



Metodebok for langvarige smertetilstander

Versjon 1.0.

November 2021



Oslo
universitetssykehus



Regional kompetansetjeneste for
SMERTE (ReKS)

Innhold

Forord	3
Behandlingsprinsipper	4
Smerteklassifisering	5
Utreknings-/behandlingsalgoritmer	6
Overordnet om medikamentell smertebehandling	11
Forslag til titreringsmaler	12
Henvisninger og prioriteringer	14

Forord

Velkommen til den første utgaven av metodeboken for diagnostikk og behandling av langvarige smertetilstander hos voksne. Metodeboken er et dynamisk produkt, og den siste oppdaterte versjonen og versjonsendringer finnes på vår nettside: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/akuttklinikken/avdeling-for-smertebehandling/regional-kompetansetjeneste-for-smerte/smerteguiden-veileder>.

Regional kompetansetjeneste for smertebehandling er ansvarlig for metodeboken. Det understrekes at dette er en praktisk håndbok og ingen lærebok i smertemedisin. Denne første versjonen retter seg først og fremst mot leger som møter pasienter med langvarige smertetilstander i første- og andrelinjetjenesten, og har et spesielt fokus på diagnostikk og farmakologisk behandling av de vanligste smertetilstandene. Senere versjoner vil utvides for også å dekke tverrfaglige behandlerteam, og inneholde ytterligere detaljer om temaer som ikke-farmakologisk behandling, behandling av eldre og andre sårbare grupper, invasive behandlinger, spesifikke smertesyndromer (f.eks. trigeminusnevralgi, fantomsmerter, stumpmerter) behandling med opioider og cannabinoider, fører kortbegrensninger, placebo/nocebo, individualiserte behandlingsmål, behandling av sjeldne tilstander, forklaringsmodell(er), m.m.

Denne metodeboken er inspirert av offisielle retningslinjer for smertebehandling i Danmark. Men siden dette er en metodebok vil den være en kombinasjon av andre nasjoners offisielle retningslinjer, selektivt utvalgt forskningslitteratur og kliniske erfaringer fra klinikere ved Avdeling for smertebehandling OUS. Senere utvidelser vil få en mer utførlig referanseliste.

Grunnet den vanlige funksjonsfordelingen av pasienter i norsk helsevesen vil ikke ulike former for hodepine (inkl. migrene) og kreftrelaterte smerter spesifikt omtales i denne håndboken. Hodepine behandles i hovedsak av nevrologer. Kreftrelaterte smerter vil hovedsakelig behandles i henhold til den smerteklassifikasjonen de hører inn under.

Helt bakerst i metodeboken er det en oversikt over hvilke momenter en henvisning til en smerteklinikk bør inneholde.

Tilbakemeldinger og ønsker for senere versjoner er kjærkomne og kan sendes til ansvarlig lege for metodeboken Lars-Petter Granan Largra@ous-hf.no

Regional kompetansetjeneste for smertebehandling sin arbeidsgruppe for metodeboken har bestått av:

- Audun Stubhaug (anestesiologi)
- Harald Breivik (anestesiologi)
- Lars-Petter Granan (fysikalsk medisin og rehabilitering)
- Silje Endresen Reme (psykologi)
- Tone Marte Ljoså (smertesykepleie)

Behandlingsprinsipper

Langvarige smerter er som de fleste klinikere er kjent med en kompleks tilstand med ulik grad av innslag fra de ulike dimensjonene i den biopsykososiale modellen. Det kan derfor være veldig utfordrende å vite hvilke aspekter ved hvilke dimensjoner det er viktigst å rette behandlingen mot for å lykkes med å hjelpe pasienten. Det vil også være store variasjoner mellom pasienter, men det kan også være store variasjoner hos den enkelte pasient over tid eller i ulike kontekster. Derfor ser vi det som hensiktsmessig å ha en overordnet tredeling av klinikerens tilnærming til smertebehandling. Om alle pasienter trenger å eksponeres for alle tre tilnærmingene vil variere. Det vil også variere i hvilken grad det er legen (eller andre kliniske profesjoner) som skal stå for alt alene, eller om dette dekkes best av et felles samkjørt tverrprofesjonelt team. De tre delene er:

Del 1 Forklaringsmodell

Pasienter trenger en forklaringsmodell som forklarer hvorfor deres smerter og hvordan dette henger sammen med behandlingsplanen. Ofte vil det være viktig å forklare hvordan smertene kan fortsette å være tilstede selv om den opprinnelige skaden har tilhelet. Forklaringsmodellen bør også ta høyde for de vanlige svingningene i smertetilstanden.

Del 2 Symptomdemping

Dette er typisk hovedfokuset til leger og pasienter, og er ofte synonymt med farmakologiske tiltak eller kirurgi/invasive tiltak. Punktet begrenser seg dog ikke til slike tiltak og kan for pasienten romme alt fra medikamenter til kosthold; hypnose; andre behandlingsmodaliteter; meditasjon; "placebo-/shambehandling"; kontekstsensitive tiltak som ritualer, rutiner og vaner; osv. Utfordringen er at de fleste klinikere i for stor grad stopper ved dette punktet.

Del 3 (Re)habilitering

En stor andel av de som oppsøker helsetjenesten med langvarige smertetilstander har betydelig redusert funksjon, livskvalitet og står ofte på siden av arbeidslivet (eller studier). En viktig del av behandlingen vil derfor være å hjelpe pasienten (ev å hjelpe seg selv) tilbake til et mer meningsfullt liv (og være tilstede til pasienten har etablert seg på det nye funksjonsnivået). Dette er ofte noe enklere etter en vellykket gjennomføring av del 2. For mange vil det her dreie seg om å finne tilbake til noe som gjør at pasienten føler seg til nytte for noe(n) i hverdagen sin/livet sitt. Den enkelte trenger (igjen) å føle at livet er meningsfylt, i det minste deler av livet i en tidlig fase av (re)habiliteringen. Ofte kan man komme en lang vei ved å komme frem til – kliniker sammen med pasienten – individuelle behandlingsmål, samt å evaluere disse på jevn basis. Det vil også være naturlig å justere både del 2 og 3 i henhold til utviklingen mot å tilfredsstille disse behandlingsmålene.

Smerteklassifisering

Langvarige smerter kan klassifiseres i fire undergrupper: nociseptive, neuropatiske, nociplastiske og idiopatiske smerter. *En person med en langvarig smertetilstand kan ha opptil flere av disse smertene samtidig.*

Nociseptiv smerte

- Definisjon: "Pain that arises from actual or threatened damage to non-neural tissue and is due to the activation of nociceptors." (IASP)
- Nociseptiv smerte fordrer et intakt (somasensorisk) nervesystem, og dermed fravær av sykdom eller skade. Eksempler: smerte ved/etter vevsskade som artrose og infeksjoner.

Neuropatisk smerte

- Definisjon: "Pain caused by a lesion or disease of the somatosensory nervous system." (IASP)
- Neuropatisk smerte deles i sentral og perifer neuropatisk smerte
- Eksempler på sentral neuropatisk smerte: smerter etter hjerneslag og ved MS.
- Eksempler på perifer neuropatisk smerte: smertefull diabetesnevropati, radikulopati og fantomsmerter

Nociplastisk smerte

- Definisjon: "Pain that arises from altered nociception despite no clear evidence of actual or threatened tissue damage causing the activation of peripheral nociceptors or evidence for disease or lesion of the somatosensory system causing the pain." (IASP)
- Diagnosen krever et intakt (hverken sykdom eller skade) somasensorisk nervesystem, samt hyperfenomener ved klinisk undersøkelse av det affiserte området.
- Eksempler: fibromyalgi, IBS og CRPS type 1.

Idiopatisk smerte

- Det finnes ingen offisiell definisjon av denne smertegruppen, men den vil inkludere alle smerter som ikke fanges opp av de tre øvrige gruppene, dvs. smerter av ukjent årsak. Tidligere ville dette også inkludert nociplastiske smerter.

Utrednings-/behandlingsalgoritmer

På de følgende sidene har vi utrednings- og behandlingsalgoritmer som rommer de fleste aktuelle aspekter i en utredning og behandling. Detaljer knyttet til medikamentdoseringer finner du i en egen tabell (Forslag til titeringsmaler) i metodeboken.

- Nociseptiv/inflammatorisk smerte
- Nevropatisk smerte
- Komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS)
- Fantomsmerter og stumpsmerter
- Øvrige langvarige smerter (nociplastisk/idiopatisk smerte)

Behandlingsalgoritme for nociseptiv/inflammatorisk smerte (smerte som følge av vevsskade)

Sykehistorie

Vevsskade eller inflammasjon (med eller uten infeksjon) uten kjent somatosensorisk skade eller sykdom som forklarer smertebildet.

Kliniske funn

- Smerte direkte relatert til vevsskade eller inflammasjon
- Fravær av dermatopregede og perifere nervelesjonssmerter

Farmakologiske behandlingsalternativer, eventuelt i kombinasjon

- Paracetamol
- NSAIDs
- Amitriptylin*
- Duloksetin (ev. venlafaksin)*
- Lidokainplaster (med antatt perifer årsak)

NB: Ved (sub)akutt fase, vurder initial behandling med paracetamol eller NSAIDs, eller en kort behandling med opioider.

* Off label-forskriving

Ikke-farmakologiske tiltak

- Underliggende årsaksrettet behandling i andrelinjen
- Fysiske tiltak førstelinjen
 - -F.eks. fysioterapi, trening, Frisklivssentral, rehabiliteringsopphold.
- Livsmestring/psykologisk behandling
- Arbeidslivstiltak (f.eks. via NAV)

1.- og 2.-linjen

Oppfølging

Se «Forslag til titreringsmaler» for detaljer ifm utprøving.

Positiv
behandlings-
effekt

Behandlingsperiode

- Initialt bør pasienten følges tett for å sikre god og riktig etterlevelse av medikamentbruken.
- Alle behandlinger bør prøveseponeres 1-2 ganger i året for å avklare fortsatt indikasjon.

Utilfredsstillende
behandlingseffekt:
revurder

Ved utilfredsstillende resultat:
Vurder om pasienten kan ha nytte av henvisning til 3. linjen

Smerteklinikk

- Utredning/diagnostisk avklaring (inkl. blokader).
 - Tiltak som kan vurderes etter utredning:**
 - Rådgivning, f.eks. medikamentutprøving og nedtrapping.
 - Opioidutprøving.
 - Gruppebehandling.
 - Tverrfaglig behandling (inkl. psykologiske og fysiske tiltak).
 - Invasive modaliteter (f.eks. RF-behandling‡)
 - Utprøvende behandling.
 - Kliniske studier.
- ‡Se OUS' nettsider

Behandlingsalgoritme for nevropatisk smerte (smerte som følge av skade eller sykdom i nervevev)

Sykehistorie

En anamnese på nervelesjon og smerteutbredelse tilsvarende skadenivå (sentralt og/eller perifert)

Kliniske funn

- Smerte lokalisert til inervasjonsområdet for de(n) spesifikke nerve(r) (plexus, nerverot/dermatom, perifer nerve, amputasjon)
- En klinisk verifisert sensorisk forstyrrelse (hypo eller hyper) i det affiserte området (se over) med en eller flere av følgende modaliteter:
 - Lett berøring (pensel/bomull)
 - Stikk ("nål"/binders/tannpirker)
 - Varme (varmerulle eller metallhåndtak (f.eks. på reflekshammer) varmet opp til ca 40°C)
 - Kulde (kulderulle eller metallhåndtak (f.eks. på reflekshammer) kjølet ned til ca 25°C)

Farmakologiske behandlingsalternativer, eventuelt i kombinasjon

- Amitriptylin (ev. nortriptylin)
- Gabapentin
- Pregabalin
- Duloksetin (ev. venlafaksin)
- Lidokainplaster
- Capsaicinplaster

NB: Ved (sub)akutt fase, vurder initial behandling med paracetamol eller NSAIDs, eller en kort behandling med opioider.

Ikke-farmakologiske tiltak

- Underliggende årsaksrettet behandling i andrelinjen
- Fysikalske tiltak førstelinjen
- Livsmestring/psykologisk behandling
- Arbeidslivstiltak (f.eks. via NAV)

1.- og 2.-linjen

Oppfølging

Utilfredsstillende
behandlingseffekt:
revurder

Ved utilfredsstillende
resultat:

Vurder om pasienten kan ha
nytte av henvisning til 3.
linjen

Se «Forslag til titreringsmaler» for detaljer ifm utprøving.

Positiv
behandlings-
effekt

Behandlingsperiode

- Initialt bør pasienten følges tett for å sikre god og riktig etterlevelse av medikamentbruken.
- Alle behandlinger bør prøveseponeres 1-2 ganger i året for å avklare fortsatt indikasjon.

Smerteklinikk

- Utredning/diagnostisk avklaring (inkl. blokader).
 - **Tiltak som kan vurderes etter utredning:**
 - Rådgivning, f.eks. medikamentutprøving- og nedtrapping.
 - Opioidutprøving.
 - Gruppebehandling.
 - Tverrfaglig behandling (inkl. psykologiske og fysikalske tiltak).
 - Invasive modaliteter (f.eks. ryggmargsstimulering) ‡.
 - Ergoterapi
 - Utprøvende behandling.
 - Kliniske studier.
- ‡Se OUS nettsider

Behandlingsalgoritme for komplekst regionalt smertesyndrom (CRPS)*

Sykehistorie

- Vedvarende smerte som er uforholdsmessig sterk sammenlignet med forårsakende hendelse.
- Må rapportere minst ett symptom fra tre av de fire følgende kategoriene:
 1. Sensorisk: hyperestesi og/eller allodyni.
 2. Vasomotorisk: temperaturasymmetri og/eller hudfargeforandringer og/eller hudfargeasymmetri.
 3. Sudomotorisk/ødem: ødem og/eller svetteforandringer og/eller svetteasymmetri.
 4. Motorisk/trofisk: redusert bevegelsesutslag (ROM) og/eller motorisk dysfunksjon (svakhet, tremor, dystoni) og/eller trofiske forandringer (hår, negler, hud).

Kliniske funn

- Må fremvise minst ett funn, ved tidspunktet for klinisk undersøkelse, i minst to av de fire følgende kategoriene (bryter ofte med normal nevrologisk topografi):
 1. Sensorisk: hyperestesi (for stikk) og/eller allodyni (for lett berøring og/eller dypt somatisk trykk og/eller leddbevegelse).
 2. Vasomotorisk: temperaturasymmetri og/eller hudfargeforandringer og/eller hudfargeasymmetri.
 3. Sudomotorisk/ødem: ødem og/eller svetteforandringer og/eller svetteasymmetri
 4. Motorisk/trofisk: redusert bevegelsesutslag (ROM) og/eller motorisk dysfunksjon (svakhet, tremor, dystoni) og/eller trofiske forandringer (hår, negler, hud).
- Ingen annen diagnose kan bedre forklare symptomer og funn.

Farmakologisk behandling

- 1.- og 2.-linjen
1. NB: Ved (sub)akutt fase, vurder initial behandling med paracetamol eller NSAIDs , eller en kort behandling med opioider.
 2. Farmakologisk behandling som ved nevropatisk smerte kan vurderes.

Ikke-farmakologiske tiltak

- Fysiske tiltak
 - NB viktig med klinisk CRPS-erfaring.
 - Gradert opptrening
- Livsmestring/psykologisk behandling
- Arbeidslivstiltak (f.eks via NAV).

Ved tilfredsstillende resultat:

Vurder om pasienten kan ha nytte av henvisning til 3. linjen

*CRPS deles i type 1 og type 2.

Type 1 er uten nervelesjon, mens type 2 er med nervelesjon.

Utover dette er de helt like. Men et viktig fenomen er at tilstanden kan svinge betydelig, også fra dag til dag. Dette kan gjøre det veldig utfordrende å stille diagnosen korrekt den dagen pasienten er på kontoret ditt.

Smerteklinikk

- Utredning/diagnostisk avklaring (inkl. blokader).
 - **Tiltak som kan vurderes etter utredning:**
 - Rådgivning, f.eks. medikamentutprøving- og nedtrapping.
 - Invasive modaliteter (f.eks. ryggmargsstimulering)‡.
 - Ergoterapi/Fysioterapi
 - Opioidutprøving.
 - Tverrfaglig behandling (inkl. psykologiske og fysiske tiltak).
 - Utprøvende behandling.
 - Kliniske studier.
- ‡Se OUS' nettsider

Behandlingsalgoritme for fantomsmerter og stumpsmerter

Sykehistorie

- Amputasjon etter traume eller kirurgi
- Langvarige smerter i stump eller fantomlemmet

Kliniske funn

- Amputasjon
- Stumpsmerter
ELLER
- Smertefult fantomlem (NB Inkluderer ikke fantomlemsyndrom uten smerte)

Farmakologiske behandlingsalternativer, eventuelt i kombinasjon

- Paracetamol
- NSAIDs
- Duloksetin*
- Gabapentin
- Lidokainplaster
- Amitriptylin

NB: Ved (sub)akutt fase, vurder initial behandling med en kort behandling med opioider.

* Off label-forskrivning

Ikke-farmakologiske tiltak

Underliggende årsaksrettet behandling i andrelinjen.

- Proteseoppfølging
- Rehabilitering, f.eks gåskole.
- Speilbehandling
 - NB viktig med klinisk erfaring med speilbehandling.
- Livsmestring/psykologisk behandling
- Arbeidslivstiltak (f.eks via NAV)

1.- og 2.-linjen

Oppfølging

Utlifredsstillende
behandlings-effekt:
revurder

Se «Forslag til titreringsmaler» for detaljer ifm utprøving.

Positiv
behandlings-
effekt

Ved utlifredsstillende
resultat:

Vurder om pasienten kan ha
nytte av henvisning til 3.
linjen

Behandlingsperiode

- Initialt bør pasienten følges tett for å sikre god og riktig etterlevelse av medikamentbruken.
- Alle behandlinger bør prøveseponeres 1-2 ganger i året for å avklare fortsatt indikasjon.

Smerteklinikk

- Utredning/diagnostisk avklaring (inkl. blokader).
- Tiltak som kan vurderes etter utredning:**
- Rådgivning, f.eks. medikamentutprøving- og nedtrapping.
- Ergoterapi/Fysioterapi
- Ryggmargsstimulering‡.
- Tverrfaglig behandling (inkl. psykologiske og fysiske tiltak).
- Opioidutprøving.
- Utprøvende behandling.
- Kliniske studier.
- ‡Se OUS' nettsider

Behandlingsalgoritme for øvrige langvarige smerter (nociplastisk/idiopatisk smerte)

Sykehistorie

- Langvarig smerte som ikke er relatert til spesifikk skade, sykdom eller kjent nevrologisk lesjon/sykdom *og/eller*
- smerten står ikke i forhold til vevsskade *og/eller*
- smerten påvirker funksjon og psykososiale forhold i betydelig grad.

Kliniske funn

- Vurderes når andre diagnoser ikke forklarer smertetilstanden
- Smertefulle hyperfenomener† ved nevrologisk undersøkelse er en forutsetning for å kalle tilstanden nociplastisk
- Sliter ofte med emosjonelt distress og/eller fysisk, sosial eller arbeidsrelatert funksjonsnedsettelse

†Temperatur- og berøringsallodyni, hyperalgesi for stikk

Farmakologiske behandlingsalternativer

- Amitriptylin*
- Duloksetin*
- Gabapentin*
- Pregabalin*

NB: Ved (sub)akutt fase, vurder initial behandling med paracetamol eller NSAIDs, eller en kort behandling med opioider

*Off label forskrivning

Ikke-farmakologiske tiltak

- Underliggende årsaksrettet behandling i andrelinjen.
- Fysikalske tiltak førstelinjen.
 - -F.eks fysioterapi, trening, Frisklivssentral, rehabiliteringsopphold.
- Livsmestring/psykologisk behandling
- Arbeidslivstiltak (f.eks via NAV)

1.- og 2.-linjen

Oppfølging

Se «Forslag til titreringsmaler» for detaljer ifm utprøving.

Positiv
behandlings-
effekt

Behandlingsperiode

- Initialt bør pasienten følges tett for å sikre god og riktig etterlevelse av medikamentbruken.
- Alle behandlinger bør prøveseponeres 1-2 ganger i året for å avklare fortsatt indikasjon.

Utilfredsstillende
behandlings-
revurdér

Ved utilfredsstillende resultat:
Vurder om pasienten kan ha nytte av henvisning til 3. linjen

Smerteklinikk

- Utredning/diagnostisk avklaring (inkl. blokader).
- Tiltak som kan vurderes etter utredning:**
- Rådgivning, f.eks. medikamentutprøving- og nedtrapping.
- Opioidutprøving.
- Gruppebehandling.
- Tverrfaglig behandling (inkl. psykologiske og fysikalske tiltak).
- Utprøvende behandling.
- Kliniske studier.

Overordnet om medikamentell smertebehandling

Farmakologisk behandling av langvarige smerter vil alltid kun være symptomlindrende. Dog kan dette være et viktig bidrag til at pasienten kan komme videre og (re)habilitering vil kunne starte opp under dekke av smertelindring. Dette kan dreie seg om alt fra å lettere kunne delta i hverdagslivet til strukturert fysisk trening i en rehabiliteringsinstitusjon. En del av medikamentene har også en virkningsprofil med andre angrepspunkter enn smerter. Dette kan være mot tilstander som ofte sameksisterer ved langvarige smertetilstander, for eksempel søvnplager, angst og depresjon.

Det påhviler enhver lege å sjekke ut interaksjoner og andre forsiktighetsregler før oppstart av disse medikamentene. Med bakgrunn i kjent kunnskap om nocebo og placebo er det kontraindisert å starte opp med farmakologisk behandling av langvarige smertetilstander som pasienten (og behandleren) ikke er motivert for.

Ved enhver medikamentutprøving bør det settes av en forutbestemt tidsramme til å vurdere medikamenteffekten. De aller fleste medikamenter bør testes ut på måldosen i minst tre uker før man vurderer om medikamentet har en reell effekt, og om denne effekten oppveier bivirkningene som den enkelte pasient opplever. Det er viktig å ikke trappe opp for raskt, samt å informere pasienten om at mange av bivirkningene helt eller delvis klinger av i løpet av 2-3 uker.

Om man finner et medikament med tilfredsstillende nettoeffekt på den aktuelle pasient er det hensiktsmessig at medikamentet anses som en langvarig behandling som brukes mens pasienten gjennomfører sin individualiserte rehabilitering. Når pasienten har nådd dette nivået og vært der stabil i 2-3 måneder så er det rimelig å gjennomføre en prøveseponering for å se om medikamentbruken fortsatt er hensiktsmessig. Om man ikke når et slikt nivå er det uansett hensiktsmessig å prøveseponere disse medikamentene minst én gang i året for å sjekke om den opprinnelige indikasjonen fortsatt er tilstede.

Bruk av opioider for ikke-maligne langvarige smertetilstander frarådes på det sterkeste i førstelinjen. Ved bruk bør dette begrenses til kortvarige kurer med svært tett oppfølging av pasienten. Formålet for bruk av opioider bør være klart før oppstart, og effekten bør sjekkes hyppig. Vi anbefaler da å bruke opioidkontrakter.

Ved nedtrapping av medikamenter er det viktig å være oppmerksom på abstinenssymptomer. Dette vil oftest dreie seg om diaré, uro, rastløshet, dårlig nattesøvn, og ev forverring av smertene. Det er vanlig å feiltolke denne forverringen av smertene som en indikasjon på at medikamentet er essensielt for å ha kontroll på smertene. Denne feiltolkningen ser vi hyppig både hos pasienter, pårørende og helsepersonell. De fleste abstinenssymptomer topper seg etter 2-3 dager, og klinger av i løpet av 1 uke, men kan vedvare i 2-3 uker ved dosereduksjon. Det er derfor viktig å ta seg god tid ved nedtrapping og informere pasienten. Når disse abstinenssymptomene har klinget av (de fleste pasienter vil ikke oppleve dem) er det nyttig at pasienten får 3-4 dager før man fortsetter den videre nedtrappingen. Om den økte smerten ikke klinger av er det et spørsmål om man har kommet til en grense for hvor langt man kan trappe ned det aktuelle medikamentet uten å gjøre andre tiltak i tillegg.

Bruk av medikamenter som er angitt i denne metodeboken medfører per dagens dato ikke restriksjoner med tanke på bilkjøring e.l. Dette forutsetter dog at effektene pasienten opplever i seg selv ikke gjør vedkommende uskikket til å kjøre.

Forslag til titeringsmaler

Dette er forslag og må alltid suppleres med klinisk skjønn

Medikament	Startdose dogn	Forventet/Maksimal døgndose Opp-/nedtitrering	Bivirkninger (vesentlige)	Kommentarer
Paracetamol	1 g x 3 (-4)	3-4000 mg		Kan påvirke INR. Bør testes ut over 2 uker før effekten vurderes.
Ibuprofen	400 mg x 3	2400 mg, men helst ≤1200 mg	GI-symptomer, kardiovaskulære hendelser, arterielle tromboser, væskeretensjon, nyrepåvirkning	Lavest mulig dose i kortest mulig tid. Forsiktig ved bl.a. eldre, antitrombotisk behandling, nedsatt nyrefunksjon, pasienter med erkjent hjertesykdom og pasienter med forhøyet risiko for ulcus og hjertekarsykdom. Bør testes ut over 2 uker før effekten vurderes.
Naproxen	250-500 mg x 2	1000 mg (500 mg ved hjertesykdom eller forhøyet risiko)	Som ibuprofen	Som ibuprofen. Bør testes ut over 2 uker før effekten vurderes.
Gabapentin (Neurontin)	300 mg x 1	1800-3600 mg Økes med 300 mg (ev 100 mg ved sakte dosejustering) hver 4. dag til ønsket/effektiv vedlikeholdsdose Doserer 3 ganger om dagen, dvs. hver 8. time Trappes ned på samme måte	Svimmelhet, tretthet, feber, ataksi, nedsatt toleranse for alkohol	Klinisk nyttig effekt vurderes etter 3 uker på stabil dose. Prøv dette gjerne ved flere doseringsnivåer, for eksempel 1200/1800/2700 mg. Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon
Pregabalin (Lyrica)	25-75 mg x1	150-600 mg Økes med 25 mg hver 4. dag til ønsket/effektiv vedlikeholdsdose Doserer 2 ganger om	Svimmelhet, tretthet, hodepine, vektøkning	Klinisk nyttig effekt vurderes etter 3 uker på stabil dose. Prøv dette gjerne ved flere doseringsnivåer, for eksempel 150 og 300 mg

		dagen, dvs. hver 12. time Trappes ned på samme måte		Forsiktighet ved nedsatt nyrefunksjon Fare for hallusinasjoner ved høye doser Risiko for abstinens ved rask nedtrapping Avhengighetspotensiale
Duloksetin (Cymbalta)	30 mg x 1	60-120 mg Økes med 30 mg til 60 mg etter 1-2 uker. Ytterligere økninger med 30 mg hver 3. uke	Tretthet, hodepine, kvalme, munntørrhet, svimmelhet, seksuell dysfunksjon	Klinisk nyttig effekt vurderes etter 3 uker på stabil dose Risiko for serotonergt syndrom Brukes ikke hos sigarettøykere Forsiktighet ved nedsatt nyre- eller leverfunksjon
Amitriptylin (Sarotex)	10 mg vesper	25-75 (80) mg fordelt på 1-2 doser Dosen økes med 10 mg per uke til ønsket/effektiv vedlikeholdsdose Da den kan ha en positiv effekt på søvn anbefales det å dosere den på kvelden Ved døgndoser over 50 mg anbefaler vi å dele den på to døgndoser. Trappes ned på samme måte	Svimmelhet, tretthet, munntørrhet, vannlatingsforstyrrelser, hjerterytmeforstyrrelser, vektøkning	Klinisk nyttig effekt vurderes etter 3 uker på stabil dose. Prøv dette gjerne ved flere doseringsnivåer, for eksempel 30 mg vesper og 50 mg vesper Risiko for serotonergt syndrom Forsiktighet ved hjertekarsykdom og eldre Vurder behov for EKG ved høye doser

Henvisninger og prioriteringer

Når alle rimelige tiltak, inkludert de skissert i denne metodeboken, er forsøkt er det rimelig at fastlegen ønsker hjelp til å vurdere andre måter å håndtere smertetilstanden til pasienten på. En mulighet er da å henvise, sende dialogmelding eller ringe for å konferere med en lokal smerteklinikk. Dette finnes på de fleste offentlige sykehus, i det minste i vår region Helse Sør-Øst RHF. Vi anbefaler at en henvisning rommer opplysningene listet opp nedenfor slik at det lokale henvisningsmottaket lettere kan vurdere henvisningen. Som oftest er det fastlegen som sitter på denne informasjonen, men hos pasienter med en rekke tilstander kan også ulike sykehusspesialister sitte inne med all informasjon og lettere kunne henvise.

Overordnet

- Spesifikk problemstilling
- Sannsynlig/fastsatt diagnose: Grunndiagnose/organdiagnose
- Pasientens motivasjon for henvisningen
- Hensers behov: Utredning, råd, konferering, støtte, HELFO-søknad, osv.

Sosialt

- Familiesituasjon
- Arbeid/ansatt/sykemeldt/arbeidsløs
- Arbeidsavklaringspenger/uføretrygd
- Viktige psykososiale belastninger
- Tidligere sykdommer inkludert smerteproblem

Aktuell smerteproblematikk

- Smertedebut
- Smerteintensitet
- Smertelokalisasjon
- Variasjon i smerte i løpet av døgnet, inkludert kjente faktorer som forverrer og lindrer
- Søvnforstyrrelser
- Reduksjon av livskvalitet pga. smerte
- Smertetilstandens innvirkning på pasientens funksjonsnivå

Tidligere utredninger og konsultasjoner av aktuell smertetilstand inkludert smerteklinikker med resultat og epikriser:

- Aktuell medisinerings, preparat, dose og effekt
- Tidligere medisinerings med resultat
- Annen ikke-farmakologisk pågående behandling
- Andre behandlingsforsøk med resultat, inkludert fysioterapi og psykolog/psykiater
- Bruk av stimulantia og nikotin, inkludert illegale stoffer
- Tidligere rehabiliteringsopphold/tiltak pga. smerte