

Behandlingstilbud Smertepoliklinikk Ahus.

Smertepoliklinikk A - hus



Smertepoliklinikkens Ahus historie

- **Smertepoliklinikk er en seksjon i Anestesiavdelingen ved Akershus universitetssykehus**
- **Smertepoliklinikk har vært i drift siden 1991. Tverrfaglig smertepoliklinikk har vært i funksjon fra 2004**

Smertepoliklinikkens Ahus

- **Tverrfaglig utredning og behandling av:**
- Alle typer kroniske ikke-maligne smertetilstander
- Utredning og behandling av pasienter med komplisert sammensatt lidelse.
- Smertepoliklinikken er et kompetansesenter for leger på sykehuset og primærleger .
- Samarbeid med Bekkensenter ved A- hus
- Samarbeid med ARA.

Smertepoliklinikk A- hus

- Opptaksområde 600 000
- Henvisninger 1184
- Nye pasienter 580
- Konsultasjoner per år 3600
- Ventetid 12- 24 uker
- 10.6 hjemmel
- Seksjonssjef
- 2.3 legestilling- 5 leger i
20 – 30 % stillinger
- 1 Psykiater
- 1. Psykolog
- 1 fysioterapeut
- 20 % kiropraktor
- 3 sekretærer

Henvisningsdiagnoser

- Nakke- og skuldersmerter
- Smerter i ryggen med og uten utsrøling
- Hodepine
- Ansiktssmerter
- Skuldersmerter
- CRPS - kompleks regional smertesyndrom
- Smerter pga. nerveskade
- Abdominale smerter
- Polynevropati
- Generaliserte uspesifikke smerter
- Smerter i bekken og perineum

Vurdering av henvisninger:

- **Nasjonal faglig veileder som er grunnlaget til vurdering 01.11.2015.**
- **Inklusjonskriterier:**
- **Forholdet mellom forventet nytte og forventet ressursbruk.**
 1. Konkret problemstilling,
 2. Smertepoliklinikken har behandlingstilbud- eksempel Qutenza
 3. Pasienten er i arbeid
 4. Ung alder
 5. Henvisning fra en spesialist
 6. Høy smertenivå er ikke indikasjon på gruppenivå, men vurderes individuelt.

Eksklusjonskriterier:

- Tilstander som **på gruppenivå (men ikke etter individuell vurdering)** ikke anbefales rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er:
 1. Pasienter som forventes å få tilfredsstillende hjelp i primærhelsetjenesten.
 2. **Pasienter som åpenbart har uttalte negative individuelle prognostiske faktorer som gjør at det er lite sannsynlig at smerteklinikkene kan oppnå noe mer enn det primærhelsetjenesten kan tilby pasienten.**

Dette kan for eksempel være pasienter som har vært til gjentatte vurderinger ved smerteklinikker eller annen spesialisthelsetjeneste tidligere uten at tiltak har ført til bedring.
 3. Pasienter med stor belastning med komorbiditet som smerteklinikkene ikke kan håndtere og får bedre hjelp hos andre spesialister- nevrologiske tilstander.

Utfyllende eksklusjonskriterier

- Mangeårige smerter med stor psykisk belastning og dårlig compliance.
- Fibromyalgi som hoveddiagnose
- Høy terskel for inntak av pasienter som tidligere har vært behandlet på smertepoliklinikken og ble avsluttet pga. manglende effekt på behandlingen.
- Vurdering på en annen smertepoliklinikk men ikke second opinion.
- Andre opptaksområder hvor det ikke står at det er fritt sykehus valg.

Konklusjon etter vurdering

Etter avsluttet vurdering **legen skriver en av følgende konklusjoner:**

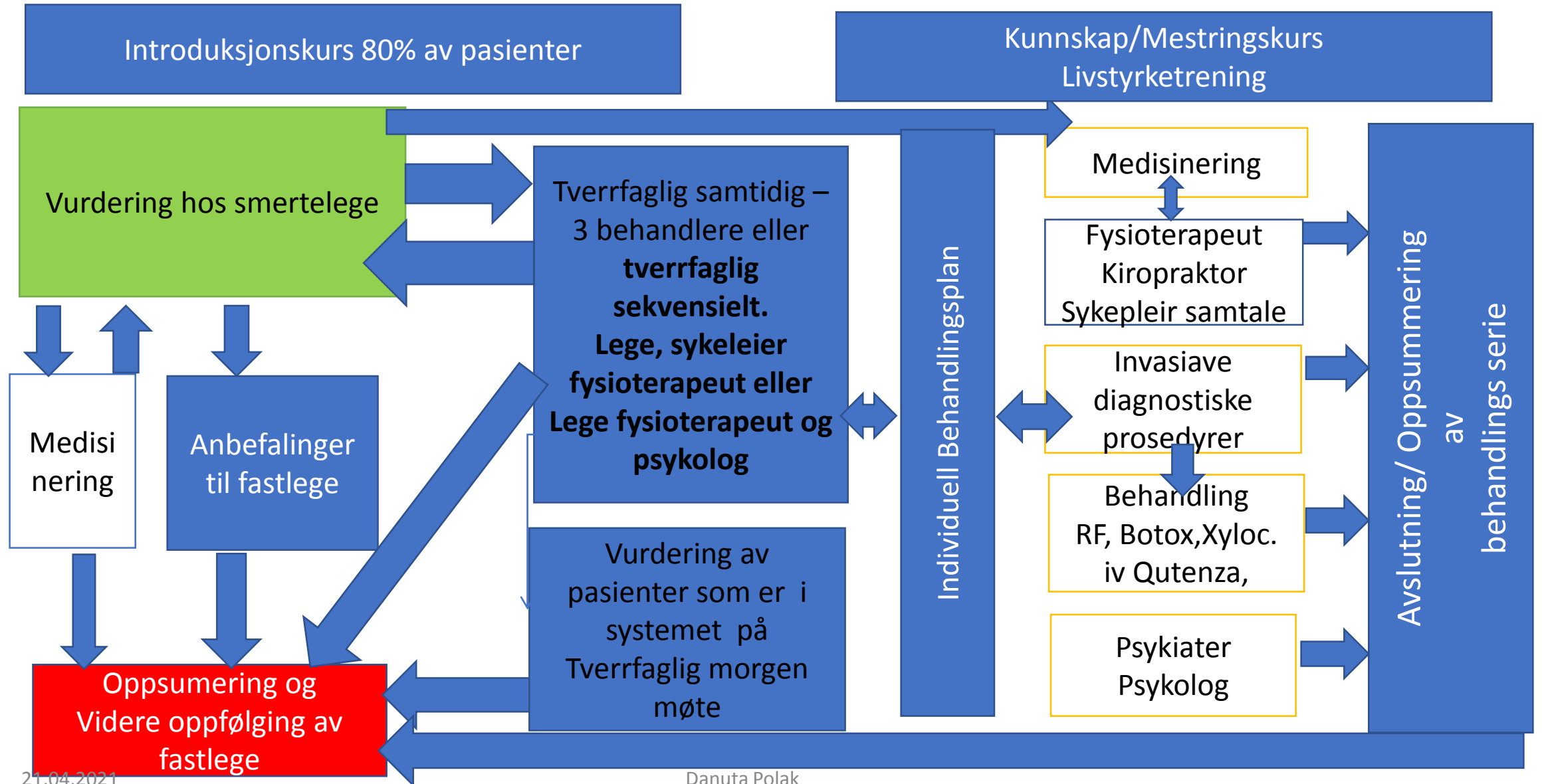
1. **Utredning:** alle nye pasienter
2. **Behandling:** en kjent pasient som er henvist til enkelt behandling for eksempel RF
3. **Avvist med råd**
4. **Avvist uten råd**
5. **Forespørsel:** pasienten er i systemet og for eksempel fastlegen sender et brev med spørsmål om medisinerings eller videre plan.

Forespørsel krever skriftlig eller telefonkontakt med legen og skriving et journalnotat eller kontakt gjennom Dialog.

Smertepoliklinikkens tverrfagligteam

- **Sekretærer** er første linje i kontakt med pasienter i tillegg til sekretærjobb.
- **Lege:** Vurdering, Stille en smertediagnose.
 - Definere graden av sentralsensitiserign – generaliserte smerter i tillegg til lokalesmerter , overfølsomhet for lyd og lys og lukt.
 - Vurdere pasientens smerteproblem etter **bio- psyko- sosiale modellen**.
 - Tester, behandling. diagnostiske og behandlingsblokader, medikament
 - infusjoner, evt. nerveblokader i tillegg til medikament utprøving, avmedisinering.
- **Sykepleier:**
 - Introduksjonskurs
 - Individuelle samtaler
 - Medikamenttester og infusjoner
- **Fysioterapeut:** Utprøving av TENS, individuell tilpasset øvelsesprogram, veiledning, gå gruppe: tur pluss avspenning og veiledning, treningsgrupper,
- **Kiropraktorbehandling** . Vurdering og behandling
- **Psykiater/psykolog** - Vurdering og ev behandling i begrenset tid
- Kunnskapskurs
- Livsstyrketrenings kurs

Pasient forløp



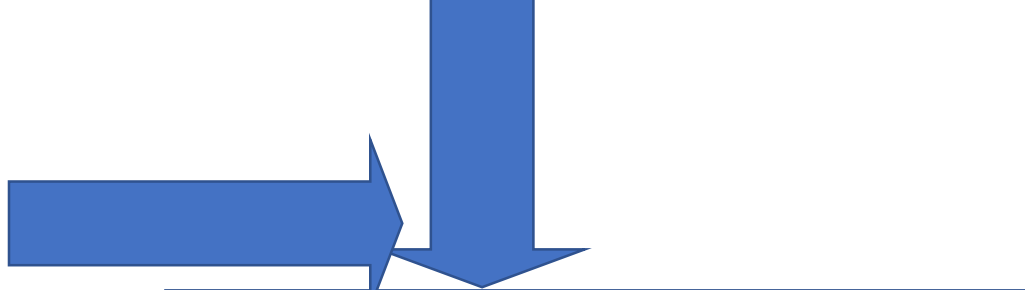
• Årsaker til
• Kroniske smerter



Trigger – utløsende faktorer
Bio - Infeksjon og andre sykdommer, fysiske traumer
Psyko- Emosjonell traume
Sterk akutt eller pågående stress og press
Sosial situasjon- økonomi, konkurs, akseptering,

Wedlikehold faktorer
Bio- Sykdom, Infeksjon, skade muskel- skjelette, nerveskade, CNS sensitisering.
Psyko -Dysfunksjonelle tanker, bekymringer
Sosial -Dysfunksjonell sykdom atferd – best å ligge .
Forsikrings sak. Sosial og økonomisk avhengighet,
Overforbruk av sterke opiater og vanedannende medikamenter

Sårbarhet
Biologisk- tidligere sykdommer, traumer, arv. vedvarende stress
Psykologisk og sosial negativ læring, omsorgssvikt, misbruk

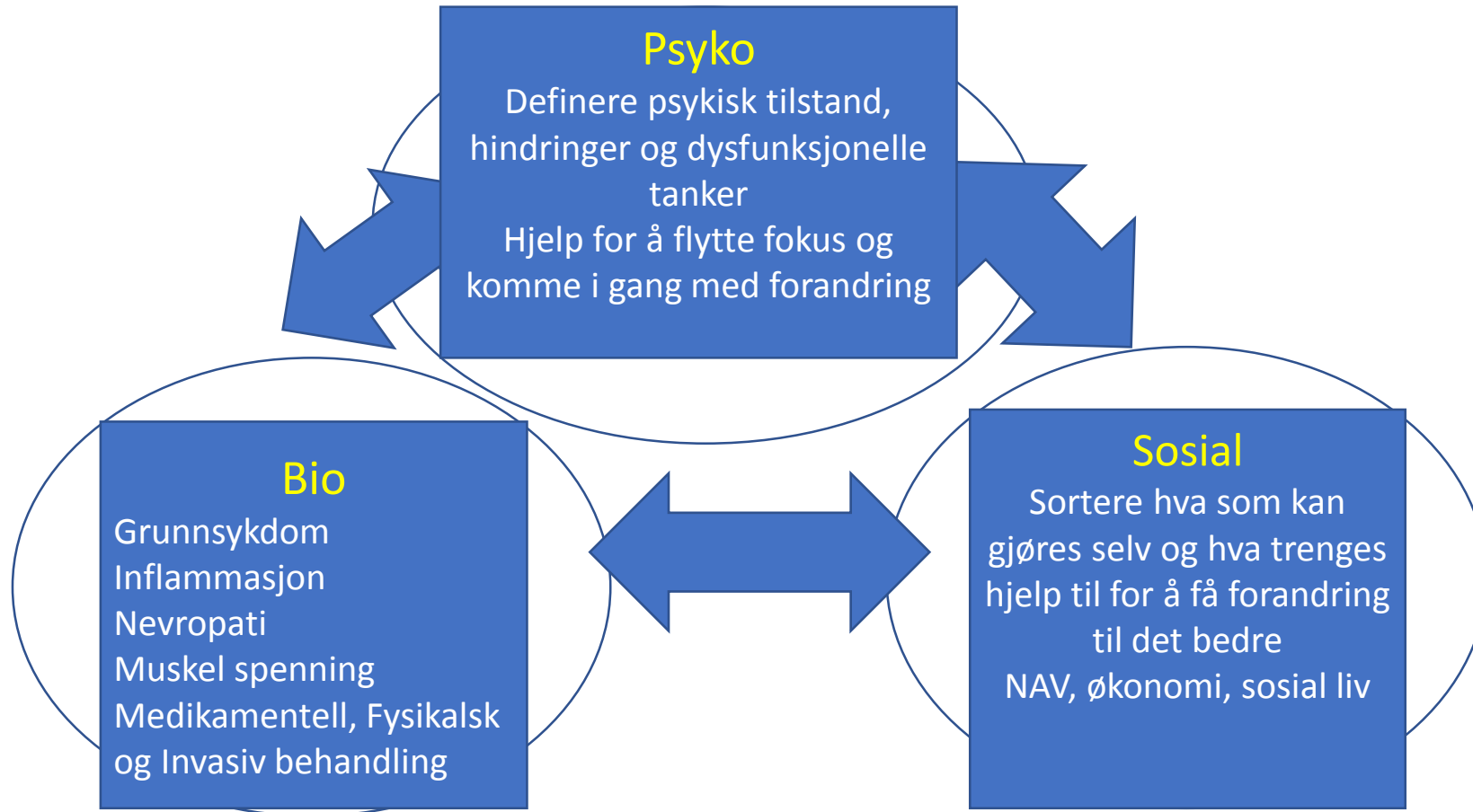


Sykdom, akutt eller gradvis utvikling



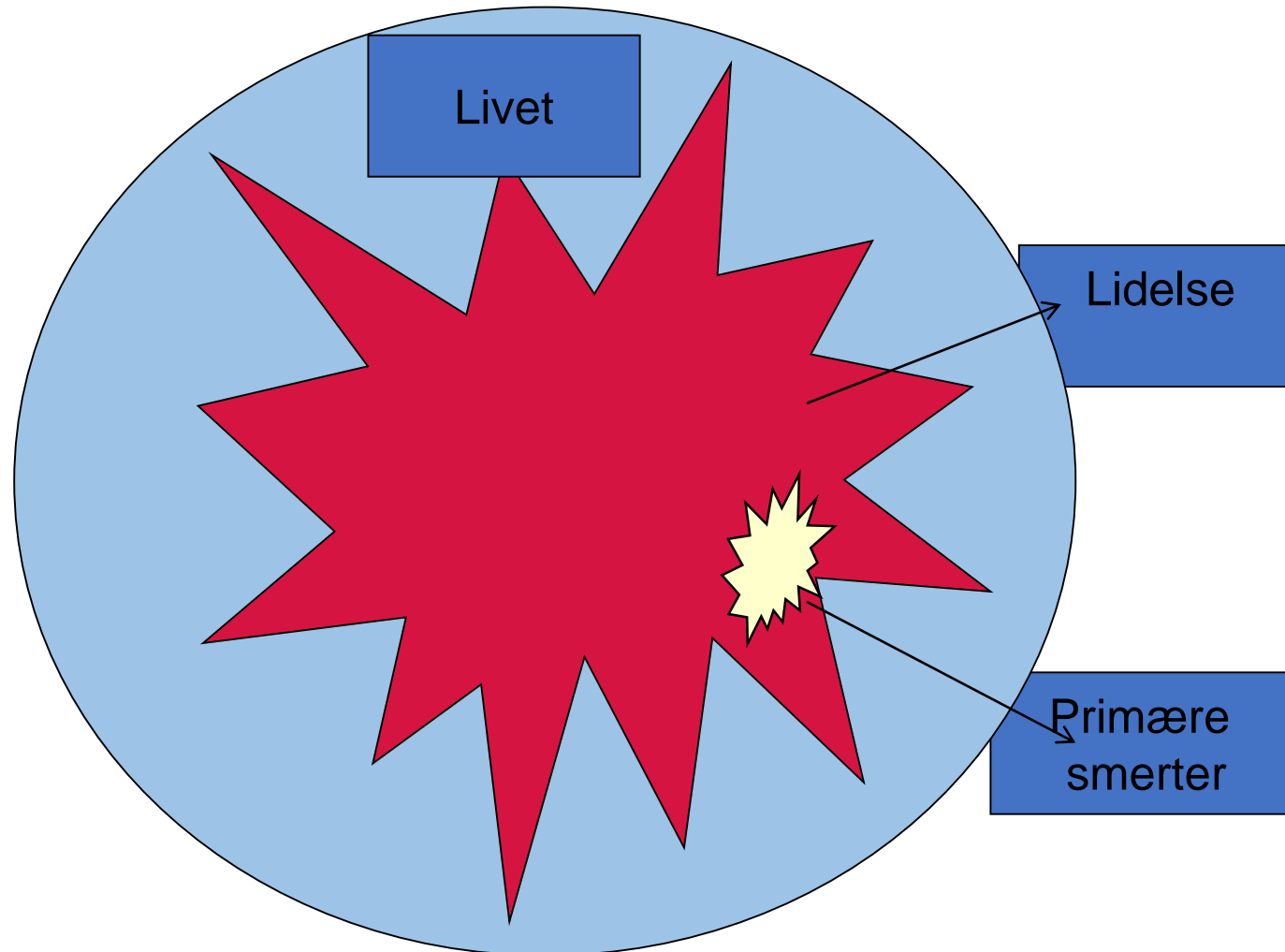
Kronisk sykdom
Sensitisering- overfølsomhet av nervesystemet

Smerter er en sammensatt sensitiv helseproblem
Smerter og lidelse kan best forklares og behandles gjennom den Bio –psyko -
sosial modellen



Smertes – Lidelse og Livet

Se på helheten



Innvasive behandlingsprogrammer er alltid en del av tverrfaglig smertebehandling

- **Botox** hver 3- 4 måned 3 x, vurdering hos psykolog, fysioterapeut og kiropraktor.
- **TGP/PN - Triggerpunk injeksjoner eller perifere nerveblokader. Test x 3 i en serie**
- **IV infusjon av Lidocain 3- 4 mg / kg, Catapresan 75 – 150 mikrogram/ kg. Test - x 3 med 1 uke mellomrom, ev pluss Ketanest 0.1 – 0.3 mg /**
- **Paravrtebrale blokader - x 3 i en serie , ev. videre henvisning til C bue diagnostikk**
- **Test av ramus medianus fra Ramus dorsalis til fasettleddene, DRG, perifere nerver – N. Pudendus, N ilioinguinalis. Ganglion Impar blokade.**
- **Etter positiv test, smertelindring > 50 % får pasienten tilbud om RF behandling.**
 - **Vurdering av effekten – vurderingsskjema og evalueringsskjema som pasienten fyller ut og sender til smertepoliklinikk.**

Desensitiseringsprogram DSP

IV behandling med: Lidocain 4- 5 mg / kg, Catapresan 75 – 150 mikrogram, ev. Ketanest 2 mg / kg, Magnesium 10 mmol. + lavdose med Midazolam eller Stesolid.

Hensikter er å redusere smerter og heve smerteterskelen

• Inklusjonskriterier

- Generaliserte smerte lokalisert i flere områder på kroppen,
- Lokaliserte smerter med høy grad av sentralsensitiserign.
- Ved:
 - Nerveskade,
 - Sentrale smerter- MS
 - Nakkesmerter, Ryggsmerter,
 - CRPS,
 - Senskade etter kreftbehandling ev. andre typer smerte som responderer på denne behandling.

• Eksklusjonskriterier

- Aktuell pågående infeksjon lokal eller systemisk
- Psykologiske eller kognitive forstyrrelser
- Manglende forståelse av hensikten med prosedyren

Smertepoliklinikken ved Akershus universitetssykehus er en tverrfaglig poliklinikk som behandler pasienter med sammensatte og vanskelige smerteproblemer.

Elementer av tverrfaglig smertebehandling

- Smerteopplæring
- Opplæring om smertebiologi
- Forståelse av biologiske mekanismer som vedlikeholder smerter. Redusere opplevelse av redsel og lidelse forbundet med smerter og helse angst.
- Medisinering:
- Medikamenter som påvirker ledning og modulering av smerteimpulser fra smertereseptorer til hjernen: Sarotex, Neurontin, Lyrica, Catapresan, ev medikament infusjon.
- Lokal behandling:
- Capsaicin, Versatis, Mentolatum
- Desensitisering- IV behandling
- Avmesisinering
- Gradvis avslutning av sterke opiater og spesiell kortidsvirkende opiater.
- Invasivbehandling
- Infiltrasjon med lokalanestesimidler eller Botox , blokader, Radiofrekvens behandling
- Fysioterapi:
- Avspenning, strekking , egen, grupper kondisjonstrening.
- Psykoterapi:
- Kognitiv terapi, Mindfulness , Mental styrke – Livstyrketrening , stress og angstreduksjon
- **Egen innsac**
- Hjelp pasienten å forstå hans/hennes
- egen rolle til å påvirke egen smerteopplevelse.
- Formidle til pasienten at smertelindring
- er en langvarig prosess som kommer til å
- krever mye av pasientens tid og arbeid.
- **Forandring i tankegangen reduserer smerteopplevelsen.**

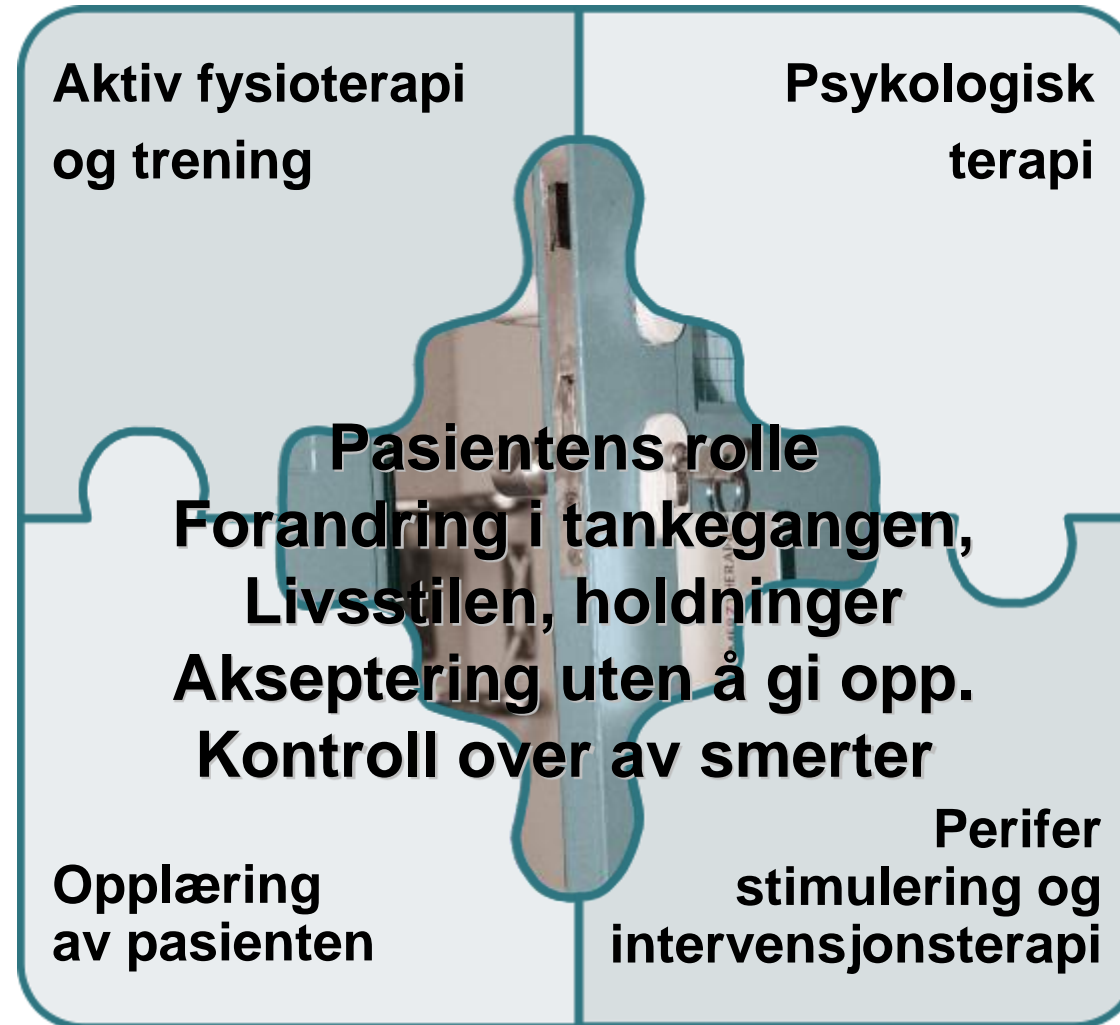
Behandlingsmål Smertepoliklinikk

- Gi pasienten informasjon om diagnose og gi forklaringsmodell for smerter og behandling på bakgrunn av bi- psyk- sosial modell.
- Øke forståelsen av smerteproblemet
- Øke kunnskap om egen helsesituasjon.
- Hjelp pasienten å forstå hans/hennes egen rolle til å påvirke egen smerteopplevelse.
- Formidle til pasienten at smertelindring er en langvarig prosess som kommer til å krever mye av pasientens tid og arbeid.

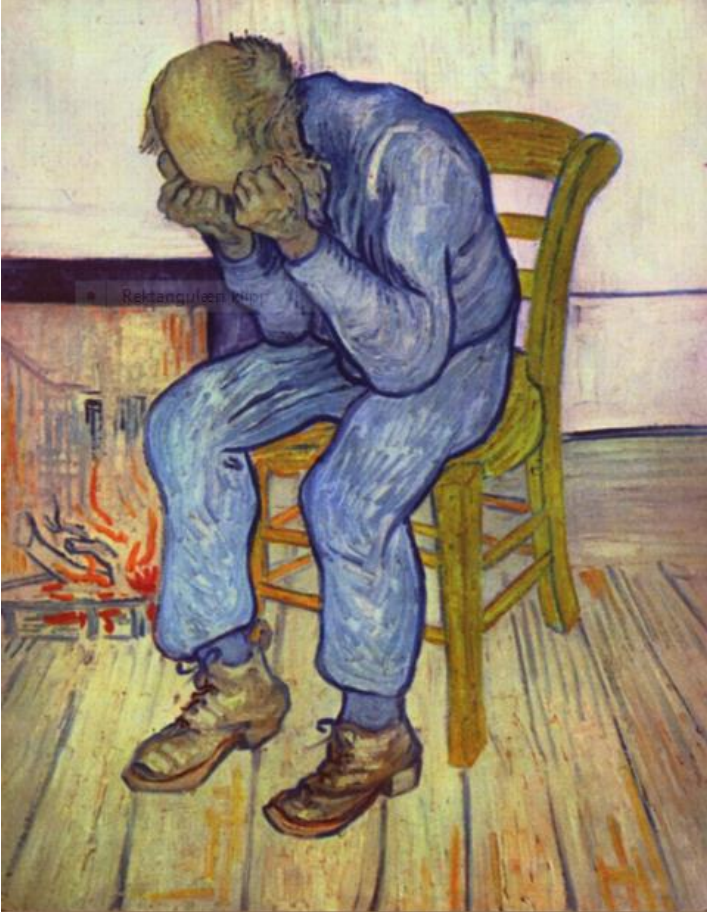
Behandlingsmål Smertepoliklinikk

- Lindre pasientens smerteopplevelse, ikke smertefrihet, (VAS ned til 3-4)
- Bedre eller bevare pasientens funksjonsnivå med redusert symptomtrykk.
- Forbedre nattesøvn.
- Redusere forbruket av smertestillende medikamenter.
- Motivere pas. til å øke fysisk og sosial aktivitet.
- Hjelp å redusere frykten for bevegelse og arbeidsdeltagelse (fear avoidance).

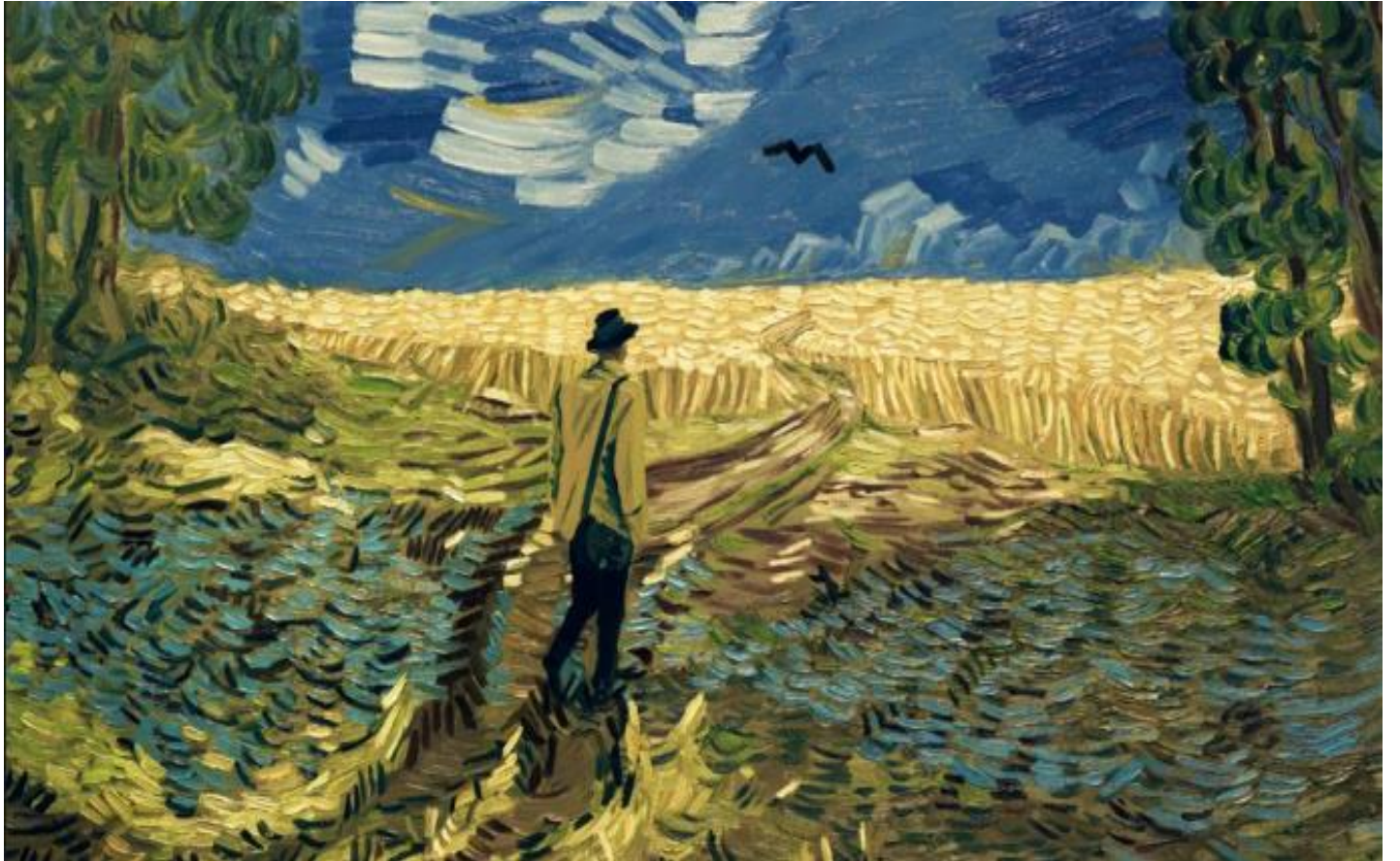
Tverrfaglig og multimodal behandlingsstrategier



Forsøke å lindre, gi redskap og vise veien.



21.04.2021



Danuta Polak

Hvordan få på plass et bedre tilbud til og samarbeid om smertepasienter med Fastleger?

- Smerteforum- muligheter til å dele erfaring
- Henvisninger:
 - Hoved smerteproblemet, andre smerter.
 - Hva som er prøvd?
 - Tydelig skille mellom andres vurderinger og sine egne, for å få bedre forståelse.
- Fortsette behandling startet på smertepoliklinikken - Qutenza
- Hvem bør få opiater ev. Cannabis og hvem ikke bør få?
- Felles polis i forhold til pasienter som overforbruker opiater
- Reseptskriving hvem og hva?
- Smertepasienter som har barn.
- Andre ???