

Opioider og kroniske smerter

Det kan virke overraskende, at 5-10 % af alle operationspatienterne udvikler kroniske smerter. Herunder er bestemte operationstyper særligt forbundet med udvikling af kronisk smertetilstand. Definitionen af postoperativ kronisk smerte er en vedvarende smerte 3 mdr postoperativt. Endvidere er det nyeligt beskrevet i Ugeskrift for læger,¹ at ca 5% af alle operationspatienter fortsat har et opioid forbrug 3 mdr postoperativt.

Der er en brist i samarbejdet mellem sektorerne interhospitalt og primær sektoreren. Der bliver ikke taget ansvar for den post operative opioid-udtrækning og patienten er ikke altid selv i stand til varetagelsen heraf, samtidig er det en svær opgave at håndtere i almen praksis. Konsekvensen kan blive et fast langvarigt opioidforbrug, der er forbundet med en opioid overdosering og utilsigtet letalitet tilføje. Omkring halvdelen af letal medicin overdosering i US er relateret til udskrivning af opioidrecepter forårsaget af den "opioide epidemi".

En effektiv postoperativ smertebehandling er forebyggende for udvikling af en kronisk smertetilstand, herunder er særlig det første postoperative døgn med ukontrollerede svære smerter en prædiktor for udvikling af kroniske smerter. Det er desværre stadig en udbredt opfattelse, at de etablerede smertepakker til de enkelte operationstyper, er tilstrækkelige til alle patienter og at enhver tilfældig sundhedsansat kan varetage smertebehandlingen af patienter uden skelen til risiko faktorer og individuelle behov. Der mangler i høj grad en stratificering af patienter og en tilgang af dedikerede sundhedspersonel til at varetage behandlingen af de særligt udsatte patienter for at facilitere et godt forløb og forebygge kronisk smertetilstand og lette den heraf samfundsøkonomiske byrde.

Det er ganske få hospitaler, der har prioriteret og etableret et smerteteam til det formål at favne de patienter som ikke er egnet til indgå i et standardiseret smertebehandlings regime. Smerteteamets funktion vil oftest være at lave en plan for smertebehandlingen, udføre den med frekvent opfølgning og regulering, samt lave udtrækningsplan af opioider. Den postoperative opioidudtrækningen kan i princippet varetages af patientens praktiserende læge, men idet der ikke er enighed om hvem der bør bære ansvaret for denne opgave, tabes flere patienter i systemet og er i risiko for et vedvarende opioid forbrug. Det er ikke en nem opgave i almen praksis at håndtere en opioidudtrækning, ydermere finder flere praktiserende læger sig heller ikke kompetente til at varetage opgaven. Opgaven ligger bedst i hospitalsregi, men det kræver opfølgning og her svigter ressourcerne. De få hospitaler, der har prioriteret et smerteteam har vundet store patienttilfredshed og har stor succes i overdragelse af patienterne til videre behandling hos den praktiserende læge.

Alle operationsafdelinger burde have tilgang til et smerteteam og denne funktion burde opprioriteres i henhold til det stigende individuelle behov.

Ved kroniske smertepatienter skelnes behandlingsmæssigt mellem de patienter, der får uhensigtsmæssig opioid, og de patienter der ikke har, eller ikke længere har det problem oven i smertelidelsen. Når opioid forbruget har stået på længe nok, er det efterhånden kun bivirkningsprofilen og kroppens afhængighed der persisterer, reduktionen af smerter er minimal. En af kerneopgaverne for smerteklinikkerne er den komplekse kroniske smertepatient, der har udviklet et højt opioid forbrug gennem årene. Inden en tværfaglig

smertebehandling kan iværksættes må patienten støttes i opioidudtrapning, som er en forudsætning for en god smertebehandling af den komplekse kroniske smertepatient. Ligeledes må psyko-social comorbiditet afdækkes for at give den relevante behandling i forløbet i smerteklinikken. I smerteklinikkerne arbejdes i at lindre smertesygdom ved at give patienten indsigt, overblik og nye handlingsmuligheder ved en bred individuel tværfaglig indsats. Smerteklinikkerne håndterer patienter henvist fra hospitalsafdelinger og praktiserende læger, hvor man ikke har de nødvendige kompetencer til at håndtere opgaven. Ved henvisninger fra almen praksis er den psyko-social comorbiditet oftes afdækket, hvilket sjældent er tilfældet fra anden hospitalsafdelings side.

De få smerteklinikker der er oprettet, har hurtigt fået en alen lang venteliste af patienter der har brug for den behandling og ekspertise, de tilbyder. En del af de ventende patienter er påvirket af smerter i en sådan grad, at de har svært ved at få hverdagen til at hænge sammen og er ofte sygemeldte.

I henhold til loven er der fastsat en maksimal ventetid på behandling på 30 dage. På landsplan er ventetiden til at få f.eks et nyt knæ ca 42 dage. Til sammenligning er ventetiden på en tid i smerteklinikken på Center for Planlagt Kirurgi ca 80 uger.

Hvordan kan en lidelse, der forårsager arbejdstab, funktionstab, psykisk overlast, menneskelig isolation være så nedprioriteret i det danske sundhedssystem?

Smerteklinikkerne savner tildeling af ressourcer og efterlyser ofte et bedre samarbejde med de praktiserende læger i visitationerne.

De savner en politisk opbakning der er villige til at anerkende, at den kroniske smertepatient er en kompleks opgave, der kræver tværfagligt samarbejde og ressourcer.

Det er en opgave der vokser og vi har brug for at det fra politisk side bliver indset, at en tilfældig legalisering af cannabis ikke er løsningen, men det er derimod tværfagligt samarbejde baseret på akademisk videnskab og med patienten i midten.

Charlotte Runge Sørensen
Emneredaktør

1. Uhrbrand P et al. Morfinafhængighed som komplikation i forbindelse med kirurgi. Ugeskr Laeger. 2018 Jul 30;180(31).

[artikel](#)