

Indstilling af kroniske non-maligne smerter som emne til lærings- og kvalitetsteams (LKT)

1.	Sygdoms- eller indsatsområde hvor der indstilles lærings- og kvalitetsteam Patienter med kroniske non-maligne smerter
2.	Hvem indstiller Dansk Psykolog Forenings udvalg for Sundhedspsykologi indstiller i samarbejde med: <ul style="list-style-type: none">- Danske Fysioterapeuters selskab for Smerte og Fysioterapi (SMOF)- Dansk SmerteForum (videnskabeligt selskab, med i LVS – lægevidenskabelige selskaber)- Foreningen af Kroniske Smertepatienter (FAKS)- Gigtforeningen- Sundhedspsykologisk selskab- Danske Fysioterapeuter- Dansk Psykolog Forening
3.	Titel, navn og arbejdssted for kontaktperson Mads Nørgaard-Madsen, Konsulent hos Dansk Psykolog Forening <u>Mnm@dp.dk</u> Tlf. 35259751
4.	Begrundelse for indstilling af LKT <ul style="list-style-type: none">• Kan der dokumenteres utilfredsstillende behandlingskvalitet på området <i>Overordnet problemstilling vedr. afvigelse fra best practise</i> Det danske behandlingstilbud til kroniske non-maligne smertepatienter afviger fra best practise, som beskrevet i de Nationale Kliniske Retningslinjer for generaliserede smerter i bevægeapparatet (NKR ¹) [1]. Følgende indstilling dokumenterer, at en stor andel af patienterne finder udredning såvel som behandling utilstrækkelig og

¹ NKR anvendes og forstås her som dækkende for kroniske smerter generelt (specifikke og generaliserede smerter mindst 3-6 måneders varighed)

utilfredsstillende. Utilfredsheden dokumenteres af en række vilkår, der ikke er i overensstemmelse med best practice for behandling og udredning af kroniske smertepatienter. Det ses især i det uhensigtsmæssigt høje forbrug af opioider, lang ventetid og meget lang udredningstid før den korrekte behandling bliver igangsat. Ydermere er der store geografiske variationer i behandlingskvalitet og behandlingstilbud i såvel den primære som den sekundære sektor, hvor den store variation i kvaliteten bl.a. skyldes varierende vidensniveau i primærsektoren.

En forudsætning i behandlingen af mennesker med kroniske non-maligne smerter er, at smerten kun sjældent kan behandles væk, hvorfor monofaglig medicinsk behandling med opioider sjældent medfører signifikant forbedring af patienternes smerte- og funktionsniveau. Derimod kan patienterne lære at reducere begrænsninger i arbejds- og privatlivet, så de i mange tilfælde kan leve et velfungerende liv med høj livskvalitet. Målet med smertebehandling til patienter med kroniske smerter er, at patienterne opnår autonomi i forhold til håndtering af deres smerter, sådan at de ofte ikke har behov for at opsøge sundhedsvæsenet. Det vil sige, at smertepatienter kan betragtes som ”færdigbehandlede”, når de oplever autonomi. For at opnå dette mål er det en forudsætning, at såvel udredning som behandling er centreret omkring patientens oplevede begrænsninger, muligheder og behov, der tager udgangspunkt i en tværfaglig bio-psyko-social tilgang, som beskrevet i NKR.

Utilfredshed med udrednings- og behandlingskvalitet

Gentagne undersøgelser viser, at en stor andel af mennesker med kroniske smerter oplever, at behandlingskvaliteten i Danmark er utilfredsstillende, hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at patienter går med smerter i mange år, før de får den relevante behandling.

I en dansk befolkningsundersøgelse af mennesker med kroniske smerter rapporterede over en tredjedel af menneskerne med kroniske smerter, at de var utilfredse med undersøgelses- og behandlingstilbud [2].

På lignende vis finder et andet dansk epidemiologisk studie, at fire ud af ti mennesker med kroniske smerter ikke følte sig tilstrækkeligt behandlet for deres kroniske smertetilstand [3].

I FAKS uddyber de, at smertepatienter oplever vilkårlig og utilstrækkelig udredning og behandling i Danmark. Et afgørende problem er, at kroniske smertepatienter ikke kan få adgang til tværfaglige smertecentre, før de er færdig udredt, hvilket er en proces, der kan vare mange år pga. manglende kompetencer i almen praksis. I nedenstående dokumenteres FAKS' udmelding bl.a. ved, at patienter har levet i 8-12

år med kroniske smerter, før de oplever at have fået relevant behandling. Gigtforeningen oplever samme problematik omkring den meget lange ventetid, før patienten får en henvisning til smertecentre - en proces der ofte fører til at situationen yderligere kompliceres.

Dokumentation af kvalitetsbrist ift. behandling med opioider

Flere undersøgelser viser, at danskernes opioidforbrug er væsentligt højere end de andre nordiske landes. Hovedårsagen er, at der vurderes at være et uhensigtsmæssigt højt opioidforbrug blandt kroniske non-maligne smertepatienter. Mere end 80 % af det samlede forbrug af opioider solgt på recept i Danmark er ordineret til patienter i lange kroniske non-maligne behandlingsforløb. Patienter i gang med et kronisk non-malignt behandlingsforløb med opioider udgør ca. 168.000 personer. [4]

Senest har Sundhedsstyrelsen i 2016 kortlagt forbruget af opioider i norden og fundet frem til, at der i Danmark anvendes ca. 50 % flere stærke opioider pr 1.000 indbyggere i forhold til det nordiske gennemsnit.

Tabel 4.1

Stærke Opioider i de nordiske lande 2014 - DDD/1.000 indb./dag					
Danmark	Sverige	Norge	Island	Finland	Nordiske lande – Benchmark
8,2	5,5	5,6	4,9	3,9	5,6
146%	99%	99%	87%	69%	100%

[4]

Samme tendens ses ved svage opioider. Her anvender Danmark ca. 60 % flere svage opioider (korrigeret for styrke) pr 1.000 indbyggere i forhold til det nordiske gennemsnit.

Tabel 4.2

Svage Opioider i de nordiske lande 2014 – Svage opioider ”morfin-ækvivalenter”/1.000 indb./dag					
Danmark	Sverige	Norge	Island	Finland	Nordiske lande – Benchmark
6,7	3,6	3,4	4,5	2,7	4,2
160%	85%	82%	108%	64%	100%

[4]

Samlet konkluderer Sundhedsstyrelsen, at det danske opioidforbrug er uhensigtsmæssigt højt, da hovedparten af forbruget anvendes til langvarige non-maligne smertebehandlingsforløb, hvor der kan opstå alvorlige bivirkninger og ligefrem kon-

traindikation, i form af afhængighed og forværring af smerter. Det konkluderes ligeledes at årsagerne til, at de andre lande har lavere forbrug, bl.a. skyldes nationale faglige retningslinjer for smertebehandling, både farmakologisk og non-farmakologisk (Norge) og særlige forholdsregler ved ordinerer af opioider, (Norge og Sverige) [4].

I et dansk studie fra 2014 vises, at der er en signifikant sammenhæng mellem brug af lovligt ordinerede opioider blandt mennesker med kroniske non-maligne smerter og øget risiko for for tidlig død². Forfatterne kommenterer, at opioidforbruget kan bidrage til det øgede brug af sundhedsvæsenet, som der ses blandt mennesker med kroniske non-maligne smerter [5].

I et epidemiologisk studie af kroniske smerter i Danmark konkluderes det, at behandling med opioider af kroniske non-maligne smerter ikke lever op til målene med behandling med opioider, da der ikke ses effekter i form af smertelindring, forbedret livskvalitet og forbedret funktionsevne [6].

Internationale anbefalinger fraråder behandling med opioider til patienter med kroniske smertetilstande uden radiologiske patologiske forandringer, fibromyalgi og bækkenløsning, da behandling med opioider til disse smertetyper menes at øge risiko for forværring af smertetilstanden [7]. På lignende vis beskrives det i de nationale kliniske retningslinjer for generaliserede smerter, at det er god praksis *ikke* at behandle med stærke opioider [1].

En vigtig pointe er, at der her ikke argumenteres for en fuldstændig udfasning af opioider, som er bredt anerkendt, som en mulig del af behandlingen af kroniske smerter. Men problemet er, at der ses en klar kvalitetsbrist i behandlingen af kroniske smertepatienter, når en stor andel af patienterne modtager en behandling, der er frarådet internationalt og i de nationale kliniske retningslinjer. Det samlede høje opioidforbrug er altså et symptom på at en væsentlig andel af patienterne ikke får den anbefalede udredning og behandling rettidigt.

² Hvordan årsagssammenhængen imellem øget risiko for for tidlig død og opioidforbrug er, er ikke fastlagt.

- **Er der (dokumenterbar) uønsket variation i behandlingskvaliteten og/eller forløbet?**

Der er dokumenterbar variation af behandlingskvaliteten af kroniske smerter i forhold til regional kapacitet, ventetider, udredningsforløb og ordination af opioider. Derudover er der variation i vidensniveau i primærsektoren, og patienter rapporterer oplevelser af vilkårlighed i behandlingsforløb- og tilbud.

Variation i regional kapacitet

Regionalt er der variation i tilgængelige behandlingstilbud og typen af behandling.

Tilgængeligheden af behandlingstilbud dokumenteres for det første ved at antallet af besøg pr 1.000 borgere er over halvanden gange så højt i Region Syddanmark sammenlignet med Region Hovedstaden (jf. tabel 4.3) og for det andet ved at over 2/3 af de besøg borgere fra Region Midtjylland i 2015 foretog, foregik i Region Syddanmark (jf. tabel 4.4)³.

I Region Midtjylland ses i øvrigt en væsentligt højere viderehenvielse til private smerteklinikker, hvilket giver uhensigtsmæssig geografisk variation i let og lige adgang til smertecentrene, eftersom der ikke er samme mulighed for befordring (transport), som ved behandling på offentlige hospitaler, selvom patienten benytter udvidet frit sygehusvalg [8].

Generelt ses en høj grad af viderehenvielse til private klinikker i Danmark (30 % af alle besøg er på private klinikker), som følge af et stort pres på offentlige tværfaglige smertecentre, hvilket giver variation i adgang til behandling for en ofte økonomisk og fysisk begrænset patientgruppe.

Den markante regionale variation i aktiviteten i forhold til populationen ses i tabel 4.3, hvor borgerne i Region Syddanmark har ca. 30 % mere aktivitet end landsgennemsnittet og har mere end 60 % mere aktivitet end borgere i Region Hovedstaden. Denne store forskel i aktiviteten indikerer, at der er betydelig variation i kapaciteten i forhold til levering af tværfaglige behandlingstilbud de forskellige regioner imellem.

³ Fra oktober 2015 er der blevet oprettet et tværfagligt smertecenter på Regionshospitalet Silkeborg og i august 2015 udvidede Aarhus Universitetshospital deres smertebehandling. Der er altså kommet flere offentlige tilbud i regionen, men som det dokumenteres senere i afsnittet er der pt. 71 ugers ventetid på Regionshospitalet Silkeborg og ingen tilgængelig information om ventetiden på Aarhus Universitetshospital.

Tabel 4.3*

Fordeling af aktivitet med diagnosen DR522E - Komplekse langvarige eller kroniske ikke-maligne smerter?				
Patienters regionale bopæls-adresse	Antal besøg	Population	Besøg pr. 1.000 indbyggere	Regional Benchmark
Region Hovedstaden	23.201	1.806.249	12,8	78,7%
Region Midtjylland	20.466	1.302.897	15,7	96,3%
Region Nordjylland	8.685	587.421	14,8	90,6%
Region Sjælland	15.960	831.789	19,2	117,6%
Region Syddanmark	25.412	1.217.170	20,9	128,0%
I alt	93.724	5.745.526	16,3	100,0%

* Der skal tages forbehold for variation i anvendelse af diagnosekoder (Data fra LPR)

Besøg pr borger i Region Midtjylland ligner landsgennemsnittet, men kun en meget lille andel af besøgene sker på de offentlige sygehuse i Region Midtjylland. Tabel 4.4 viser at kun 1 % af aktiviteten for borgere i Region Midtjylland i 2015 foregik på de offentlige sygehuse i regionen. 29 % aktiviteten foregik på private sygehuse. Derudover foregår over 2/3 af aktiviteten i andre regioner, hvilket betyder at patienterne har væsentligt større geografiske afstande til at modtage den tilstrækkelige behandling.

Tabel 4.4

Hvor behandles patienter med bopæl i Region Midtjylland, med diagnosen DR522E - Komplekse langvarige eller kroniske ikke-maligne smerter? (i antal besøg)		
	2015	%
Region Midtjylland	200	1 %
Region Hovedstaden	19	0 %
Region Nordjylland	251	1 %
Region Sjælland	0	0 %
Region Syddanmark	14.006	68 %
Private sygehuse	5.990	29 %
Total antal besøg	20.466	100%

(Data fra LPR)

Der er derudover også forskel i typen af behandlingstilbud de offentlige tværfaglige smertecentre imellem, hvilket skyldes, at der er forskelle i sammensætningen af det tværfaglige personale. Ifølge overlæge ved Tværfagligt Smertecenter OUH, Gitte Handberg, er der ikke en helt ensartet personalesammensætning i Smertecentrene; der er i alle de offentlige smertecentre læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere, men der er ikke en ensartet vægning af faggrupperne og derfor ikke ens tilbud til patienterne.

Dertil er der variation i behandlingstilbud mellem de offentlige tværfaglige smertecentre og monofaglige smerteklinikker. Ifølge specialist i sundhedspsykologi, Peter la Cour, ses monofaglige smerteklinikker især i det private, hvor de sædvanligvis er drevet af lægefaglig ekspertise alene og ikke også har tilknyttet fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere som i de tværfaglige smertecentre, hvor læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere skal være til stede for at kvalificere betegnelsen ”tværfaglig” [9].

Ventetider og lang udredningsproces

Der ses stor geografisk variation i ventetider til første undersøgelse/ambulante besøg på de offentlige tværfaglige smertecentre tilknyttet hospitalerne.

Sundhedsdatastyrelsen monitorerer ventetiderne på de forskellige behandlingsområder og selvom siden ikke er fyldestgørende, er det bemærkelsesværdigt, at det offentlige tværfaglige smertebehandlingstilbud i Region Midtjylland har en ventetid på 71 uger (opdateret 25. januar 2017).

Tabel 4.5

Ventetid: nonmalign tværfaglig smertebehandling	
Region	Ventetid første undersøgelse/ambulant behandling
Region Hovedstaden	N/A
Region Midtjylland	71 uger
Region Nordjylland	14 uger
Region Syddanmark	27 - 32 uger
Region Sjælland	7-10 uger

(Data fra esundhed – venteinfo)

Som det fremgår af tabel 4.5, er der ingen offentlig data om ventetider i Region Hovedstaden. Fra eksperter tilknyttet Rigshospitalets tværfaglige smertecenter lyder det, at de har store udfordringer med lange ventetider. I 2012 var ventetiden 2 år og 4 måneder på Rigshospitalet [10].

Variation i ventetider og lange udredningsprocesser er yderligere faktorer, der bevirker en utilstrækkelig og ulige geografisk variation i behandling af kroniske smerter. I de lange vente- og udredningstider forværres og kronificeres tilstanden hos patienter med kroniske smerter (yderligere). Der er forhøjet risiko for at udvikle komorbide psykiske lidelser, når patienter ikke bliver mødt med en tværfaglig udredning og behandling tidligt i forløbet. Ventelisterne vidner samtidig om, at der er behov for en styrket tidlig håndtering af patienter med kroniske smerter i primærsektoren, som det også konkluderes i et nyt studie [11]. Manglende tidlig håndtering i primærsektoren bidrager til de lange ventetider til specialiseret behandling.

I et nyt studie over de patienter der er ny-indskrevet ved Rigshospitalets Tværfaglige Smerteklinik i 2014, opgøres det, at patientgruppen i gennemsnit har levet 12,4 år med smerter [12]. Det afspejler den lange udrednings- og ventetid før behandling må iværksættes på tværfaglige smertecentre.

På Europæisk plan er der lavet en stor undersøgelse af udbredelsen af kroniske smerter og behandlingen af samme, hvor det konkluderes, at der er dokumentation for, at kroniske smerter udgør et stort sundhedsproblem i alle europæiske lande og at der er behov for at forbedre behandlingen af denne patientgruppe [13]. Af denne undersøgelse fremgår det for Danmark, at kun 14 % af adspurgte mennesker med kroniske smerter har været tilset af en specialist i smertebehandling til trods for at de adspurgte i gennemsnit har haft kroniske smerter i 8,3 år.

Til sammenligning har man i den norske sundhedsstyrelse vedtaget nationale retningslinjer for, at der maksimalt må gå 1-6 måneder før behandlingsstart i tværfaglige smertecentre afhængigt af alvorligheden af de kroniske smerter, hvor også en hurtig udredning er prioriteret [14]. Begrundelsen er, at tværfaglig behandling vil være effektiv og omkostningseffektiv.

Lange udrednings- og ventetider vidner således om, at der er grundlag for forbedring og forandringer af tilgangen til behandling af patienter med kroniske smerter.

Variation i ordination af opioider

Der er allerede dokumenteret et u hensigtsmæssigt højt forbrug opioider i Danmark blandt kroniske non-maligne smertepatienter. Praksis omkring udskrivning og brug af opioider til patientgruppen varierer imidlertid også regionerne imellem, når der ses på forbruget i både almen praksis og på sygehusene.

Andelen af den danske befolkning som er i gang med lange kroniske non-maligne behandlingsforløb på opioider stiger med alderen og samtidig anvender kvinder i

højere grad opioider end mænd (og en større andel har kroniske smerter) [15]. Korrigeres der for køn og aldersdemografiske forskelle i regionerne er der dog stadig betydelige regionale forskelle i andelen af befolkningen i de enkelte regioner, som er i gang med et langt behandlingsforløb med opioider⁴. I tabel 4.6 indikerer farven rød, at regionen ligger over landsgennemsnittet og blå under. Bemærkelsesværdig er især Region Sjælland, som ligger markant højere end landsgennemsnittet i samtlige aldersgrupper og på køn. I Region Hovedstaden er andelen af voksne brugere imellem 20-64 år markant lavere end resten af landet.

Tabel 4.6

Benchmarking af andel af personer i de enkelte regioner, som bruger opioider i lange forløb [4]							
Alder	Køn	Region H	Region M	Region N	Region Sjæl	Region Syd	Landsgns pr. 100 indbyggere
20-39	K	50%	99%	116%	124%	111%	1,37
	m	50%	105%	117%	117%	111%	1,01
40-64	K	78%	98%	114%	110%	100%	4,60
	m	80%	96%	114%	108%	101%	3,26
65-79	K	97%	100%	98%	107%	98%	8,25
	m	95%	101%	98%	107%	100%	4,82
+80	k	103%	98%	94%	108%	97%	16,66
	m	105%	95%	94%	109%	97%	8,19

Der er således dokumenterbar geografisk variation i ordinationen af opioider, hvilket indikerer at der er en uhensigtsmæssig forskel i behandlingstilbuddet, afhængigt af bopæl.

Variation i primærsektoren

I FAKS rapporteres der store forskelle i vidensniveauet om kroniske smerter hos almen praksis. FAKS er i tæt berøring med smertepatienters oplevelser af behandling i primærsektoren, hvor der er uhensigtsmæssig stor variation i, hvad patienterne tilbydes. Variation i vidensniveau i primærsektoren kan ses i sammenhæng med, at der først for nyligt er kommet fokus på at inkludere viden om udredning og behandling af kroniske non-maligne smerter på de sundhedsfaglige grunduddannelser. Det betyder i praksis, at vidensniveauet varierer væsentligt i primærsektoren såvel som i det generelle sundhedsvæsen [16].

⁴ Eftersom næsten ingen patienter under 19 år er i lange behandlingsforløb med brug af opioider (landsgennemsnit på 3 ud af 1000), er aldersgruppen undtaget.

Af et europæisk studie, der indeholder data fra Danmark, fremgår det, at almen praktiserende læger oplever behandling af mennesker med kroniske non-maligne smerter som en stor udfordring [17]. Det fremgår tilmed, at det i Danmark kun er en tredjedel af de almenpraktiserende læger, der anvender smertevurderingsværktøjer, og at almen praktiserende læger generelt oplever at have ringe viden om behandling af kroniske smerter. Dette kan være udtryk for, hvorfor der i Danmark ses et markant (for) højt opioidforbrug.

- **Er der undersøgelser/evidens, alvorlighed i sygdom eller andet indenfor sygdomsområdet, som begrundet behovet for at skabe nationale forbedringer på området?**

Følgende afsnit dokumenterer, at kroniske non-maligne smerter er den største årsag til tabt livskvalitet i Danmark blandt alle sygdomme. Alvorligheden af sygdommen og konsekvenserne ved utilstrækkelige behandlingstilbud afspejler sig i det store merforbrug af sundhedsvæsenets ydelser og fravær på arbejdsmarkedet for patientgruppen. Det betyder, at patientgruppen er en af de samfundsøkonomisk mest omkostningstunge af alle patientgrupper i Danmark.

For tidlig død og forringet livskvalitet og funktionsevne

Der er påvist stærke sammenhænge mellem patienters rapportering af smerter og dårligt selvrapporeret helbred [18]. I en undersøgelse af patientgruppen på et tværfagligt smertecenter fremgik det, at patienternes selvvaluerede helbredsrelaterede livskvalitet var på niveau med patienter med terminal lungeinsufficiens [19].

Der er dokumenteret høj overdødelighed blandt mennesker med alvorlige kroniske smerter. Et studie finder, at mennesker med alvorlige kroniske smerter i gennemsnit lever 10 år kortere end mennesker uden kroniske smerter [20].

Kroniske non-maligne smerter er sammenlagt en af de største årsager til tabt livskvalitet af alle sygdomme i Danmark. Det er dokumenteret i Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport, hvor lænderygsmerter alene er årsag til det største DALY⁵-tab af alle store sygdomme og står for 8,4 % af Danmarks samlede tab af raske leveår.

⁵ DALY: Handikapjusterede leveår. Er et mål for den samlede byrde ved at leve med en sygdom + tabte leveår pga. for tidlig død.

Tabel 4.7: DALY for bestemte grupper af kroniske smerter

DALY – Handicapjusterede leveår		
Kronisk smerter	DALY	Andel af Danmarks samlede tab pga. sygdomme
Lænderygsmerter	133.679 DALY	8,4 %
Nakkesmerter	36.428 DALY	2,3 %
Migræne	18.643 DALY	1,2 %

[21]

Den nedsatte funktionsevne, som viser sig i det store DALY-tab, afspejler sig også i fravær fra arbejdsmarkedet.

Førnævnte opgørelse over nyoptagede patienter på Rigshospitalets Tværfaglige Smerteklinik i året 2014, viser at kun 19 % af smertepatienter med komplekse kroniske smerter er i beskæftigelse [12] - et tal der understøttes af fx den nationale sundhedsprofil 2010 [22].

At kroniske smerter er en af de største årsager til fravær fra arbejdsmarkedet, dokumenteres også af Sundhedsstyrelsen, som viser at lænderygsmerter, nakkesmerter og migræne er de tre største årsager til fravær på det danske arbejdsmarked pga. sygdom. [21]. Dansk Sundhedsinstituts rapport om de socioøkonomiske konsekvenser for smertelidelser, underbygger problematikken med det store fravær fra arbejdsmarkedet. Her dokumenteres at lidt over 10 % af patienter med ikke-specifikke kroniske smerter kommer på førtidspension, mere end 40 % har langtidssygemeldinger på et givent tidspunkt i deres arbejdsliv og mere end 25 % har i løbet af en 2-årig periode mindst en langtidssygemelding [23].

Alvorlighed stiger med tiden - kronificering

Alvorligheden af sygdommen stiger i takt med at smertepatienterne ikke modtager tilstrækkelig tværfaglig behandling i udrednings- og ventetiden. Der er dels risiko for kronificering og dels risiko for at udvikle en komorbid psykisk lidelse som depression eller angst, der er hyppige psykiske følgetilstande [24] [25]. De smertepatienter, som bliver behandlet med opioder i længere perioder, kan blive afhængige og dermed få misbrugsproblematikker, hvorved den specialiserede smertebehandling på smertecentre, ifølge førende eksperter på området⁶, ofte må tage udgangspunkt i konkret afvænnning. Det forsinkes den del af behandlingen, som tager udgangspunkt i at opnå patientautonomi og udsætter således den effektive behandling.

⁶ Peter la Cour, Specialist i sundhedspsykologi, Liaisonklinikken, Rigshospitalet, og Specialeansvarlig overlæge Gitte Handberg, Tværfagligt Smertecenter, Odense Universitetshospital.

Derudover står det beskrevet i de nationale retningslinjer, at der er en høj komorbiditet med psykiske lidelser hos patientgruppen.

Stort forbrug af sundhedsydelse ved utilstrækkelig behandling

Kroniske non-maligne smertepatienter har et stort forbrug af sundhedsydelser i både sundhedsvæsenets primære og sekundære sektor. Patienterne er hyppige og langvarige brugere af primærsektoren, specielt når en højere grad af autonomi ikke opnås ved et utilstrækkeligt behandlingstilbud.

Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderapport viser da også, at 4 ud af de 5 patientgrupper, som oftest kommer til praktiserende læge, er kroniske smertepatienter⁷.

Tabel 4.8

Årlige antal ekstra besøg hos praktiserende læge (sammenlignet med personer uden sygdommen)		
Sygdomme med flest besøg	Antal ekstra besøg	Andel af samlede antal besøg
Lænderygsmærter	3,3 mio.	10%
Artrose	2,7 mio.	8%
Nakkesmerter	2,1 mio.	6%
Diabetes	1,7 mio.	5%
Migræne	1,7 mio.	5%

De fire kroniske smertepatientgrupper fylder tilsammen mere end halvdelen af det samlede merforbrug hos praktiserende læger, som de 20 største alvorlige sygdomme i Danmark genererer⁸ [21].

Ligeledes viser en undersøgelse af en patientgruppe på et Tværfagligt Smertecenter, at sengedagsforbruget i sygehusvæsenet for patienterne forud for behandling på Smertecentret er 12 dage/år i forhold til 2,3 dage/år for en alders- og kønsfordelt normalbefolkning [19]. Det understøttes af to danske studier, som har vist, at patienter med kroniske non-maligne smerter hyppigere er indlagt på hospitaler sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen [18], [19].

Patienter med utilstrækkeligt behandlede kroniske non-maligne smerter er desuden i øget risiko for at udvikle overvægt og livstilssygdomme [26], [27] – og i øget risiko for at udvikle et alkoholmisbrug [28]. Dette er faktorer, som også er associeret med et øget brug af sundhedsydelser.

⁷ Blandt større alvorlige sygdomme

⁸ Patient kan gå igen i de forskellige sygdomme

Kroniske non-maligne smertepatienter er altså klart overrepræsenteret i specielt primærsektoren, men også i hospitalsvæsenet og det vidner om et stort behov for at forbedre behandlingskvaliteten, sådan at patienterne opnår øget autonomi og presset på efterspørgslen af sundhedsvæsenets ydelser lettes. Det vil tilmed være til gavn for patienter, da de vil opleve en mere uafhængig/selvstændig tilværelse.

Store samfundsøkonomiske omkostninger

Kroniske non-maligne smertepatienters merforbrug af sundhedsydelser og opioider, samt det høje fravær fra arbejdsmarkedet er alle samfundsøkonomiske tunge byrder.

»De kroniske smertepatienter er overmåde kostbare. De er så samfundsbelastende rent økonomisk, at jeg slet ikke kan forstå, at politikerne ikke ser muligheden for at spare både førtidspensioner og sygedagpenge ved at opruste på det her område. Jeg fatter det faktisk ikke,« siger Niels-Henrik Jensen, tidligere ledende overlæge på smerteklinikken Herlev. [10]

Et stort studie fra Dansk Sundhedsinstitut med omfattende data fra bl.a. Landspatientregisteret, drg, sygedagpengeregisteret og førtidspensionsregisteret opgjorde i 2011 de samfundsmæssige omkostninger ved smertetilstande i Danmark. Af studiet fremgår det, at langtidssygemeldinger på grund af uspecifikke kroniske smerter årligt koster det danske samfund 2,6 mia. kr. Når sundhedsomkostningerne og udgifter til førtidspension også regnes med, gør studiet op, at patienter med uspecifikke kroniske smerter årligt koster samfundet 8 mia. kr.

Medtages kroniske non-maligne specifikke smerter, såsom gigt, rygmerter, og post-traumatiske frakturer, så er de samlede udgifter op imod 15 mia. kr. årligt. [23]

Sundhedsstyrelsen dokumenterer ligeledes at sundheds- og socioøkonomiske omkostninger for patienter med lænderygmerter årligt er 6,7 mia. kr., for nakkesmerter er det tal 2,9 mia. kr. og for migrænepatienter 1,6 mia. kr.

Tabel 4.9

Sundheds- og socioøkonomiske omkostninger i mio. kr.					
	Primærsektor	Sygehusvæsenet	Medicin	Tabt arbejdsmarkedsfortjeneste	I alt
Lænderygmerter	834	622	361	4.836	6.653
Nakkesmerter	621	109	187	2.028	2.934
Migræne	146	38	234	1.214	1.633

[21]

Samlet set er de sundheds- og socioøkonomiske udgifter forbundet med kroniske smertepatienter af væsentlig karakter. I det følgende dokumenteres, hvordan en forbedret anbefalet indsats på tværs af sektorer og gennem tværfaglig behandling, rummer et stort potentiale for forbedret patientbehandling og sundhedsøkonomiske gevinster.

- **Er der andre forhold som begrunder behovet for forbedringer på området (*bedre samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet, effektivisering, økonomiske gevinster etc.*)**

Vi vil i det følgende dokumentere, at kvaliteten i behandlingen kan forbedres markant ved sammenhængende patientforløb med hurtigere tværfaglig udredning og korrekt behandling. Efterfølgende dokumenteres potentialet for store sundhedsøkonomiske gevinster i form af mindsket forbrug af sundhedsydelser og socioøkonomisk i form af mindre tab af arbejdsevne.

Tidlig indsats og tværsektorielle samarbejder

I en MTV vedrørende smerter og smertepatienter fra 2014 er det beskrevet, at både patienter og sundhedsprofessionelle oplever, at den nuværende organisering af smertebehandling bærer præg af manglende koordinering og lange ventetider, hvilket udgør barrierer for tidlige og målrettede indsatser [29].

I et epidemiologisk studie anslås det, at mange patienter med kroniske smerter kunne få gavn af et forbedret samarbejde mellem primærsektoren og de tværfaglige smertecentre i henhold til at forbedre patienternes oplevelse af tilstrækkelig behandlingskvalitet [2]. I samme studie fremhæves det ligeledes, at det er af afgørende betydning, at den nye viden om behandlingsmetoder fra de tværfaglige smertecentre spredes til andre dele af sundhedsvæsenet, herunder primærsektoren, som beskæftiger sig med kroniske smertepatienter.

Førende eksperter på smerteområdet peger også på behovet for styrket samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet, hvor det særligt fremhæves, at der er potentiale for at forbedre samarbejde mellem almen praksis og de tværfaglige smertecentre, af hensyn til at forbedre behandlingen af smertepatienter i primærsektoren.

FAKS ser en kvalitetsbrist i at udredning skal ske før patienterne kan blive henvist til tværfaglige behandlingstilbud. For mange patienter med komplekse smertetilstande betyder det, at de i lange perioder afventer, at der bliver taget hånd om deres lidelse, hvilket øger risikoen for forværring af tilstanden og gør behandlingen yderligere kompliceret. Som tidligere beskrevet handler det for mennesker med kroniske

smarter om at lære at leve med smerterne, hvilket i nogle tilfælde kræver en tværfaglig tilgang, som almen praktiserende læger ikke kan løfte alene (jf. NKR anbefaling om udvidet adgang til psykologisk terapi).

»Centrene skal gøres mere robuste og skal indgå i et samarbejde med almen praksis om de sub-akutte smertepatienter, så vi får fat i dem, før sygdommen bliver kronisk. Når en patient får smerter efter en operation eller skade, og de ikke forsvinder i løbet af seks-syv måneder, vil vi gerne på banen med det samme, i stedet for at vi først modtager patienterne, når de har haft ondt i ti år,« siger Niels-Henrik Jensen (tidligere ledende overlæge, smertecenter, Herlev). [10]

Der altså bred enighed blandt sundhedsprofessionelle og patienter om behovet for sammenhængende og tidlige indsatser af den fornødne kvalitet til kroniske smertepatienter.

Omkostningseffektivitet ved tværfaglig tilgang

NKR begrundet, at der er behov for at sikre relevant behandling til patienter med kroniske smerter – både mens de er i den primære og sekundære sektor.

Forskning i patienter med komplekse smertetilstande viser, at monofaglig behandling er markant mindre effektivt end multidisciplinær behandling, målt på flere effektparametre. Resultaterne viser, at patienterne bliver bedre til at leve med smerterne, hvilket giver bedre livskvalitet og større grad af autonomi, som altså er udtryk for succesfuld smertebehandling [30].

Dansk forskning af samfundsøkonomiske konsekvenser af tværfaglig behandling af kroniske smerter viser store signifikante reduktioner i omkostninger til sociale ydelser på samlet set op imod en 50 % reduktion pr patient fra behandlingsperiode til opfølgingsperiode 9 måneder senere. Reduktionen kommer hovedsageligt fra reduktion i sygedagpenge og velfærdsydelse. Samme studie viser faldende omkostninger pr patient i det primære og sekundære sundhedsvæsen, fra perioden op til behandling, til perioden efter behandling (resultaterne for sundhedsvæsenet var dog ikke statistisk signifikante) [31].

Omkostningseffektiviteten af den multidisciplinære indsats er ligeledes undersøgt i flere internationale studier, som både understreger omkostningseffektiviteten og det bedre slutresultat for patienten ved et tværfagligt behandlingstilbud kontra et monofagligt [32][33][34].

Der er således potentiale for store sundheds- og socioøkonomiske gevinster ved at forbedre behandlingskvaliteten for patienter med kroniske smerter både i henhold til

	<p>reduktion af overførselsindkomster og reduktion af patienters anvendelse af sundhedsvæsenet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke (kvalitets) data ligger til grund for indstillingen? <p>Som det fremgår af ovenstående (se også referenceliste) bygger indstillingens begrundelse for at etablere LKT for kroniske non-maligne smerter på data vedrørende ventetider på tværfaglig behandling, geografisk variation af behandlingstilbud, undersøgelser af tilfredshed med behandling, ordination af opioider. Det er data og undersøgelser, der tilsammen dokumenterer, at der er en kvalitetsbrist i behandlingen af mennesker med kroniske non-maligne smerter i Danmark.</p> <p>Under punkt 14 er der redegjort for hvilke databaser, der kan anvendes til at følge udviklingen i kvalitetsforbedringer som følge af en indsats på området.</p>
5.	<p>Beskriv (og afgræns) hvilke kliniske- eller organisatoriske problemstillinger, som bør indgå og forbedres i et LKT.</p> <p>Indsatsen kan opdeles i tre overordnede organisatoriske problemstillinger, der tager udgangspunkt i hhv. organiseringen i tværfaglige smertecentre, styrket tidlig indsats og tværsektorielle samarbejder.</p> <p>I organiseringen af og i de tværfaglige smertecentre, kan indsatsen være rette mod en ensartning og forbedring af den tværfaglige behandling nationalt samt udbredelse af indrapportering til den tværregionale database, PainData (se beskrivelse under punkt 14). Denne del af indsatsen skal have til formål at forbedre geografisk lighed i den tværfaglige behandling af kroniske smerter og LKT kan tilmed indgå i mulige forbedringer af at få de rette patienter til behandling hurtigere – og sikre at mennesker med kroniske nonmaligne smerter allerede i løbet af en udredning kan få adgang til smertecentres specialviden. Derudover vil det være relevant at se på koordineringen af behandlingsforløb på tværs af sygehusafdelinger, da en stor del af patientgruppen møder flere afdelinger, herunder de reumatologiske afdelinger.</p> <p>Den anden del omhandler en styrket tidlig indsats for mennesker med kroniske smerter i primærsektoren, hvor vidensniveauet omkring kroniske smerter er meget varierende. I den sammenhæng vil det være relevant at øge kendskabet til de særlige forudsætninger, der gælder for denne patientgruppe blandt faggrupperne i primærsektoren og at styrke et tværfagligt og velkoordineret udrednings- og behandlingsforløb.</p> <p>Kroniske smertepatienter er en heterogen patientgruppe, hvor der for en del af patientgruppen eksempelvis er stor risiko for at udvikle komorbid depression, angst og</p>

	<p>overvægt, hvilket kan foregribes ved integration af tidlig smertepsykologisk intervention i både udredning og behandling i primærsektoren. Der vil altså kunne skabes forbedring og effektivisering af både udredning og behandling i primærsektoren ved at styrke samarbejdet og koordineringen på tværs af relevante faggrupper.</p> <p>Den tredje del vedrører samarbejdet på tværs af sektorer, hvor det anbefales, at der sker en øget videns udveksling mellem de tværfaglige smertecentre og almen praksis (som beskrevet i punkt 4). Dette kan styrke patienternes samlede forløb og forbedre muligheden for, at de tidligere i forløbet vil opleve at modtage tilstrækkelig behandling. Det vil ligeledes være relevant at styrke samarbejdet til de kommunale social- og beskæftigelsesforvaltninger, da det fra et patientperspektiv vil være vigtigt ikke at opleve det adskilt fra deres samlede behandlingsforløb. En forbedring af et sådan tværsektorielt samarbejde har potentiale til at sikre mere effektiv afklaring af patientens situation og hensigtsmæssig behandling.</p> <p>Alle disse organisatoriske kontekster for indsatsen har potentiale til at skabe forandringer, sådan at udredning og behandling af mennesker med kroniske smerter i højere grad vil blive oplevet som tilfredsstillende af patienterne og leve op til anbefalinger i de nationale kliniske retningslinjer.</p>
6.	<p>Hvad er/kan være den organisatoriske kontekst for indsatsen?</p> <p>Indsatsen vil finde sted i de tværfaglige smertecentre og almen praksis samt i samarbejder med relevante faggrupper i primærsektoren. Dertil kan indsatsen have relation til socialmedicinske og reumatologiske hospitalsafdelinger, da der kan forekomme overlap i patientgrupperne med behov for let viderehenvielse. Det sociale område i regi af den kommunale sektor kan med fordel inkluderes, eftersom patienter ofte er i kontakt hermed bl.a. i forhold til arbejdsfunktion. Derudover kan der være deltagere fra de fag- og patientforeninger, som indstillingen er udarbejdet i samarbejde med. Indsatsen vil således vedrøre et bredt udsnit af sundhedsvæsenet og evt. også den sociale sektor og vil altså have en stærk tværfaglig og tværsektoriel karakter, hvor det er samarbejdet om et sammenhængende patientforløb til fordel for de enkelte patienter, der står centralt.</p>
7.	<p>Er der indenfor sygdoms- eller indsatsområdet bred klinisk anerkendelse af behovet for at løfte kvaliteten? Og evt. også af de indsatser, som er nødvendige for at løfte kvaliteten (hvis disse er kendte)?</p> <p>Der er bred klinisk anerkendelse af behovet for et kvalitetsløft i behandlingstilbuddet til de mange patienter, som på nuværende tidspunkt ikke har mulighed for at få kvalificeret tværfaglig udredning og behandling, som de kliniske retningslinjer anbefaler.</p>

	<p>Den brede kliniske anerkendelse af behovet for et kvalitetsløft afspejles i de forskellige faggrupper og patientforeninger, som står bag denne indstilling.</p> <p>Der er repræsenteret en bred tværfaglighed i indstillingen, da problemstillingen er drøftet i både Danske fysioterapeuter og det faglige selskab for smerter & fysioterapi, samt det tværfaglige selskab Dansk Smerteforum, som er en del af de lægevidenskabelige selskaber, og Dansk Psykolog Forenings egen drøftelse i Selskab for Sundhedspsykologi.</p> <p>På patientsiden er behovet anerkendt – med dokumenteret oplevelse af utilstrækkelighed og vilkårlighed i undersøgelse og behandling af kroniske smerter. Det afspejler sig også i at patientforeningen FAKS er medindstiller. Det uensartede behandlingstilbuddet pointeres ligeledes fra Gigtforeningen, som også ser det usammenhængende patientforløb som en central problemstilling, hvor patienten ofte lander imellem flere stole.</p> <p>For at sikre kvaliteten af behandlingen jf. de kliniske retningslinjer, er der enighed om, at der er behov for mere sammenhængende behandlingsforløb, hurtigere udredning og igangsætning af behandling. Der er behov for et tværsektorielt samarbejde imellem den primære og sekundære sundhedssektor, hvor de tværfaglige smertecentre kan have en central rolle i at supervisere og vejlede i primærsektoren.</p>
8.	<p>Kan sygdoms- eller indsatsområdet relateres til de nationale mål og indikatorer i det nationale kvalitetsprogram?</p> <p>I det følgende gennemgås de mål og tilhørende indikatorer i det nationale kvalitetsprogram, som indsatsområdet relaterer til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mål: Bedre sammenhængende patientforløb <p>Bedre sammenhængende patientforløb vil være en central del af indsatsen, da den bygger på både tværfaglige og tværsektorielle samarbejder i patientbehandlingen. Forbedringen af sammenhængende patientforløb har til hensigt at sikre en tidlig indsats og at nå målet om patientautonomi, hvilket er to forbedringer af behandlingskvaliteten, som kan medføre reduceret anvendelse af sundhedsvæsenet (jf. indikator). Når patientautonomi opnås, kan brugen af sundhedsvæsenet reduceres væsentligt, da patienterne selv er i stand til at håndtere deres smerteproblematikker og dermed ikke har behov for sundhedsvæsenets ydelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mål: Styrket indsats for kronikere og ældre patienter <p>Indsatsen er målrettet patienter med kroniske smerter og er derfor en styrket indsats i forhold til at forbedre behandlingen af patienter, hvor smerten og dens følger, er den primære problemstilling. Indsatsen er samtidig en styrket indsats for ældre patienter, da en stor andel af patientgruppen er ældre. På den måde peger indsatsen ind</p>

i indikatoren vedrørende forebyggelige indlæggelser blandt ældre, da antal indlæggelser kan reduceres som følge af indsatsen.

- Mål: Behandling af høj kvalitet

Ambitionen om at styrke en tidlig polyterapeutisk behandling såvel som tværfaglig og tværsektoriel behandling af patienter med komplekse kroniske smerter bygger på de nationale kliniske retningslinjer og evidens for, at det vil forbedre behandlingskvaliteten og forebygge de fysiske, psykiske og sociale følgevirkninger, som kroniske smerter kan give.

- Mål: Hurtig udredning og behandling

En styrket indsats for tidlig tværfaglig udredning og behandling vil sikre en hurtigere udredning og en ”lettere” behandling, da det kan forebygge at patienter i ventetid bliver kronificerede, hvorefter udredning og behandling bliver mere tidskrævende og kompliceret. Det peger således ind i indikatoren vedrørende ”somatiske patienter udredt inden for 30 dage”.

- Mål: Øget patientinddragelse

Der forventes en øget patientinddragelse i behandlingen som følge af en styrket tværfaglig tilgang til behandling, hvor den kroniske patient skal betragtes som samarbejdspartner i behandlingsforløbet. Patienten skal opnå autonomi ift. håndtering af kroniske smerter, der ikke kan fjernes, hvilket vil ske gennem en stærk patientinddragelse og -uddannelse.

Den patientoplevede inddragelse (jf. indikator) forventes styrket, da patienternes egen håndtering af deres kroniske smerter spiller en afgørende rolle for en succesfuld behandling. Indsatsen peger ligeledes ind i indikatoren vedrørende patienttilfredshed, da en tidligere og tværfaglig behandling vil være et forbedret behandlingstilbud for patienterne – hvor de både får mulighed for at blive set tidligere i deres forløb og modtage den nødvendige nuancerede behandling, der afspejler netop deres behov.

- Mål: Flere sunde leveår

Kroniske smerter (og uhensigtsmæssigt forbrug af opioider) er stærkt associeret med nedsat livskvalitet og studier viser højere risiko for for tidlig død og indsatsen har dermed direkte relation til indikatoren vedrørende en forbedret middellevetid. Derudover forventes det at indsatsen vil øge livskvaliteten målt i DALY (jf. punkt 4).

	<ul style="list-style-type: none"> • Mål: Mere effektivt sundhedsvæsen <p>Gennem en tidlig og mere effektiv indsats kan forværringer af kroniske smerter foregribes, hvilket vil effektivisere behandlingen i sundhedsvæsenet, da færre patienter vil komme i en tilstand, hvor de har behov for langvarige behandlingsforløb i smertecentre. Ligeledes vil en forbedring af behandlingen og opdateret viden hos relevante faggrupper generelt medføre, at flere patienter hurtigere vil opnå målet om autonomi (og dermed mindske deres forbrug af sundhedsvæsenet i øvrigt), hvilket peger ind i indikatoren vedrørende øget produktivitet på sygehusene.</p>
<p>9.</p>	<p>Hvad er bruger/patientvolumen på området?</p> <p>Kroniske non-maligne smerter er en udbredt sygdom, der rammer ca. 20 % af den danske befolkning.</p> <p>Det store omfang er dokumenteret i Danmark, såvel som i flere europæiske og internationale studier. I nedenstående dokumenteres det store omfang for det samlede område og udvalgte store kroniske sygdomsområder i Danmark. De nedbrudte udvalgte områder kan ikke lægges sammen, eftersom patienter kan have smerter mere end et sted.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kroniske non-maligne smerter er hyppigt forekommende. På baggrund af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 og 2010 er der fundet en forekomst på hele 19-24,7 % blandt den voksne danske befolkning, hvilket svarede til over 800.000 voksne danskere [15][3]. Det vurderes at ca. 10 % af disse har behov for et specialiseret tværfagligt behandlingstilbud – altså ca. 80.000 danskere [35]. 2. Generaliserede smerter i bevægeapparatet er hyppigt forekommende med en prævalens på omkring 10 % blandt voksne [1]. 3. At kroniske smerter er en af de mest forekommende alvorlige sygdomsbyrder, kan også ses i Sundhedsstyrelsens sygdomsbyrderrapport fra 2015, hvor 3 ud af de 4 mest prævalente alvorlige sygdomme i Danmark er lænderygsmerter (880.000), Migræne (640.000) og nakkesmerter (570.000) [21].
<p>10.</p>	<p>Er der evidens for best practise på området?</p> <p>I 2015 udgav Sundhedsstyrelsen <i>National klinisk retningslinje for udredning og behandling/ rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet</i>. Heri kortlægges evidensen for tværfaglig udredning og behandling af kroniske smertepatienter, som bygger på den bio-psyko-sociale begrebsramme [1]. Et tvær-</p>

	<p>fagligt behandlingstilbud indeholder et samarbejde mellem følgende faggrupper: læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og socialrådgivere. Derudover er det afgørende, at den tværfaglige smertebehandling er en integreret og koordineret behandling af den enkelte patients smertetilstand [9].</p> <p>Retningslinjen angiver patientuddannelse som den stærkeste anbefaling og at det bør iværksættes i umiddelbar tilknytning til diagnosticeringen. I retningslinjerne anbefales det tilmed, at der er behov for udvidet adgang til psykologisk behandling for motiverede patienter i både primær- og sekundærsektoren af hensyn til at sikre tilstrækkelig behandlingskvalitet på området. Dette konkrete forbedringsforslag skal ses i sammenhæng med, at det er en heterogen patientgruppe med forskellige behov, som skal kunne indfries gennem tværfaglige tilbud. En tredje anbefaling er, at patienterne rådgives til at bevare en aktiv livsstil, herunder at de lærer at tilpasse aktivitet og skånehensyn til deres smerter, fx gennem superviseret træning hos fysioterapeuter i primærsektoren.</p> <p>Sundhedsstyrelsens seneste Specialevejledning for anæstesiologi fra 2016, beskriver ligeledes det multidisciplinære samarbejde i diagnostik og behandling af kroniske non-maligne smertetilstande som best practice. [36]</p> <p>Det er generelt accepteret, at graden af kompleksitet hos mennesker med kroniske smerter er meget forskellig. Nationale kliniske retningslinjer beskriver, at størstedelen af behandlingen ligger i primærsektoren, og at der bør anvendes en 'stepped care' model til at vurdere behovet for viderehenvisning. Denne organisering er imidlertid bundet op på, at patienterne får en patient-centreret tværfaglig udredning og behandling, baseret på det bio-psyko-sociale sygdomsparadigme overalt i sundhedsvæsenet.</p>
<p>11.</p>	<p>Er der eksisterende projekter, resultater eller erfaringer med at arbejde med kvalitetsforbedringer indenfor området?</p> <p>Der findes flere udenlandske erfaringer med projekter, som har sikret kvalitetsforbedringer for kroniske smertepatienter:</p> <p><i>Norske erfaringer</i></p> <p>I Norge har Helsedirektoratet i 2015 udgivet en national vejledning for organiseringen af tværfaglig smertebehandling med henblik på at kvalitetsforbedre behandlingen på området [37]. Vejledningen udspringer af erfaringer med utilstrækkelig og varierende kvalitet i behandlingen i Norge. Et centralt punkt i vejledningen omhandler tæt samarbejde mellem almen praktiserende læger og tværfaglige smertecentre,</p>

samt fysioterapeuter, psykologer og hjemmesygeplejersker i primærsektoren. Den almen praktiserende læge anbefales at få den koordinerende rolle og skal følge patienterne i hele forløbet og lette involvering af fx fysioterapeuter og psykologer i primærsektoren, hvilket begrundes med at give bedre behandlingsresultater. I den norske vejledning er der tilmed en formalisering af personalesammensætningen i de tværfaglige smertecentre mhp. at sikre ensartning i behandlingstilbud nationalt.

I det norske helsedirektorats prioriteringsvejledninger, anbefales vurdering af langvarige uafklarede og afklarede smertetilstande sker på tværfaglige smertecentre [14]. En kvalitetsdatabase er også sat op for smertepatienter. Her bliver både registreret udvikling i smerte-score og undersøgt angst/depressionssymptomer, katastrofetænkning og brug af rusmidler.

Ydermere eksisterer der nationale faglige retningslinjer for brug af opioider ved kroniske non-maligne smerter. En af de direkte konsekvenser af det stærke fokus på området i Norge er, at forbruget af svage opioider er ca. dobbelt så stort i Danmark som i Norge og at det danske forbrug af stærke opioider er ca. halvanden gang så højt som det norske forbrug [4] [38] [39].

Engelske erfaringer

I det engelske nationale sundhedssystem er et digitalt monitoreringsværktøj (DOLO-test) for livskvalitet en integreret del af smertebehandlingen, hvor data kan følges i journalsystemer både i primærsektoren og tværfaglige smertecentre. Det giver mulighed for kvalitetsmonitorering af patienternes tilstand og bedre koordinering mellem sektorer i forhold til udviklingen i patientforløbet [40]. Erfaringerne fra det engelske sundhedssystem NHS, har betydet at den primære sektor tidligere tilbyder et kvalificeret tværfagligt tilbud [41].

Danske erfaringer

Behovet og arbejdet med at skabe mere sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne viser sig også i nyere forskning, således er der på nuværende tidspunkt følgende danske projekter i gang:

Ph.d., ”Forståelse og tværsektoriel behandling af generaliserede smerter i bevægeapparatet - udvikling af en ny samarbejdsmodel”

Af Rikke Schultz, Forskningsenheden for Almen Praksis, København
rikke.schultz@sund.ku.dk

Projekt der har til formål at styrke almen praksis i håndtering af kroniske non-maligne smerter. Af Niels Bentzen, Professor, praktiserende læge, CAM-AAU, KI, AAU niels@inbentzen.dk Mobil +45 6044 6765

<p>12.</p>	<p>Begrund hvorfor et nationalt lærings- og kvalitetsteam er en velegnet metode til en kvalitetsindsats på området</p> <p>Et nationalt lærings- og kvalitetsteam er en velegnet metode til at arbejde med kvalitetsforbedringer i behandlingen af patienter med kroniske smerter både af hensyn til at sikre ensartede behandlingstilbud på tværs af landet og af hensyn til at muliggøre forsøg med lokale forbedringer af kliniske- og organisatoriske arbejdsgange på tværs af sektorer og i hhv. almen praksis og de tværfaglige smertecentre.</p> <p>LKT vil lokalt kunne bidrage til forandring og forbedring af arbejdsgange både på tværs af sektorer og i hhv. almen praksis og tværfaglige smertecentre, og er derfor en velegnet metode til at udvikle de organisatoriske forhold som udgør forhindringer for kvaliteten i udredning og behandling. Det kunne eksempelvis være relevant at LKT arbejdede med forbedringer af, hvordan der kan skabes hurtigere adgang til smertecentre for de rette patienter, og hvordan man i almen praksis monitorerer udredning og behandling af patienterne uafhængigt af hvor i systemet de behandles. På den måde kan LKT bidrage til at skabe et bedre flow i patientforløbet, hvilket er afgørende for at løfte kvaliteten på området, hvor problemet især handler om, at patienter bliver kronificerede og falder ud fra arbejdsmarkedet i et dårligt sammenhængende og uhensigtsmæssigt forløb med for høj brug af opioider. Ved at sikre sammenhængende forløb kan monoterapi, der bl.a. kan ses i over-ordinationen af opioider, modvirkes.</p> <p>Et andet eksempel er, at LKT kan bruges som metode til at forandre arbejdsgange for brug af monitoreringsværktøjer af livskvalitet (i start og opfølgning af patientforløb). I dag er der ikke ensartede eller løbende monitorering af udviklingen i eksempelvis livskvalitet hos patienterne, og LKT vil på den måde kunne bidrage til kvalitetsforbedringer i behandlingsforløbet.</p> <p>På nationalt plan kan metoden styrke en ensartning i behandlingstilbud og kvalitet på tværs af Danmark gennem etableringen af nationale netværk. Det vil være relevant at etablere nationale netværk både på tværs af faggrupper og sektorer i arbejdet med at sikre kvalitetsforbedringer, da det særligt er i samspillet mellem disse parter, at kvaliteten vil blive løftet til gavn for patienterne.</p>
<p>13.</p>	<p>Hvilke ambitioner/målsætninger kan realistisk opsættes for forbedringsindsatsen på området?</p> <p>Den overordnede ambition er, at flere patienter med kroniske non-maligne smerter vil blive tilbudt en forbedret og rettidig udredning og behandling i overensstemmelse</p>

	<p>med anvendelsen den bio-psyko-sociale model anbefalet i de nationale kliniske retningslinjer, herunder at patienterne sendes hurtigt videre til relevante forløb i primær- eller sekundærsektoren, baseret på kompleksiteten.</p> <p>Hvilken (målbar) effekt kan der forventes at være ved at hæve kvaliteten til dette ambitionsniveau på området? Beskriv specifikt resultat og udbytte for patienten.</p> <p>Der er flere parametre, som kan anvendes som mål for, at kvaliteten forbedres jf. ovenstående ambitionsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion i ordinationen af opioider i almen praksis vil være et indirekte parameter for, at der sker en forbedret behandling i overensstemmelse med de nationale retningslinjer. Årsagen til reduktionen ses som en naturlig følge af bedre og tidligere behandling. • Reduktion i brugen af sundhedsvæsenet i form af færre indlæggelsesdage og kontakter til almen praksis vil være parametre for øget patientautonomi som følge af forbedret behandling. • Øget arbejdsevne og tilknytning til arbejdsmarkedet vil være parametre som på længere sigt forventes at være resultat af en hurtigere og forbedret tværfaglig indsats, da patienter i mindre grad vil opleve kronificering og/eller komorbiditet. • Øget patienttilfredshed med behandlingen og patientoplevelset helbredsrelateret livskvalitet vil afspejle, at patienterne i højere grad oplever en rettidig tværfaglig udredning og behandling og at de får mulighed for at yde indflydelse på deres behandlingsforløb.
14.	<p>Hvordan kan effekten af forbedringerne måles? Herunder eksisterer der indikatorer og data på området til måling af effekten?</p> <p>Det vil være relevant at måle effekten af forbedringer ud fra data i den store database for kroniske smertepatienter, PainData, som er udviklet i Tværfagligt Smertecenter, OUH og benyttes af Ålborg, Silkeborg, Næstved, Køge og Holbæk. Det er den største systematiske overvågning på området i Danmark og kan anvendes til monitorering af indsatsen på tværs af store dele af landet.</p> <p>Den patientoplevede forbedring i behandlingen af kroniske smerter kan måles med Patient Rapporterede Outcomes. Smerter kan ikke måles objektivt og er derfor pr. definition en subjektiv oplevelse [24], hvorfor det er bredt anerkendt at måle behandlingseffekt i patientrapporteret data. Der er udviklet en række forskellige værktøjer til måling af effekten af den patientoplevede behandlingskvalitet.</p>

	<p>Spørgeskemaet SF-36, som måler helbredsstatus, herunder mental og fysisk funktionsevne, er udbredt og anerkendt i sundhedsvæsenet og anvendes på flere af de tværfaglige smertecentre. Værktøjet er relevant i forhold til at måle forbedringerne af den tværfaglige behandling, der omhandler helbredsrelateret livskvalitet [42].</p> <p>Der er også udarbejdet specifikke måleinstrumenter til kroniske smertepatienter heriblandt Brief Pain Inventory, CPAQ og Q-Sort, som anvendes på flere af de tværfaglige smertecentre. [43][44][45]. Til at afdække forbruget af opioider og følge udviklingen kan Pain Medication Questionnaire (PMI) anvendes. PMI bliver bl.a. brugt på Tværfagligt smertecenter ved Rigshospitalet. [46] [47] [48]</p> <p>Hos patienter med mindre indgribende kroniske smerter kan patient-specifikke mål være et relevant mål for såvel autonomi som behandlingseffekt. Et simpelt redskab, der egner sig godt til brug i primærsektoren (især fysioterapi og lægepraksis), er Patient-specific Functional Score, der anvendes til at sikre patient-relevant fremgang i behandlingen. [49]</p> <p><u>Registerbaseret opfølgning af patienter og mål</u></p> <p>Ud fra en kobling mellem dataregistre; LPR, DRG, Sygesikringsregisteret, Lægemiddelstatistikregisteret og registre over personer på overførselsindkomster og førtidspension, kan man følge indsatsens korte og langsigtede virkninger for den konkrete patientgruppe indsatsen er rettet mod.</p> <p>I LPR kan man følge kroniske smertepatienter (tidligere dansk studie har lavet en algoritme for diagnosekoder vedr. kroniske smerter i manglen på præcise koder for denne patientgruppe [23]) og deres brug af sundhedsvæsenet, og dermed følge, om indsatsen medfører et mindsket brug af sundhedsvæsenet i øvrigt. Ud fra DRG-grupperet LPR kan omkostningerne for brug af sundhedsvæsenet beregnes.</p> <p>Sygesikringsregisteret kan anvendes til at følge brug af almen praksis, samt henvisning til fysioterapi. I Lægemiddelstatistikregisteret kan man følge udviklingen i ordination af opioider. Som følge af indsatsen forventes det, at der kan identificeres reduktion i brugen af almen praksis og ordination af opioider, hvilke er indikatorer for, at der sker kvalitetsforbedringer på området og der i højere grad leveres en behandling, som er i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer.</p> <p>På længere sigt kan det forventes, at indsatsen vil medføre en reduktion i antallet af mennesker med kroniske smerter, der kommer på overførselsindkomster og falder ud af arbejdsmarkedet, hvilket kan følges i registrer over personer på overførselsindkomster, herunder DREAM.</p>
<p>15.</p>	<p>På hvilken måde kan patienter, pårørende, brugere inddrages i at skabe forbedringer på området?</p> <p>Patient- og pårørendeinddragelse er afgørende for behandlingen af kroniske smerter, da både patient og pårørende skal arbejde aktivt med forståelsen for deres situation</p>

	<p>for at opnå målet om autonomi [50]. I FAKS er det et ønske at patienter blive betragtet som samarbejdspartnere i behandlingsforløbet og at der løbende bliver sikret en tæt dialog mellem patient og behandlere, således at patienter kan have indflydelse på behandlingsforløbet. Det er ligeledes vigtigt, at pårørende involveres i behandlingsforløbet, da de er afgørende for at patienter med kroniske smerter kan opnå anerkendelse af deres situation.</p> <p>Et engelsk studie har vist, hvordan øget patientinddragelse gennem patientadministrerede monitoreringsværktøjer har styrket patient-behandler partnerskabet og medført forbedringer i patienternes helbredsrelaterede livskvalitet [51].</p> <p>Såvel Gigtforeningen som FAKS tilbyder i dag gratis telefonisk rådgivning til smerteramte og pårørende.</p> <p>Hos FAKS rådgiver kroniske smertepatienter andre smertepatienter og pårørende og bidrager til direkte vidensdeling og vejledning i håndtering af livssituationen med kroniske smerter. I almen praksis kunne orienteringen om Smertelinjen udbredes, hvorved patienters bidrag til at forbedre området styrkes.</p>
<p>16.</p>	<p>Er der særlige risici eller forhold som kan påvirke om en indsats kan gennemføres</p> <p>For at en indsats succesfuldt kan gennemføres, er det afgørende, at de centrale personer som skal stå for udredning og/eller behandling har de rette kompetencer. Kompetenceudvikling hos de involverede faggrupper på tværs af sektorerne er derfor nødvendigt for at kunne håndtere kroniske non-maligne smertepatienter. En måde at sikre støtte, supervision og sammenhængende patientforløb, er at have et stærkt og velfungerende samarbejde på tværs af sektorer. Derfor er det også vigtigt at gøre kommunikationsvejene imellem primærsektoren og den sekundære let og tilgængelig, da det ellers kan blive en hindring.</p>
<p>17.</p>	<p>Kan en indsats forventes at generere et ressourceforbrug (udover de ressourcer der går til forbedringsarbejdet, herunder ekspertteam og læringsseminarer)?</p> <p>Der kan som beskrevet i punkt 16 forventes et øget ressourceforbrug i form af kompetenceudvikling og afsætning af tid til at sikre bedre kommunikationsveje og arbejdsgange imellem den primære og sekundære sektor, men der er en klar forventning om at omkostningerne kan indhentes i kraft mindre brug af sundhedsvæsenet på sigt og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.</p>

	<p>Et tilstrækkeligt behandlingstilbud, vil betyde bedre livskvalitet for patientgruppen. Omkostningsanalyserne anvendt i indeværende indstilling viser entydigt store samfundsomkostninger forbundet med patientgruppen. Det sker både i form af nedsat livskvalitet, hvor kroniske smerter samlet set står for det største tab af kvalitetsjusterede leveår i Danmark, men også de enorme samfundsøkonomiske afledte konsekvenser i form af sygefravær, førtidspension og et øget brug af sundhedsvæsenet. De anvendte omkostningseffektanalyser har vist, at der er potentiale for store signifikante besparelser i form af mindre brug af sundhedsvæsenet og færre langtidssygemeldinger når kvaliteten i behandlingstilbuddet er i overensstemmelse med Nationale Kliniske Retningslinjer og et tværfagligt behandlingstilbud.</p>
18.	<p>Eventuelle overvejelser der vedrører forankring, spredning af viden og fastholdelse af resultater af indsatsen?</p> <p>Der kunne etableres tværfaglige og tværsektorielle fora i stil med de nationale netværk, som kunne stå for fortsat spredning af viden og erfaringer samt koordinering af samarbejde. Sådanne fora kunne også stå for bibeholdes og opdatering af formaliseret kommunikation mellem sektorer.</p> <p>Derudover kunne det være relevant at sprede brugen af databasen PainData til alle tværfaglige smertecentre, sådan at der kan forankres en ensartet dataindsamling for kroniske smerter til monitorering af området.</p>
19.	<p>Eventuelle andre bemærkninger til indstilling til LKT?</p> <p>Vi er opmærksomme på, at der ikke eksisterer en klinisk kvalitetsdatabase på smerteområdet. Vi ser imidlertid mulighed for kompensation for dette gennem brug af data som beskrevet i punkt 14. I gruppen af indstillere ønsker vi at påpege, at det i lyset af problemstillingens omfang og den brede dokumentation af manglende behandlingskvalitet på området er afgørende, at der skabes forbedringer på området, som det vil være muligt gennem LKT. På længere sigt vil det tilmed være afgørende, at der etableres bedre registrering og en kvalitetsdatabase for kroniske smerter, sådan at der skabes øget synlighed på området til gavn for det store antal patienter, der har behov for forbedret behandling.</p>

Referenceliste

- [1] Sundhedsstyrelsen, "National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet," 2015.
- [2] P. Sjøgren, O. Ekholm, and V. Peuckmann, "Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update," *Eur. J.*, 2009.

- [3] R. N. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, “Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark,” *Pain*, 2003.
- [4] Sundhedsstyrelsen, “Kortlægning af opioidforbruget i Danmark - Med fokus på patienter med kroniske non-maligne smerter,” 2016.
- [5] O. Ekholm, G. Kurita, J. Højsted, K. Juel, and P. Sjøgren, “Chronic pain, opioid prescriptions, and mortality in Denmark: a population-based cohort study,” *PAIN®*, 2014.
- [6] J. Eriksen, P. Sjøgren, E. Bruera, and O. Ekholm, “Critical issues on opioids in chronic non-cancer pain:: An epidemiological study,” *Pain*, 2006.
- [7] J. C. Ballantyne, “Opioid Therapy in Chronic Pain,” *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*, vol. 26, no. 2, pp. 201–218, May 2015.
- [8] Sundheds- og Ældreministeriet, “Befordring (transport),” 2017. [Online]. Available: <http://sum.dk/Sundhed/Patientrettigheder/Tilskud/Befordring.aspx>. [Accessed: 06-Feb-2017].
- [9] Danske Regioner, “Godkendelse af specialeaftale og tro & loveerklæring for tværfaglig smertebehandling under specialet: anæstesiologi under det udvidede frie sygehusevalg,” 2015.
- [10] N. Bro, “Smertepakker kan spare milliarder - Dagens Medicin,” *Dagens Medicin*, 2012. [Online]. Available: <http://dagensmedicin.dk/smertepakker-kan-spare-os-for-milliarder/>. [Accessed: 24-Jan-2017].
- [11] K. E. Mansfield, J. Sim, P. Croft, and K. P. Jordan, “Identifying patients with chronic widespread pain in primary care.,” *Pain*, vol. 158, no. 1, pp. 110–119, Jan. 2017.
- [12] P. la Cour, “Comparison of patients diagnosed with ‘somatoform pain’ and ‘complex pain,’” *Under Rev.*, 2017.
- [13] H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda, and R. Cohen, “Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment,” *Eur. J.*, 2006.
- [14] Helsedirektoratet, “Prioriteringsveileder – smertetilstander,” 2015.
- [15] G. Paula, P. Sjøgren, K. Juel, J. Højsted, and O. Ekholm, “The burden of chronic pain : A cross-sectional survey focussing on diseases , immigration , and opioid use,” *Pain*, vol. 153, no. 12, pp. 2332–2338, 2012.
- [16] E. V Briggs *et al.*, “Current pain education within undergraduate medical studies across Europe : Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study,” *BMJ*, vol. 5, no. 8, 2015.
- [17] M. Johnson, B. Collett, and J. M. Castro-Lopes, “The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey On behalf of OPENMinds Primary Care,” *J. Pain Res.*, vol. 6, pp. 393–401, 2013.
- [18] M. Jensen and A. Thomsen, “10-year follow-up of chronic non-malignant pain patients: Opioid use, health related quality of life and health care utilization,” *Eur. J. Pain*, 2006.
- [19] N. Becker, A. Thomsen, A. Olsen, P. Sjøgren, and P. Bech, “Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-

- malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center,” *Pain*, 1997.
- [20] N. Torrance, A. Elliott, and A. Lee, “Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study,” *J. pain*, 2010.
- [21] Statens Institut for Folkesundhed, “Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme,” 2015.
- [22] A. I. Christensen, M. Davidsen, O. Ekholm, S. E. Hansen, M. Holst, and K. Juel, “Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?,” 2011.
- [23] J. Christensen, L. Bilde, and A. Gustavsson, “Socio-economic Consequences of Pain-Intensive Diseases in Denmark,” 2011.
- [24] P. la Cour, “Patienten med kroniske smerteter,” in *Grundbog i psykiatri*, 2. udgave., B. Simonsen, E og Møhl, Ed. Hans Reitzel, 2017.
- [25] K. N. Alschuler, D. M. Ehde, and M. P. Jensen, “The co-occurrence of pain and depression in adults with multiple sclerosis.,” *Rehabil. Psychol.*, vol. 58, no. 2, pp. 217–221, May 2013.
- [26] A. Okifuji and B. Hare, “The association between chronic pain and obesity,” *J. Pain Res.*, 2015.
- [27] S. Narouze and D. Souzdanitski, “Obesity and chronic pain: systematic review of prevalence and implications for pain practice,” *Reg. Anesth. pain*, 2015.
- [28] N. G. Hoffmann, O. Olofsson, B. Salen, and L. Wickstrom, “Prevalence of Abuse and Dependency in Chronic Pain Patients,” *Int. J. Addict.*, vol. 30, no. 8, pp. 919–927, Jan. 1995.
- [29] L. C. Ørtenblad L, Valentin GH, Carstensen K, Wittrup I, Tipsmark LS, Væggemose U and Nielsen C.P, “Smerteter - En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter,” 2014.
- [30] L. Scascighini, V. Toma, and H. Sprott, “Multidisciplinary treatment for chronic pain : a systematic review of interventions and outcomes,” no. October 2007, pp. 670–678, 2008.
- [31] A. Thomsen, J. Sørensen, P. Sjøgren, and J. Eriksen, “Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences,” *Eur. J. Pain*, vol. 6 (5), 2002.
- [32] A. Okifuji, D. Turk, and D. Kalauokalani, *Handbook of Pain Syndromes*. 1999.
- [33] H. Flor, T. Fydrich, and D. Turk, “Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review,” *Pain*, vol. 49, no. 2, pp. 221–230, 1992.
- [34] D. Turk and A. Okifuji, “Treatment of chronic pain patients: clinical outcomes, cost-effectiveness, and cost-benefits of multidisciplinary pain centers,” *Crit. Rev. Phys. Rehabil. Med.*, 1998.
- [35] G. Handberg, “Præsentation Smertecenter Syd,” *Smertecenter Syd, OUH*, 2011. [Online]. Available: <https://www.regionsyddanmark.dk/dwn168177>.
- [36] Sundhedsstyrelsen, “Specialevejledning for anæstesiologi,” 2016.
- [37] Helsedirektoratet, “Organisering og drift av tværfaglige

- smerteklinikker,” 2015.
- [38] Helsedirektoratet, “Nasjonal faglig veileder for bruk av opioider – ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter,” 2016. .
- [39] Helse Bergen, “Norsk kvalitetsregister for Smertebehandling - SmerteReg,” 2016. .
- [40] K. Kristiansen, “DoloTest i PainSense, en NHS app i England - DoloTest,” *EvidenceProfile*. [Online]. Available: <http://www.dolotest.dk/dolotest-i-painsense-en-nhs-app-i-england/>. [Accessed: 24-Jan-2017].
- [41] National Health Service, “How to get NHS help for your pain,” 2014. .
- [42] J. Bjørner, *Dansk manual til SF-36*. LIF Lægemedelindustriforeningen, 1997.
- [43] S. Keller, C. Bann, S. Dodd, J. Schein, T. Mendoza, and C. Cleeland, “Validity of the Brief Pain Inventory for Use in Documenting the Outcomes of Patients With Noncancer Pain,” *Clin. J. Pain*, vol. 20, no. 5, 2004.
- [44] P. La Cour, “The Clinical Pain Acceptance Q-sort. A tool for assessment and facilitation of pain acceptance,” *Psychol. Health Med.*, vol. 17, no. 5, pp. 611–620, 2012.
- [45] P. La Cour and J. Højsted, “Validation of the Danish-language chronic pain acceptance questionnaire,” *Acta Anaesthesiol Scand.*, vol. 59, no. 10, pp. 1377–86, 2015.
- [46] L. Dowling, R. Gatchel, L. Adams, A. Stowell, and D. Bernstein, “An evaluation of the predictive validity of the Pain Medication Questionnaire with a heterogeneous group of patients with chronic pain.,” *J. Opioid Manag.*, vol. 3, no. 5, pp. 257–266, 2007.
- [47] C. Holmes *et al.*, “An opioid screening instrument: longterm evaluation of the utility of Pain Medication Questionnaire,” *pain Pract. Off. J. world Inst. pain*, vol. 6, no. 2, pp. 74–88, 2006.
- [48] S. Passik, K. Kirsh, and D. Casper, “Addiction-related assessment tools and pain management: instruments for screening, treatment planning and monitoring compliance,” *Pain Med.*, 2008.
- [49] P. Nicholas, C. Hefford, and S. Tumilty, “The use of the Patient-Specific Functional Scale to measure rehabilitative progress in a physiotherapy setting,” *J. Man. Manip. Ther.*, vol. 20, no. 3, pp. 147–152, 2012.
- [50] Danske Patienter, “Definition af brugerinddragelse,” *Danske Patienter*, 2017. .
- [51] Y. Fu, G. Yu, E. McNichol, K. Marczewski, and S. José Closs, “The effects of patient–professional partnerships on the self-management and health outcomes for patients with chronic back pain: A quasi-experimental study,” *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 59, pp. 197–207, Jul. 2016.