annen mulighet er at henvisende lege får skriftlig tilbakemelding fra lege på smerteklinikken om råd og hvilke tiltak som anbefales gjort med pasienten utenfor spesialisthelsetjenesten. Det gjelder så vel medikamentelle som ikke-medikamentelle behandlingsforslag.

## 5.3 Samhandling om pasienter som tas imot til utredning / behandling

---

Selv om den viktigste informasjonen er gitt i henvisningen vil fastlegen ofte kunne komme med supplerende informasjon som gir personalet ved smerteklinikken bedre kunnskap om pasienten som grunnlag for riktig håndtering. Fastlegen blir gjennom dialog mer involvert i behandlingsopplegget og kan lettere overta oppfølgingen. Dialogen øker også kompetansen hos fastlegen slik at hun/han blir bedre i stand til å håndtere pasienter med liknende problemstillinger uten å henvise til smerteklinikk. Som alternativ til dialog via telefon/andre medier kan det for enkelte pasienter gjennomføres felles konsultasjon med både fastlege og spesialist.

Etter endt utredning og diagnostikk ved smerteavdeling bør videre behandling og oppfølging av smertetilstanden skje i regi av lokal helsetjeneste. Dette forutsetter dialog mellom smerteklinikk og henvisende lege. Henviser bør ha lett tilgang til konferanse/rådgivning med spesialist. Mange pasienter med kronisk smerte har behov for tverrfaglig behandling. Fastlegen som koordinator muliggjør lettere involvering av andre lokale fagfolk, f.eks fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier osv. I

mange tilfeller vil pasienten ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, og utarbeiding av individuell plan og etablering av ansvarsgruppe vil være gode måter å organisere samarbeidet på.

Fastlegen bør ha lett tilgang til å få kontakt med smerteklinikk pr telefon, og smerteklinikken bør kunne ringe fastlegen. Det er en utfordring for begge parter å legge til rette for samhandling som krever samtidighet, evt gjennom fast telefontid eller mulighet for booking av telefonkonferanse. Informasjon om smerteklinikken må være lett tilgjengelig (web-basert).

Fastlegers mulighet til å sende elektroniske henvisninger er under utbygging, mens epikriser kan mottas elektronisk fra de fleste deler av spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for god samhandling er at epikriser sendes så snart som mulig etter utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten, det kan gjerne også sendes løpende tilbakemelding etter hver konsultasjon for å sikre at fastlegen involveres. Elektronisk meldingsutveksling mellom fastlege og sykehus er også under utbygging, men er kommet relativt kort. Slik meldingsutveksling har et stort potensiale for å bedre samhandlingen.

Mer avansert kommunikasjon som f. eks. videokonferanser er et lite anvendt, men utmerket oppfølgingsverktøy ved langvarige smertetilstander. De blir sett på som et viktig virkemiddel for samhandling mellom sykehusene og kommunene og benyttes blant annet ved St Olavs Hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge. Videokonferanser i klinisk bruk inngår i dag i flere rutinetjenester og er egnet for de fleste fagområder både innen somatikk og psykiatri. Videokonferanser kan også benyttes til kompetanseutvikling (undervisning, veiledning og fagnettverk). Nødvendig teknisk utstyr finnes i dag på en rekke sykehus, i helseinstitusjoner og kommuner. NAV har åpnet for at helsesektoren kan benytte deres studioer på NAV-kontor over hele landet.

## 6. KOMPETANSE

### 6.1 Kompetansekrav og personellgrupper

---

En grunnleggende forutsetning for god behandling av langvarige smerter er at hele personalet har tilstrekkelig faglig kompetanse med hensyn til både kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Sammensetningen må være bred nok til å dekke de sammensatte problemstillingene pasienten presenterer.



Fagfeltet smertemedisin er ganske nytt og i stadig endring. For å kunne ta i bruk den nye kunnskapen er det viktig med god basal kunnskap om smertefysiologi, patofysiologi, epidemiologi, psykologi, farmakologi og evne til å tilpasse den til pasientenes symptomatologi og tilgjengelige terapeutiske metoder.

Norsk smerteforening har startet et arbeid for å få oversikt over hvilken undervisning som gis ved universiteter og høyskoler for leger, psykologer, sykepleiere og fysioterapeuter og for å utarbeide felles læringsmål for hver av disse utdanningene. Det kan også være aktuelt å inkludere ergoterapeuter, sosionomer og kiropraktorer i dette arbeidet.

Det er foreløpig ikke utarbeidet nasjonale pensumkrav eller spesialistkompetansekrav i smertemedisin for noen helseprofesjon. Smertemedisin er foreslått som formelt kompetanseområde for leger. Legeforeningen har oppnevnt en arbeidsgruppe (2014) som skal utarbeide kriterier for et slikt kompetanseområde.

Siden smerte behandles på alle nivåer i helsevesenet, kan det differensieres mellom ulike kompetansenivåer. Dette er gjort mest systematisk for leger og sykepleiere, men arbeidsgruppen har ønsket å bruke denne malen for alle yrkesgrupper som gir behandling, pleie og omsorg til smertepasienter. Listen nedenfor kan fungere som en veileder for videreutvikling av personellens kompetanse ved den enkelte klinikken:

Nivå A: Grunnleggende kompetanse som skal formidles under grunnutdannelsen for alle helsearbeidere. Den omfatter smertefysiologi, epidemiologi, symptomer, medikamentell og tverrfaglig behandling basert på den biopsykososiale modellen. Smertemedisin kan egne seg som et fagområde med felles innhold for forskjellige helseutdanninger for det Stortingsmelding 13/2011-12 betegner som «Tverrprofesjonell samarbeidslæring».

Nivå B: Nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, både i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Innholdet i denne kompetansen vil være ulik for de ulike profesjoner og omfatter konkrete ferdigheter i observasjon, evaluering og behandling av pasienter med smerter i ulike situasjoner – både som ledd i akutte og kroniske sykdommer og smerter relatert til diagnostiske og behandlings -intervensjoner.

Nivå C: Nødvendig kompetanse for de som arbeider på tverrfaglige smerteklinikker og smertesentre der man forventer mer utdypende kunnskaper i diagnostikk og behandling av sammensatte smertetilstander. Videre forventes kompetanse i undervisning, fagutvikling og forskning med stor vekt på tverrfaglige metode. Denne kompetanseoverføringen skjer i dag for legene ved utdanningen «Nordic Education in Advanced Pain Medicine». Både ved NTNU og Høyskolen i Buskerud arbeides det, når denne veilederen skrives, med å tilpasse smertemedisin som fag. I 2014 tas de første studentene opp i masterprogram.

# 7. SAMARBEID MED ANDRE ENHETER I SYKEHUSET

## 7.1 Samarbeid med andre enheter i sykehuset

---

De enhetene som særlig er aktuelle for samorganisering, er team for behandling av akutt smerte og palliativt team. Samarbeid med neurologisk, fysikalsk medisinsk reumatologisk avdeling og andre avdelinger/spesialiteter er viktig, men det vil her være snakk om samarbeid og ikke felles organisering.

### 7.1.1 Palliativt team

#### Organisering

Pr i dag er det valgt ulike løsninger for organisering av palliative sentra/team/enheter ved landets sykehus, og det er også ulike forbindelser til smerteklinikker. Det er nødvendig med et godt samarbeid mellom smerteklinikk og palliativt senter/palliativt team. Ved noen helseforetak kan det være hensiktsmessig at disse funksjonene samordnes.

Det er både faglige, personalmessige og driftsmessige fordeler ved et samarbeid eller samordning:

- Fordi man anvender mange overlappende prinsipper i palliativ behandling, akutt smertebehandling og behandling av langvarige smertetilstander, gir samordning av ressursene mulighet til å etablere større faglige miljøer.
- Ved å samordne ressursene knyttet til akutt og langvarig smerte og palliativ behandling, har man mulighet til større fleksibilitet mht. vikariering på tvers av områdene, ferieavvikling osv.
- Å jobbe med pasienter med store plager, kan være en stor belastning for personalet. Samordning av de ulike funksjonene gir større mulighet for variasjon av arbeidsoppgaver, og kan være med på å forebygge utbrenthet.

I Helsedirektoratets handlingsprogram for palliasjon<sup>13</sup> beskrives palliasjon som «aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid». Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

---

<sup>13</sup> Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. IS-2101. Helsedirektoratet 2013.

Fra sentralt hold er det foreslått at det skal være regionale palliative enheter med både kliniske og FOU-oppgaver i hver helseregion. Ved sykehusene bør det være et tverrfaglig team med ambulant funksjon til hjemmebesøk og konsulentfunksjon i forhold til sykehusets avdelinger, samt evt. *palliativ enhet* der pasienten kan være inneliggende for palliativ behandling. Et palliativt team skal være tverrfaglig, og det forutsettes minst tre faggrupper (hvorav inngår lege med palliasjon som hovedaktivitet og sykepleier)<sup>14</sup>.

### Palliasjon og smertebehandling

Smertebehandling inngår som ett viktig område innenfor palliasjon, men palliative tiltak favner videre. Kreftpasienter er den største målgruppen, men også pasienter med andre lidelser (KOLS, MS, ALS osv) kan ha behov for palliative tiltak.

Det er overlapping med hensyn til behandling av smerter hos pasienter med langvarige smertetilstander og hos pasienter med palliative problemstillinger. Det er mye felles med tanke på kunnskaper og ferdigheter om vurdering av smerte, medikamentelle tiltak, og ikke-medikamentelle tiltak. Samtidig er det forskjeller på de samme områdene. Mens man for palliativ behandling har som mål å gi best mulig livskvalitet på kort sikt, må man ved langvarige smerter ta større hensyn til eventuelle langsiktige negative effekter av behandlingen. Klarest ser man dette ved bruk av opioider - der man i palliativ sammenheng har lav terskel for bruk av nødvendige doser for å lindre smerter. Hos pasienter med langvarige smerter vil man i langt større grad vurdere mulige negative konsekvenser, spesielt i forhold til fare for utvikling av avhengighetssyndrom eller problematisk bruk av opioider<sup>15</sup>.

Det forventes at tverrfaglige smerteklinikker skal kunne bidra ved palliativ behandling. I Helsedirektoratets handlingsprogram for smertetilstander ved kreft heter det om smerteklinikker at «Alle enhetene skal ta seg av alle typer vanskelige smertetilstander, herunder kreft smerter hos inneliggende og polikliniske pasienter. Smerteklinikkene er konsulentenheter for å vurdere problematiske smertetilstander, og enhetene skal inneha spesiell kompetanse i behandling av komplekse kreft smerter og beherske de vanligste invasive og nevrolytiske behandlingsmetoder». Smerteklinikken tillegges med andre ord ansvar for å bidra til smertebehandling av både palliative og akutte pasienter.

#### 7.1.2 Smerteteam for behandling av akutt smerte

Mange sykehus har etablert akutt smerte-team som har ansvaret for behandling av smertetilstander som er vanskelig å behandle hos inneliggende pasienter. Slike team består gjerne av spesialsykepleiere og anestesileger, og er vanligvis organisert som en del av en anesthesiavdeling.

---

<sup>14</sup> Helsedirektoratet 2013. Innsatsstyrt finansiering, IS-2041.

<sup>15</sup> Helsedirektoratet 2013. Bruk av opioider i behandling av langvarige ikke-kreftrelaterte smerter. IS-2077.

Vanskelig akutt smerte forekommer både ved akutte medisinske tilstander og ved skader og operasjoner og annen medisinsk behandling. Det er viktig med god kontakt mellom akuttsmerte-team og tverrfaglige smerteklinikker.

- Pasienter med langvarige smerter kan kreve spesialkompetanse fra en tverrfaglig smerteklinikk i forbindelse med akutt forverring av smertetilstanden eller annen akutt sykdom. Dette gjelder spesielt pasienter som allerede får avansert smertebehandling eller allerede bruker høye doser smertelindrende medikamenter, spesielt opioider.
- Akuttsmerte-teamene samarbeider tett med anesthesiavdelingene og kan derfor vanligvis tilby et reelt døgntilbud til de inneliggende pasientene som har behov for dette.
- Akuttsmerte-teamene behersker medikamenter og blokade-teknikker som kan være nødvendig også som ledd i tverrfaglig behandling.
- Smertespesialister som behandler akutt smerte vil ofte kunne identifisere tilstander som skal følges opp for å hindre eller modifisere langvarig smerte.
- Akuttsmerte-team kan i mange tilfeller ha stor nytte av den tverrfaglige smerteklinikkens øvrige fagpersoner som psykolog og spesialfysioterapeut.
- Akuttsmerte-teamet kan identifisere pasienter med behov for tett oppfølging ved den tverrfaglige smerteklinikken
- Lokale forhold vil avgjøre hvordan samarbeidet mellom akutt-smerte-teamet og den tverrfaglige smerteklinikken skal organiseres. For noen enheter vil de være naturlig med personale som arbeider begge steder.

<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35259>

<http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/books-and-publications>

## 7.2 Andre aktuelle avdelinger

---

Tverrfaglige smerteklinikker og smertesentre bør ta initiativ til fast samarbeide med andre avdelinger i sykehuset som utreder og behandler pasienter med langvarige smerter for på best mulig måte å ivareta kompetanseutvikling hos personalet og organisere gode pasientløp for pasientene. Dette gjelder i særlig grad kirurgiske avdelinger, avdelingene fysikalsk medisin og rehabilitering, revmatologi og nevrologi.

Ansvar for de ulike pasientgrupper vil avhenge av sykehusets totale kompetanse.

Smertepoliklinikkene skal, etter skriftlig henvisning, i hovedsak ta seg av sammensatte tilstander der behandling for eventuelle organspesifikke tilstander ikke har gitt forventet resultat.

Dog er det erfaringsmessig slik at en del pasienter med langvarige smerter får gjentatte akutte forverringer som fører til øyeblikkelig hjelp innleggelser ved organspesifikke avdelinger. Det er hensiktsmessig at det i slike tilfelle er et godt samarbeid mellom sykehusets ulike fagpersoner slik at pasienten ikke utsettes for ulike forklaringer og behandlingsregimer.

Det kan i enkelte tilfelle være hensiktsmessig at det utarbeides en omforent og ganske detaljert behandlingsprosedyre for pasienter med gjentatte innleggelser for samme smertetilstand. Det vil kunne skape trygghet for både pasient og behandler i den akutte behandlingssituasjon.

Det bør utarbeides faste henvisningsrutiner både for inneliggende og polikliniske pasienter og fastlege skal alltid involveres ved langvarige smertetilstander. Det fremgår av veileder for prioritering at pasienter med et sammensatt rus og smerteproblem har rett til kort ventetid i smertepoliklinikken hvis de har tilbud om behandling for sitt rusproblem. Man erfarer også at noen smertepasienter blir henvist med eller utvikler et overforbruksproblem i løpet av utredningen. Det er derfor nødvendig at smerteklinikkene etablerer et fast samarbeid med avdelinger/institusjoner som håndterer pasienter med rus/misbruks tilstander.

## 8. LOKALISERING AV SPESIALISTHELSETJENESTE FOR PASIENTER MED LANGVARIG SMERTE

### 8.1 Hvorfor tverrfaglig smerteklinikk i hvert helseforetak

---

Når denne veilederen skrives, mangler de aller fleste lokale helseforetakene godt fungerende tilbud til pasienter med langvarige smerter. Det kan reises spørsmål om flere helseforetak i slike tilfeller bør slå seg sammen for i fellesskap å bygge ut *en* stor tverrfaglig smerteklinikk. Dette blir, som for mange andre tilstander, en avveining mellom spisskompetanse og avstand.

Enkelte pasienter som har måttet reise i flere timer for å bli utredet og behandlet for sine sterke smerter, forteller at den lange reisen bidrar til å forverre deres plager. Dessuten vil nedslagsområder som omfatter flere helseforetak vanskeliggjøre nære samarbeidsrelasjoner mellom tverrfaglig smerteklinikk og fastleger og annet personell i kommunehelsetjenesten. Det er derfor anbefalt at

iallfall hvert enkelt av de atten helseforetakene bør ha tverrfaglige smerteklinikker. Dette vil på best måte gi alle pasienter med invalidiserende langvarige smerter i Norge lik rett til spesialisthelsehjelp.

## 8.2 En stor smerteklinikk eller flere små enheter

---

I enkelte lokale helseforetak har det vært avtalespesialister eller enkelte andre utøvere som har etablert monodisiplinære smerteenheter. Alle velfungerende, tverrfaglige smerteklinikker, inklusive det fremste multidisiplinære smertesenteret i Seattle (se over) har begynt sin virksomhet på denne måten. Innenfor enkelte organspesifikke spesialiteter, for eksempel øye-, øre-nese-hals- og gynekologi, kan det være nyttig å ha små klinikker og avtalespesialister som benytter få utredningsteknikker og behandlingsmodaliteter.

Når det gjelder spesialitetstilbudet innen smertemedisin, vil de aller fleste pasientene med langvarige smerter ha behov for en multidisiplinær tilnærming. Til og med for pasienter med spesifikke smertetilstander, som for eksempel etter alvorlige skader, må spesialistene forholde seg til at det er multifaktorielle mekanismer som ligger til grunn for den vedvarende tilstanden, og benytte en biopsykososial behandlingsmodell.

Innen dette fagområdet har små spesialistenheter tradisjonelt oftest bestått av anestesilege og sykepleier som har gitt injeksjonsbehandling og behandling med analgetika og nevrofarmaka. Slike enheter fyller ikke kravene til en tverrfaglig tilnærming til smertebehandling. Det må anses som bedre å samle ressurser i færre og bredere smerteenheter, som har tilgang til et større spekter av utredningsmetoder og behandlingsmodaliteter. Dessuten er det foreløpig stor mangel på kompetente fagfolk innen alle disipliner innen smertefagområdet. Selv i de mest folkerike sykehusområdene bør man derfor fortrinnsvis samle kompetente fagfolk og ressurser i *en* stor tverrfaglig smerteklinikk framfor i flere små enheter.

# 9. ORGANISERING OG FINANSIERING AV OFFENTLIGE SMERTEKLINIKKER

Behandling av akutt smerte, langvarig smerte og palliativ smertebehandling har store felle strekk, og bør ses samlet i en organisatorisk enhet, enten ved samorganisering eller ved et nært samarbeid.

## 9.1 Administrativ tilknytning

---

Administrativt er de fleste smerteenheter og tverrfaglige smerteklinikkene i Norge underlagt anestesivdelinger fordi behandling alvorlige smertetilstander historisk sett har hatt utgangspunkt i anesthesiologi-faget. Dette er imidlertid bare én av mange mulige løsninger. Historiske og kulturelle forhold ved det enkelte sykehus kan innebære at det er mer gunstig å finne andre moderavdelinger, for eksempel avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

## 9.2 Måloppnåelse og finansiering

---

Tverrfaglige smerteklinikker finansieres på samme måte som somatisk spesialisthelsetjeneste for øvrig, dvs. gjennom en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering. DRG-systemet er ikke ment som et insentivsystem, og inntektene gjennom ISF-ordningen er ikke øremerket til enkelte pasientgrupper og er ikke ment å styre foretakets prioriteringer. Den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) tar utgangspunkt i at pasientbehandlingen innebærer deltagelse fra flere personellgrupper.

Tverrfaglige utredninger som involverer tre eller flere fagpersoner, er ressurskrevende og kostbare. Dette er delvis tatt høyde for i ISF-ordningen ved at det er etablert en særskilt DRG 9970 for «tverrfaglig utredning». Ved gjentatte tverrfaglige konsultasjoner/behandlinger benyttes andre DRG-er.

For året 2012 er det registrert 5000 nye pasientutredninger ved de offentlige smerteklinikkene. Det er i alt gjennomført 35000 konsultasjoner/behandlinger. ISF-ordningen tar utgangspunkt i registrering av enkeltkontakter i poliklinikkene og beregning av inntekter basert på disse. Modellen understøtter ikke aktiviteten i tverrfaglige smerteklinikker, der det i større grad fokuseres på pasientforløp. Helsedirektoratets arbeidsgruppe for smerteklinikkene anbefaler at finansiering av

disse i større grad bør utgjøres av basisbevilgning. Det anbefales videre at det tas hensyn til utfordringene ved finansiering av smerteklinikker i videreutvikling av ISF-ordningen.

Aktivitetmålet for smerteklinikkene bør dreies bort fra å registrere antall pasientkontakter og over mot å registrere antall pasienter som blir tverrfaglig utredet, prøvebehandlet og overført tilbake til fastlegen på en god måte i samhandling med kommunehelsetjenesten.



# 10. OVERSIKT OVER SMERTEKLINIKKER - 2013

Smerteklinikk	Type personell	Henv behand let i 2012	Henv beh tverrfaglig	Total antall kons 2012	Økt tverrfagligh et- Hva skal til?	Ventetid September 2014
<b>Helse Sørøst</b>						
Smerteseksjonen Sykehuset Østfold	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege	339	Ingen	1849	Utlyst 25% psykolog/ps ykiater ingen respons. Lokaliteter?	36 uker
Smerteklinikken Ahus universitetssykehus	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykolog	468	49	3542	Økonomi, økte hjemler, "egne leger", lokaler	24 uker
Smertesenter, OUS	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, fysikalskmed, gynekolog psykolog, sosionom	1057	Ca 60%	10300	Flere legespesialit eter og flere psykologer	24 uker
Smerteklinikken Sykehuset Buskerud	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykiater	342	35	1892	Økte ressurser sykepleier og lege	32 uker
Smertepoliklinikken SIV	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykolog	520	Veldig få	4371	Lokaliteter, redusert pasientstrø m,	24 uker

					tidsfaktor	
Avd for smertebeh Sykehuset Telemark	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykolog	271	Veldig få	923	Lokaliteter, økt psykologres surs	12 uker
Smertepoliklinikken Sykehuset Sørlandet	Fysioterapeut, anestesilege	Ingen drift i 2012			Har midler til psykolog og fysmed	32 uker
Sykehuset Innlandet	Oppstart oktober 2014					

<b>Helse Vest</b>						
Smertepoliklinikken Helse Stavanger	Sykepleier, anestesilege	220	ingen	1671	Ledig psykologstill ing, lokaliteter, bedre samarbeid m/fysio.	36 uker
Smertepoliklinikken Helse Bergen	Fysioterapeut, anestesilege, (onkolog,) psykolog, sosionom	318	120	1663	Økte ressurser	16 uker
Smertepoliklinikken Helse Førde	Sykepleier, fysioterapeut, reumatolog, psykolog	112	Ca 100	228		6 uker
Smertepoliklinikken Odda Sjukehus	Sykepleier, lege, psykolog , fysioterapeut	Ingen drift i 2012			Økte ressurser i forhold til henv mengde	
<b>Helse Midt N</b>						
Smerteklinikken St Olavs hospital	Sykepleiere, fysioterapeuter, forskjellige leger, psykologer, sosionom	460	Med få unntak alle	5891	Som tverrfaglig smertesent er mer midler til fagutvikling	20 uker
Smerteklinikk Sykehuset Levanger	Lege (fys.med&rehab)	60	Ingen	140	Ønsker sykepleier	

IKKE I DRIFT	fysioterapeut, sosionom				og psykolog	
Smertepoliklinikken Ålesund Sjukehus	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege	250	Ingen	1863	Ingen psykolog/ps ykiater Lokaliteter, ressurser	16 uker

<b>Helse Nord</b>						
Smerteenheten Nordlandssykehuset Bodø	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykolog	366	192	948	Ressurser , færre tverrfaglige for å holde ventetid nede	20 uker
Smerteklinikken UNN	Sykepleier, fysioterapeut, anestesilege, psykolog	222	Alle som trenger det	1246		16 uker

**Type personell –**

Her er det vist det faglige mangfoldet på hver enhet.  
Det sier ingenting om ressurser/stillingshjemler.

**Henvisninger behandlet-**

Det er alle de nye pasientene hver enhet har tatt inn i 2012. Det sier ingenting om pågang av henvisninger da vi ikke har spurt om hvor mange som blir avvist eller håndtert uten at pasienten kommer til konsultasjon.

**Henv behandlet tverrfaglig -**

Her har vi forutsatt at det skal være psykolog/psykiater i teamet for å kunne være tverrfaglige. Ellers har det vært et krav om samtidig tilstedeværelse av minst 3 behandlere.

**Totalt antall konsultasjoner-**

Her er det oppgitt totalt antall pasientbesøk på enheten uansett hvilket formål (nyhenvist/kontroll/ulike behandlinger)

**Ventetid-**

Oversikt over ventetid er innhentet fra Fritt sykehusvalg september 2014.



**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo  
**Telefon:** +47 810 20 050  
**Faks:** +47 24 16 30 01  
**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)