

SMERTER -

En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats
til smertepatienter



**Region
Hovedstaden**

REGION
SJÆLLAND
- vi er til for dig



REGION NORDJYLLAND



Region
Syddanmark

midt
regionmidtjylland

Smerter - en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2014

Emneord: medicinsk teknologivurdering, MTV, teknologi, patient, organisation, sundhedsøkonomi, health technology assessment, HTA, pain, non-maligne smerter, subakutte smerter, kroniske smerter, generiske prædikatorer, prognostiske faktorer, tidlig indsats, tidlig identifikation, nedsat funktionsevne.

Sprog: Dansk med engelsk resumé

Version: 1,0

Udgave: 1.

Udgivet af: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, juni 2014

Design og layout: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Forside: Pia Bakmand Skovsen, efter original af René Descartes' model af smerterefleks (ca. 1660).

Korrektur: Solveig Nielsen

ISBN: 978-87-92400-51-2 (PDF til download)

ISBN: 978-87-92400-52-9 (English summary)

Redaktion / forfattere:

Lisbeth Ørtenblad, forsker, mag.art. (antropologi), MPH.

Gitte Hoff Valentin, forsker, cand.scient.san.

Kathrine Carstensen, forskningsassistent, cand.scient.soc.

Inge Wittrup, seniorforsker, mag.art. (antropologi), ph.d.

Line Stjernholm Tipsmark, forskningsassistent, cand.scient.med.

Vibe Bolvig Hyldgård, stud.scient.san.publ.

Marc Sampedro Pilegaard, ergoterapeut, stud.scient.san.

Denne publikation citeres således:

Ørtenblad L, Valentin GH, Carstensen K, Wittrup I, Tipsmark LS, Væggemose U, Løvschall C, Nielsen C.P. Smerter - en MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter. Aarhus: Region Midtjylland, CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2014.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

MTV & Sundhedstjenesteforskning

Olof Palmes Allé 15 - 8200 Aarhus N

Tlf. +45 7841 4350 - e-mail: mtv-stf@rm.dk

Rapporten kan downloades fra hjemmesiden: www.cfk.rm.dk under udgivelser.

Forord

Denne medicinske teknologivurdering (MTV) omhandler den sundhedsfaglige indsats til smertepatienter. Kroniske smerter er et omfattende problemområde i sundhedsvæsenet. Smerter er det symptom, der hyppigst fører patienter til læge. Epidemiologiske undersøgelser viser, at ca. 20 % af den danske befolkning lider af smerter, og det skønnes, at ca. 5-10 % har behandlingskrævende, kroniske smerter. Smerter er forbundet med store menneskelige og samfundsmæssige omkostninger, og når smerter først er blevet kroniske, er behandling vanskelig og kompleks. På trods af det omfattende problem som smerter udgør, er der op til flere års ventetid på specialiseret behandling, og patienterne gennemløber lange og ukoordinerede udredningsforløb. Der er ingen samlede retningslinjer for behandling og organisering på smerteområdet, og generelt ikke megen politisk bevågenhed.

På den baggrund er vi glade for med denne MTV at kunne bidrage til viden om og øget fokus på området. Danske Regioner er opdragsgiver til MTV'en, og den er udarbejdet af en tværfagligt sammensat gruppe i regi af MTV & Sundhedstjenesteforskning i CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Det primære fokus i denne MTV er at undersøge muligheden for tidlig identifikation og indsats til voksne patienter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne som konsekvens af deres smerter. Hensigten er at bidrage til at kunne målrette behandlingen til dem, der har behov, undgå lange udredningsforløb for de patienter for hvem smerter er en forbigående tilstand og målrette en tidlig indsats til de patienter, som er i risiko for, at smerterne udvikler sig til at blive kroniske - det vil sige den rette behandling på det rette sted for den rette patient.

Rapporten henvender sig til nationale og regionale beslutningstagere samt til de mange faggrupper, som varetager udredning og behandling af patientgruppen.

MTV & Sundhedstjenesteforskning vil gerne takke medlemmer af den eksterne projektgruppe for deres indsats i form af råd og vejledning såvel sundhedsfagligt som metode-mæssigt i forbindelse med rapportens tilblivelse. Også projektets referencegruppe skal have tak for kommentarer undervejs i forløbet. Endelig vil vi takke de mange sundhedsprofessionelle, som via interview har bidraget med deres faglige viden på området, og vi vil takke gruppen af patienter, som på trods af deres sygdom og smerter beredvilligt har stillet deres erfaring, viden og vurdering til rådighed for rapporten.

MTV & Sundhedstjenesteforskning, juni 2014,



Camilla Palmhøj Nielsen

Forskningsleder

CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Indholdsfortegnelse

LÆGMANDSRESUMÉ	5
SUMMARY	6
ORDLISTE	12
SAMMENFATNING	16
1 INTRODUCTION	24
1.1 Baggrund	24
1.2 Projektorganisation	26
1.3 Rapportens opbygning	27
2 OM SMERTER	28
2.1 Forekomst og konsekvenser af subakutte og kroniske smerter	29
3 METODE	31
3.1 Litteratursøgning	32
3.2 Kvalitetsvurdering af evidens	34
4 TEKNOLOGI	37
4.1 Indledning	38
4.2 Metode	39
4.3 Resultater	41
4.4 Sammenfatning og diskussion	67
5 PATIENT	72
5.1 Indledning	72
5.2 Metode	73
5.3 Litteraturstudiet	80
5.4 Interviewundersøgelse	85
5.5 Sammenfatning og diskussion	92
6 ORGANISATION	95
6.1 Indledning	95
6.2 Metode	96
6.3 Interviewundersøgelse: den aktuelle organisering	98
6.4 Litteraturstudiet: Potentielle organisatoriske modeller	108
6.5 Sammenfatning og diskussion	120
7 SUNDHEDSØKONOMI	124
7.1 Indledning	124
7.2 Metode	125
7.3 Resultat	126
7.4 Beskrivelse af den inkluderede litteratur	129
7.5 Sammenfatning og diskussion	137
REFERENCER	141
BILAG	148

Lægmandsresumé

Denne medicinske teknologivurdering (MTV) handler om den sundhedsfaglige indsats til mennesker med subakutte og kroniske smerter. Smerter er et af sundhedsvæsenets store problemområder. Man regner med, at mellem 20 og 30 % af den danske befolkning lider af kroniske smerter i varierende grad, og ca. 5-10 % har behandlingskrævende, kroniske smertetilstande. Smertepatienter har nedsat livskvalitet og har vanskeligt ved at fastholde arbejdsevne. Kroniske smerter er også forbundet med store samfundsøkonomiske omkostninger til sygemeldinger, førtidspension og behandling. Mange patienter oplever smerter fra flere steder i kroppen eller har smerter af uafklaret oprindelse. Det kan således være vanskeligt at stille en diagnose. Hvis smerter først udvikler sig til at blive kroniske, er behandlingen kompleks, og det er derfor hensigtsmæssigt at kunne starte den rette behandling tidligt i forløbet.

Det overordnede formål med denne MTV er at belyse indsatsen til voksne smertepatienter, hvor smerterne ikke skyldes kræftsygdomme. Undersøgelsen har særligt fokus på muligheder for tidlig identifikation og indsats til patienter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne som konsekvens af deres smerter.

Undersøgelsens spørgsmål er blevet besvaret ved hjælp af systematiske litteraturgennemgange samt interview med patienter og sundhedsfagligt personale.

Resultater af undersøgelsen viser, at smertepatienterne oplever, at de modtager utilstrækkelig hjælp og langvarige, usammenhængende forløb. De efterspørger en tidlig indsats, hvor de, især sammen med deres praktiserende læge, kan planlægge et behandlingsforløb, der på samme tid har fokus på udredning af deres symptomer, funktionsevne og livskvalitet.

I denne MTV er det fundet, at en række faktorer på tværs af smertelokalisation ser ud til at have betydning for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne. Det drejer sig om smerte flere steder i kroppen, stigende alder samt høj smerteintensitet og nedsat funktionsevne ved inklusion i studiet. På grund af mangel på primærstudier blev der ikke fundet faktorer for risiko for nedsat arbejdsevne.

Ligesom patienterne oplever også det sundhedsfaglige personale generelt, at indsatsen i den nuværende organisering bærer præg af manglende koordinering og lange ventetider, som de beskriver som barrierer for en tidlig og målrettet indsats. MTV'en undersøger, hvilke modeller der findes til organisering af en tidlig og målrettet indsats. Især en model - 'stratificering af udrednings- og behandlingsindsatsen på baggrund af risikovurdering' - anvendelig til dette formål, selvom der også påpeges en række barrierer i den nuværende organisering for at praktisere modellen. Den sundhedsøkonomiske del af undersøgelsen viser, at der eventuelt kan være mulighed for samfundsøkonomiske gevinster ved tidlig indsats og målrettet behandling.

Samlet set er konklusionen, at der er et stort behov for undersøgelser, som kan udbygge og efterprøve fund fra denne MTV. Der er eksempelvis kun få studier, som specifikt handler om patienter med smerter forskellige steder i kroppen eller om tidlig indsats. Desuden er studierne af forholdsvis lav kvalitet. Resultater fra denne MTV kan derfor bl.a. anvendes som inspiration til at tilrettelægge solide og relevante studier i en dansk sammenhæng.

Summary

This health technology assessment (HTA) concerns health services to people with sub-acute and chronic pain. The specific focus is on early identification and initiatives to patients with pain at risk of developing reduced ability to function and work. The perspective is to reduce risk of chronification. This problem is analysed using all HTA perspectives: technology, patient, organisation and economy.

Danish Regions has initiated this HTA, which is conducted by a multidisciplinary project group from the HTA & Health Services Research, Public Health and Quality Improvement, Central Denmark Region. An external project group consisting of eight appointed multidisciplinary and cross-sectorial experts within the field of pain and a representative with expertise in parts of the applied scientific methods has contributed with professional advice. Moreover, an advisory group consisting of representatives from relevant organisations and professional societies has been appointed to ensure a broad professional support of the HTA report. The HTA is conducted from December 2013 to June 2014.

Background

Pain is the most frequent symptom causing patients to consult the general practitioner. Epidemiological studies in Denmark and abroad show that approximately 20% of the population complain of chronic pain and it is estimated that approximately 5-10% have chronic or recurring pain requiring treatment. Chronic pain is associated with considerable human costs such as reduced quality of life, social problems, loss of ability to work and increased costs for society such as absence from work due to illness, early retirement, medicine and other treatments. Patients with pain often undergo prolonged diagnostic procedures and have to wait several years for specialised treatment at pain clinics or pain centres. For some, pain will be a temporary phenomenon while for others pain will develop into a chronic condition with consequences as described above. If pain becomes chronic, treatment will become difficult and complex.

The background for initiating this HTA is to study if prognostic factors for developing reduced ability to function and work can be identified across pain locations to facilitate early identification of patients at risk and initiate a targeted intervention on this background. The perspective is to avoid unnecessary diagnostic procedures and treatment in patients responding to treatment and/or in whom pain is temporary and to initiate fast treatment of patients at risk of developing chronic pain conditions.

Purpose

The overall purpose of this HTA is to elucidate the management and organisation of the health services to patients with pain. The study specifically focuses on the possibility of early identification of and initiatives to patients at risk of developing reduced ability to function and work across pain locations. The study involves adult patients above the age of 18 years contacting general practice with subacute, non-malignant pain. This HTA issue is investigated through the following four perspectives:

Technology

- Which factors can potentially predict the development of reduced ability to function and work in adults consulting the general practitioner with acute or subacute pain across pain locations?
- What is the quality of the evidence of the factors identified?

Patient

- How do patients with pain perceive their pathway in general practice and other treatment from pain debut to complex pain conditions?
- What wishes and needs for clarification, support and treatment in the different phases of the pathway do patients with pain have?
- How can patients and relatives be optimal collaborators in the pain treatment?

Organisation

- How is the current organisation of treatment in patients with pain?
- Which models can be identified nationally and internationally for future organisation of early intervention in patients with pain?

Economy

- Which evidence-based data exist nationally and internationally on health economic consequences of management of patients with subacute pain?
- What are the expected economic consequences for society of implementation of a strategy to manage patients with subacute pain in Denmark?

Method

The above question is answered through systematic literature reviews and different types of interview used in the chapters on patient and organisation.

The overall analysis of the four perspectives is based on national and international reviews, primary studies, HTA reports, guidelines and instructions within the field of pain. Literature search and validation of articles have been completed systematically in accordance with a specifically developed search strategy. Literature published in English, Danish, Norwegian and Swedish is included. In addition to the cross-disciplinary inclusion criteria, there are specific inclusion criteria concerning study design and questions for analysis in each of the four perspectives.

The literature included in the technology and economy chapters, respectively has been through a graded assessment of the quality of the evidence using GRADE. The use of GRADE makes it possible to e.g. have a transparent and structured approach to the drafting and presentation of the total evidence for a given area including the granted quality of evidence. To our knowledge, it is the first time GRADE is used for assessment of prognostic studies.

Articles used in the patient and organisation chapters, respectively have been graded by CASP and the organisation perspective has also been graded by EUnetHTA Adaption Toolkit and AGREE.

The literature study has been supplemented with personal interviews with patients with pain and telephone interviews with general practitioners and healthcare staff from specialised pain centres. The interviews have been conducted using interview guides adapted according to the purpose of the interviews; the interviews have been recorded and transcribed verbatim and thematic and narrative analyses have been completed.

Results

Technology

It has been investigated if there are potential prognostic factors for development of reduced ability to function and work across pain locations in patients with acute and subacute pain. The results are based on a critical literature review of 19 studies: 17 observation studies and two randomised studies. The studies comprised a total of 6,266 patients with pain in the head, neck, back and shoulders; a meta-analysis was performed including 11 studies. The following potential prognostic factors for development of reduced ability to function across pain locations were identified:

- Pain at several locations in the body (low quality of evidence)
- High pain intensity at baseline (very low quality of evidence)
- Increasing age (low quality of evidence)
- Reduced ability to function at baseline (low quality of evidence)

There was a weak tendency to previous pain being associated with an increased risk of reduced ability to function (very low quality of evidence). Duration of pain, anxiety and depression were not associated with an increased risk of reduced ability to function (very low quality of evidence). Due to the lack of primary studies it was not possible to identify potential generic prognostic factors for long term notification of illness and lack of return to work due to pain. The quality of the evidence of the identified prognostic factors in this literature review is very low or low; thus, the validity of the results is low.

During the literature review it became clear that there are considerable limitations in the current research literature in this area. The factors identified in this study should be seen as potential prognostic factors, which can be a platform for the planning of future studies. To ensure a better quality of the research literature in this area it is recommended that large prospective, registered and protocol-based prognostic factor studies are conducted in adequate population sizes; moreover, that there is a transparent reporting on all factors studied. The studies should concern patients with different pain locations and the duration of pain should be considered at inclusion. It is recommended to initiate a study in general practice mapping the importance of the prognostic factors found in the different patient populations with subacute pain.

Patient

In both the literature and the interviews, patients describe chronic pain as an existential condition of life and as such not only a disease. It is an ultimate subjective and bodily experience, which is hard to communicate. Across diagnoses and duration of pain the patients experience diagnostic uncertainty and problematic pathways with lack of coordinated care and doubts about who has the responsibility for their pathway. Patients express a need for, in collaboration with the general practitioner, finding an individual clarification and understanding of their pain to enable them to manage life with pain in the

best way possible. The analysis showed that themes such as "consequences for everyday life", "self-help strategies", "formation of partnerships" and "development of a coherent understanding of disease" were important to establish this clarification and understanding. Moreover, two ideal typical disease models were found: the biomedical and biopsychosocial model, respectively.

The included literature does not address early initiatives; that is why the literature was supplemented with patient interviews. Both experienced and new patients call for focus on the early phase of their pathway. Patients find it relevant to be able to plan their pathway already at the first contact to general practice. The collaboration between the patient and general practitioner should be focused on concurrent mapping of symptoms, functional ability and quality of life. The patients also call for coordination and collaboration between the health and social sectors to offer an overall initiative which addresses the consequences of a life with pain.

Additionally, the analysis of the identified literature and the interviews resulted in the introduction of a recovery-focused approach to the area. It is recommended that future research addresses how such an approach can be managed and documented.

Organisation

The current organisation of management of pain is best described as a "serial collaboration model" as it is characterised by a horizontal division of tasks between professionals and sectors. Pain treatment is performed in all health professional specialities and across sectors. The diagnostic process for the patients is determined by the experiences and assessments of the individual general practitioner; this is reflected by the absence of a national clinical guideline in this field.

Especially two challenges were found to be important for early identification and initiatives – the cross-disciplinary and cross-sectorial transitions between involved parties in the treatment pathway and waiting time at specialised pain centres.

The literature identifies two potential models for organisation of early and coordinated efforts for patients with pain:

1. Stratified treatment on the basis of risk assessment
2. Integrated hierarchical treatment

The first is characterised by an initial assessment of the patient's state of health as a consequence of the pain and a subsequent stratification into three to four possible categories with different treatment intensity. The other model is rooted in the principle of "stepped care" and is characterised by the patient receiving a step-wise more intensive and specialised treatment as the disease progresses. The two models have both similarities and differences. In both models it is central that assessment and treatment is initiated early to reduce the risk of chronicity and they have similar organisational preconditions for working. But in the specific organisation of the patient pathway they differ. The stratified model focuses on early stratification of patients into sub-categories to offer differentiated treatment from the start of the patient pathway depending on their risk profile; the hierarchical model is characterised by patients starting out in similar treatment pathways which are intensified and specialised step-wise as the disease progresses.

It is difficult to recommend one of the models; first of all because it has not been possible to find studies investigating the clinical and economic consequences and effects. Therefore, it is recommended to study the clinical and health economic consequences of implementation of the organisation models. It could be argued that a closer investigation of "stratified treatment on the basis of risk assessment" should be made because it stresses the principle of early initiation of the right treatment to all groups of patients with pain in the subacute phase.

Economy

Studies investigating cost-effectiveness of interventions in patients with pain are very scarce. In most of the studies the health economic part has been in focus expressed by superficial and insufficient analyses concerning the perspectives stated. This also appears from the assessment of quality showing that evidence on cost-effectiveness of stratification and early intervention, respectively is relatively limited. Moreover, the scientific articles originate from countries where health systems are significantly different from the Danish and they are all concerned with low back pain; a generalisation to other groups of patients with pain in a Danish context should be made with caution.

Keeping these limitations in mind, the included scientific literature indicates that early intervention or stratification of risk could potentially be cost-effective. Results from a Danish cost-effectiveness study support this. It seems that there are potential economic benefits for society by implementing a systematic intervention in this group of patients. Moreover, the number of patients with chronic pain and the following reduced health-related quality of life stress the relevance of investigating this area further.

On the basis of the identified predictors in the technology chapter and the possibility of an economic benefit for society, there is a need for initiating a Danish health economic study. It is recommended that this potential is investigated in a randomised controlled study to optimise decision-making on future strategies targeted at patients with subacute pain.

Main conclusions and perspectives

The results of this HTA show that patients with pain experience prolonged and incoherent pathways as well as an uncertainty about their diagnosis. Moreover, patients report that the support they get does not match the complex personal, social and work-related situation they find themselves in as a consequence of their pain. Healthcare staff experienced that the current organisation of the services to patients with pain primarily lacks coordination; the long waiting time was also seen as a barrier to early and targeted initiatives. This HTA identifies two models for organisation of early initiatives in patients with pain; one of these focuses in particular on stratified treatment on the basis of risk assessment and seems useful for organisation of an early and targeted intervention to ensure "the right service to the right patient at the right time". The clinical and economic consequences of the model have not been studied in the patients with pain. The socio-economic analyses of interventions in patients with pain based on early identification and/or risk stratification indicate that there are potential socio-economic benefits of this model. However, the quality of the evidence is estimated to be very low. The potential socio-economic benefits should thus be explored in a Danish study in a larger study population including patients with different pain locations in the body.

If this patient group should benefit from early initiatives, it is important that it is possible to identify patients at risk of developing chronic pain early and across pain locations. This HTA identifies a number of factors which seem to impact on the risk of developing reduced ability to function as a consequence of pain across different pain locations. These factors are pain in more parts of the body, increasing age as well as high pain intensity and reduced ability to function at the time of inclusion into the studies. However, there are important limitations in the studies reporting these findings; they are primarily conducted among patients with back pain, many pain locations are not included in the studies and the quality of the methods applied is relatively low.

Overall, this HTA concludes that there is a considerable need for studies on validation of potential prognostic factors for developing complex pain, on potential organisational models as well as on socio-economic benefits. The results of this HTA can serve as an inspiration for designing robust and relevant studies in a Danish context.

Ordliste

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AGREE II Instrument	Værktøj til kvalitetsvurdering af guidelines og kliniske retningslinjer. Udformet som en tjekliste med 21 spørgsmål fordelt på seks domæner, som overordnet vedrører den metodiske stringens og gennemsigthed.
Artrose	Slidgigt: kronisk ledlidelse med degeneration og svind af ledbrusken; senere optræder mikrofrakturer og delvist svind af den underliggende knogle samt knogleudvækster nær leddet (osteofytter) samt degenerative forandringer i ledkapsel og ledbånd.
Bias	En fejl eller skævhed der kan medføre, at resultaterne af en videnskabelig undersøgelse afviger systematisk fra sandheden.
Biomedicinsk forklaringsmodel	En model der forklarer sygdom som primært biologisk defineret som anatomiske kliniske enheder, der objektivt kan identificeres, diagnosticeres og – muligvis – behandles. Til hver sygdom svarer en specifik ætiologi, patologi og prognose. Den biomedicinske model er baseret på en distinktion mellem krop og bevidsthed / psyke.
Biopsykosocial forklaringsmodel	En model der forklarer sygdom og sundhed som produkter af dynamiske vekselvirkninger mellem menneskets biologiske, psykiske og sociale omstændigheder. Mennesket betragtes ikke som et passivt objekt, men er selv med til at forme sine omgivelser, såvel kollektivt som individuelt, og reagerer aktivt på sygdom.
Blinding	I kontrollerede studier er det den proces, der forhindrer personer (den 'blindedede' part) i at opnå kendskab til, hvilken gruppe en forsøgsg deltager tilhører.
CASP	Critical Appraisal Skills Programme.
Cost-effectiveness-analyse (CEA)	En samfundsøkonomisk analyseform hvor alternativens effekter måles i fysiske enheder, fx antal reddede liv eller antal korrekt diagnosticerede tilfælde. Forholdet mellem omkostninger og effekter beregnes og kan bruges ved sammenligninger mellem alternativer.
Cost-benefit-analyse (CBA)	En sundhedsøkonomisk analyseform hvor alternativernes effekter måles i monetære enheder (kroner).
Cost-utility-analyse (CUA)	En sundhedsøkonomisk analyseform hvor alternativernes effekter oftest måles i kvalitetsjusterede leveår.
Effektmål	Enhed for måling af resultatet af en intervention.
Eksklusionskriterium	Kriterier for udelukkelse (fx af et studie eller en gruppe).
Endometriose	Forekomst af livmoderslimhinde lignende væv uden for livmoderhulen. Da det pågældende væv påvirkes af de hormonelle svingninger i kvindens menstruationscyklus, giver det ofte anledning til præmenstruelle smerter. Efter nogen tid kommer der desuden kroniske smerter som følge af arvævsdannelse.
Erindringsbias	En systematisk fejl som skyldes informationsproblemer relateret til studiedeltageres hukommelse.
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment.

EUnetHTA's 'HTA Adaptation Toolkit'	Værktøj til kvalitetsvurdering af MTV'er, udviklet af National Institute for Health Research, England. Består af tjeklister til vurdering af den samlede MTV og til delperspektiver, hvad angår relevans, pålidelighed og anvendelighed i den pågældende kontekst.
Evidens, evidensniveau	Vidensgrundlag. Vidensgrundlaget bedømmes gennem en systematisk, kritisk vurdering af videnskabelig litteratur baseret på kvaliteten og antallet af videnskabelige undersøgelser. Der skelnes mellem forskellige hierarkiske evidensniveauer afhængigt af graden af evidens.
FAKS	Foreningen af Kroniske Smertepatienter
Funktionsevne / Funktionsevnenedsættelse	I World Health Organisation's (WHO) International Classification of Function (ICF) defineres funktionsevne som en overordnet term for kroppens funktioner, anatomi, aktiviteter og deltagelse. Nedsættelse af funktionsevne er en overordnet term for en persons funktionsevnenedsættelse på kropsniveau, aktivitetsbegrænsning og deltagelsesbegrænsning. En persons funktionsevne beskrives i sammenhæng med den kontekst, personen lever i. Funktionsevnenedsættelse angiver således de negative aspekter af samspillet mellem en person med en given helbredstilstand og personens omgivelser og personlige faktorer. I de studier, som er inkluderet i denne MTV, er funktionsevne selvrapporteret.
GRADE	The Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation. Bruges til at kvalitetsvurdere videnskabelig litteratur.
IASP	International Association for the Study of Pain
Indsats	Det at man gør noget for at opnå et bestemt resultat (Nudansk Ordbog). Inkluderer i denne MTV udredning / diagnostik, behandling og opfølgning.
Inkremental omkostnings-effektivitetsratio (ICER)	I analysen indgår patienterne i den gruppe, hvortil de er randomiseret, uafhængigt af om de senere fx skifter til en anden gruppe / anden behandling. Tilgangen er et grundlæggende princip i statistisk analyse af randomiserede kontrollerede studier og er med til at sikre, at effekten af de belyste interventioner ikke overvurderes.
Intervention	At gribe ind i og tage aktivt del i noget (Nudansk Ordbog). Anvendes i denne MTV om behandling eller andet tiltag, som har til hensigt at ændre patientens tilstand.
Interventionsgruppe	Den gruppe af patienter som i et interventionsstudie modtager en aktiv behandling eller anden indsats, som har til hensigt at ændre patientens tilstand.
Interventionsstudier	Studiedesign hvori der indgår en intervention – altså en aktiv behandling / anden indsats, som har til hensigt at ændre patientens tilstand.
Kohorteundersøgelse	En defineret gruppe individer med et fælles udgangspunkt (fx født inden for et givent tidsrum) som man følger gennem en afgrænset årrække, typisk med hensyn til sygdomsudvikling.
Konfidensinterval (95 %)	Et interval af værdier der med 95 % sandsynlighed må formodes at indeholde populationens sande middelværdi bedømt ud fra en stikprøve.

Konfounding	Konfounding betyder forveksling eller sammenblanding af årsager. Konfounding kan fremkomme, hvis to eksponeringer, som begge kan føre til sygdom, er associeret med effektmålet, hvorved den ene eksponering fejlagtigt kan tilskrives hele den kausale effekt.
Kroniske	Langvarigt forløb eller konstant tilbagevendende eller vedvarende tilstand. En tilstand, som skyldes irreversible forandringer og kræver en langvarig pleje og / eller særlig rehabiliteringsindsats.
Kvalitetsjusterede leveår (QALY)	Effektmål der anvendes ved cost-utility-analyser (se ordliste). QALY-effektmålet har den egenskab, at det kan registrere ændringer i både livskvaliteten (sygelighed) og levetiden (dødelighed). Det måles på en skala fra 0 (død) til 1 (perfekt helbred).
MedCom	MedCom er det danske sundhedsdatanet og en offentligt finansieret organisation, som arbejder med udvikling af den nationale strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet med det formål at medvirke til skabelse af et sammenhængende dansk sundhedsvæsen.
Metaanalyse	En statistisk metode, som gør det muligt at kombinere resultaterne fra flere studier til et samlet estimat, således at resultaterne bliver mere fyldestgørende og solide end det enkelte studie muliggør. En metaanalyse kan for eksempel undersøge, hvor godt en bestemt medicinsk behandling virker ved statistisk analyse af resultater af flere kliniske forsøg, der er præsenteret i publicerede videnskabelige studier.
MTV	Medicinsk TeknologiVurdering. MTV er en analyseramme, inden for hvilken en sundhedsfaglig problemstilling bliver undersøgt ud fra henholdsvis teknologi-, patient-, organisations- og økonomiperspektiver. MTV forbindes med en systematisk, forskningsbaseret fremgangsmåde, og det videnskabelige grundlag bygger på teorier og metoder fra flere forskellige forskningsdiscipliner. En MTV bygger på den foreliggende videnskabelige litteratur samt primærdata.
Muskuloskeletal	Hørende til muskler og skelet (knogler og led).
Non-maligne	'Ikke ondartede'; i denne MTV anvendt om smerter, som ikke skyldes kræftsygdomme.
Omkostningseffektivitet	Den teknisk set bedste udnyttelse af givne ressourcer målt ved forholdet mellem effekt og omkostninger ved to eller flere alternativer.
Peer review	Fagfælle bedømmelse. En proces igennem hvilken forskere kvalitetsvurderer kollegaers forskningsresultater.
Primærdata / -studier	Informationer der fremskaffes til et bestemt formål, fx indsamlet via interview eller spørgeskema.
Primærlitteratur	Artikler om originale videnskabelige undersøgelser såsom randomiserede kliniske forsøg eller kohorteundersøgelser.
Produktivitetstab	Det tabte udbytte i produktionen.
Prædiktere	Under visse antagelser (forudsætninger) forudsige forløbet af en given tilstand.
Prævalens	Hyppighed af en sygdom eller anden egenskab i en befolkning på et givent tidspunkt, eller andelen af befolkningen der har haft den pågældende sygdom eller egenskab inden for et specifikt tidsrum.
Psykosociale faktorer	Omhandler psykiske, sociale og eventuelt eksistentielle forhold hos patienten, som enten kan forårsage eller være forårsaget af sygdomshændelser. Stress og depression er eksempler på psykosociale faktorer.

Randomisering	Tilfældig fordeling af studiedeltagere mellem kontrolgruppen og de interventioner der sammenlignes i et randomiseret kontrolleret forsøg. Formålet med randomisering er at minimere bias / konfounding.
Review	En kategori af videnskabelige artikler som indeholder en syntese af forskningsresultater om et specifikt emne.
RCT	Randomized controlled trial, dvs. randomiseret kontrolleret forsøg.
Scenarieanalyse	En form for sensitivitetsanalyse hvor der opstilles forskellige scenarier ud fra de fundne resultater.
Sekundærlitteratur	MTV-rapporter, Cochrane-reviews og andre systematiske reviews, metaanalyser samt eventuelt guidelines (jf. primærlitteratur). Baseret på primærlitteratur.
Sensitivitetsanalyse	Metode til at undersøge usikkerheder forbundet med resultatet.
Signifikant	Anvendes her i sammenhæng med videnskabelige resultater, som siges at være signifikante, hvis statistiske test indikerer, at det er usandsynligt, at resultatet er opstået alene ved et tilfælde.
Socioøkonomiske konsekvenser	Konsekvenserne vedr. en kombination af sociale og økonomiske faktorer.
Standardafvigelse	Et udtryk for spredningen af observationer omkring en middelværdi.
STarT Back Screening Tool	Subgroups for Targeted Treatment Back Screening Tool. STarT er en ny screeningsteknologi til identifikation og klassifikation af rygpatienter med individuelle behandlingsbehov. Patienterne stratificeres ved screeningen til lav, medium og høj risiko for et kronisk/kompliceret forløb. Redskabet er udviklet ved Keele University i England.
Subakut	En relativ betegnelse for sygdomme der udvikler sig mindre hurtigt eller gradvist (modsat akut eller hyperakut), men dog inden for uger eller få måneder.
Tovholder	Den sundhedsfaglige person der koordinerer en patients behandling, og hvor det primære ansvar for behandlingsforløbet overvejes er placeret. Vil i Danmark oftest være den praktiserende læge.
Validitet	Gyldighed, rigtighed.

Sammenfatning

Denne medicinske teknologivurdering omhandler den sundhedsfaglige indsats til mennesker med subakutte og kroniske smerter. Undersøgelsen har særligt fokus på muligheder for en tidlig og målrettet indsats til smertepatienter med henblik på at reducere risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne. Nedenstående sammenfatning indeholder et resumé over den undersøgte problemstilling samt de væsentligste resultater.

Baggrund

Kroniske smerter er et omfattende problemområde i sundhedsvæsenet. Det er forbundet med store menneskelige omkostninger i form af nedsat livskvalitet, familiemæssige og sociale problemer samt nedsat funktions- og arbejdsevne. Desuden er kroniske smerter forbundet med anselige samfundsøkonomiske omkostninger i form af sygemelding, førtidspension og behandling.

Hvis smerter først udvikler sig til at blive kroniske, er behandlingen vanskelig og kompleks, og det er derfor hensigtsmæssigt at iværksætte den rette behandling tidligt i forløbet. Patienterne gennemgår i dag lange udredningsforløb, og der er op til to års ventetid på specialiseret behandling på smerteklinikker og smertecentre. På den baggrund oplever patienter, og i en vis udstrækning også de sundhedsprofessionelle, behandlingsindsatsen som utilstrækkelig og usammenhængende.

Smerter hører til de hyppigste årsager til konsultation hos den praktiserende læge. For nogle af de mennesker, som henvender sig i almen praksis med smerter, vil smerterne være et forbigående problem, mens det for andre udvikler sig til at være en kronisk tilstand med ovenstående konsekvenser til følge. Tidlig identifikation med henblik på at reducere risikoen for kronicitet er derfor væsentlig, både for at undgå unødigt udredning og behandling af de patienter, som responderer på behandling og / eller hos hvem smerterne er forbigående, og for at kunne iværksætte hurtig behandling til de patienter, der er i risiko for at udvikle vedvarende smertetilstande. Muligheden for tidlig identifikation og indsats er derfor et særligt fokusområde i denne MTV. Det er tæt relateret til behandlingsindsatser, hvorfor behandling, i det omfang det er relevant, også bliver nævnt.

Smerteområdet kompliceres af, at mange patienter oplever smerter fra flere steder i kroppen eller har smerter af uafklaret oprindelse, og hvor der derfor ikke kan stilles en diagnose. Derudover oplever smertepatienter på tværs af diagnoser de samme typer af konsekvenser som følge af deres smerter, og de har samme typer af erfaringer med behandlingsforløb og relation til sundhedsvæsenet. Der er derfor i klinisk praksis et behov for at undersøge området på tværs af diagnoser og smertelokalisationer frem for det mere traditionelle fokus, hvor studier og indsatser typisk afgrænses til specifikke områder af kroppen.

Formål

Det overordnede formål med denne MTV er at belyse indsatsen til smertepatienter. Undersøgelsen har et specifikt fokus på tidlig identifikation af og indsats til patienter med non-maligne smerter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne. Der er

primært fokus på voksne patienter, som henvender sig i almen praksis med subakutte, non-maligne smerter.

I denne MTV er der specifikt undersøgt:

- Potentielle prognostiske faktorer som kan forudsige risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne på tværs af smertelokalisationer.
- Smertepatienters erfaringer med behandlingsforløb og deres ønsker og behov til samarbejde med sundhedsprofessionelle om håndtering af smerter.
- Den aktuelle organisering af indsatsen til smertepatienter samt modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter.
- Omkostningseffektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.

Metode

Undersøgelsen er tilrettelagt og gennemført inden for rammerne af en MTV, og de oven for nævnte problemstillinger belyses derfor i et teknologi-, et patient-, et organisations- og et sundhedsøkonomisk perspektiv. I teknologikapitlet beskrives potentielle generiske prædiktorer for udviklingen af nedsat funktions- og arbejdsevne; i patientkapitlet undersøges smertepatienters erfaringer med smerteforløb og deres ønsker og behov for en tidlig indsats; i organisationskapitlet belyses organiseringen af den aktuelle indsats til smertepatienter samt modeller til organisering af tidlig indsats; i økonomikapitlet beskrives omkostningseffektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.

Der er udarbejdet specifikke analysespørgsmål til hvert delperspektiv, og til besvarelse af disse er der gennemført systematiske litteraturgennemgange samt forskellige typer af interview. Artikler inkluderet i henholdsvis patient- og organisationskapitlerne er bl.a. kvalitetsvurderet ved hjælp af CASP. Den sundhedsøkonomiske litteratur er vurderet ved hjælp af Drummond's tjekliste for økonomisk evaluering, og kvaliteten af evidensen i den inkluderede litteratur i henholdsvis teknologi- og økonomikapitlerne er vurderet ved hjælp af GRADE. Som supplement til litteraturstudiet er der gennemført personlige interview med smertepatienter samt telefoninterview med praktiserende læger og sundhedspersonale fra specialiserede smertecentre.

MTV-perspektiver

Teknologi

Formålet med teknologikapitlet er at undersøge, hvorvidt der eksisterer potentielle prognostiske faktorer, som går på tværs af smertelokalisationer hos patienter med subakutte smerter. Resultaterne er baseret på en kritisk litteraturgennemgang af 19 studier, heraf 17 observationelle kohortestudier samt to randomiserede studier. Studierne omhandler patienter med smerter i hoved, nakke, ryg og skuldre og omfatter i alt 6.266 patienter. Der er udført metaanalyser på 11 af studierne.

Følgende faktorer synes at have betydning for risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne på tværs af smertelokalisation:

- Smerter flere steder i kroppen (lav kvalitet af evidens)
- Høj smerteintensitet ved inklusion i studiet (meget lav kvalitet af evidens)
- Stigende alder (lav kvalitet af evidens)

- Nedsat funktionsevne ved inklusion i studiet (lav kvalitet af evidens).

Derudover blev der fundet en svag tendens til, at tidligere smerteepisoder var associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne (meget lav kvalitet af evidens). Der blev derimod ikke fundet association mellem varighed af smerter eller tilstedeværelsen af angst og depression og en øget risiko for nedsat funktionsevne (meget lav kvalitet af evidens).

På grund af mangel på primærstudier var det ikke muligt at identificere potentielle generiske prognostiske faktorer for langvarig sygdomsforløb og manglende tilbagevenden til job begrundet i smerter.

Det er projektgruppens vurdering, at disse resultater er et skridt på vejen mod afgrænsning af anvendelige kliniske parametre for tidlig indsats på baggrund af stratificering af patientgruppen. De identificerede faktorer har således faglig relevans som potentielle prognostiske faktorer, der kan danne baggrund for planlægning af fremtidige prognostiske studier. Når projektgruppen anbefaler yderligere studier til validering og / eller udvikling af resultater fra denne MTV, skyldes det især, at kvaliteten af evidensen for de fundne faktorer i litteraturgennemgangen er lav, men også andre begrænsninger gør sig gældende for umiddelbar anvendelse af resultaterne i praksis. Hovedparten af de identificerede studier omhandler patienter med lændesmerter, hvilket begrænser muligheden for generalisering til andre grupper af smertepatienter. For at sikre en bedre kvalitet af denne forskningslitteratur anbefales det, at der i fremtiden udføres store prospektive, registrerede og protokolbaserede prognostiske faktorstudier, med tilstrækkelige størrelse studiepopulation og transparent rapportering af alle de faktorer, der undersøges. Studierne bør omhandle patienter med smerter forskellige steder i kroppen, og der bør tages højde for varigheden af smerte ved inklusion. Det anbefales, at der iværksættes et studie i almen praksis, som kan kortlægge betydningen af de fundne prognostiske faktorer hos forskellige patientgrupper med subakutte smertetilstande.

Patient

Formålet med patientkapitlet er at undersøge patienters oplevelser og erfaringer med smerteforløb samt deres ønsker til samarbejde med især den praktiserende læge om udrednings- og behandlingsforløb. Der er fokus på patienternes vurdering af muligheder for tidlig identifikation af risiko for udvikling af komplekse smerter. Der blev inkluderet 19 kvalitative studier omhandlende patienter med smerter i ryg, bækken, nakke, skuldre, øvre ekstremiteter samt patienter med slidgigt, migræne og generaliserede smerter. Litteraturstudiet blev suppleret med interview med nye og erfarne smertepatienter.

For patienterne er smerter, som har udviklet sig til en kronisk tilstand, et eksistentielt vilkår frem for udelukkende en sygdomstilstand, og de beskriver smerterne som en ultimativ subjektiv og kropslig erfaring, som vanskeligt lader sig formidle. Patienterne beskriver deres forløb som problematiske, især på grund af manglende koordinering af deres behandlingsforløb, og fordi de er i tvivl om, hvor ansvar eller tovholderfunktionen for deres forløb ligger. Desuden oplever patienterne på tværs af diagnoser og varighed af smerter diagnostisk usikkerhed. Derudover giver patienterne udtryk for manglende tillid til og troværdighed af deres præsentation af smerterne.

I såvel litteraturen som interviewene tilkendegiver patienterne et behov for i et samarbejde med den praktiserende læge at finde frem til en individuel forståelse af smerterne,

der kan bringe dem i en position, hvor livet med smerter kan håndteres bedst muligt. Undersøgelsen fandt, at temaer som 'konsekvenser for hverdagsliv', 'selv-hjælps strategier', 'skabelse af partnerskaber' og 'udvikling af en sammenhængende sygdomsforståelse' er væsentlige elementer for etablering af denne forståelse. Derudover blev der identificeret to idealtypiske sygdomsmodeller - den biomedicinske og den biopsykosociale model - som omdrejningspunkt for udvikling af en fælles sygdomsforståelse. Der synes imidlertid at være forskel på, hvorledes henholdsvis patient og læge forstår den sidstnævnte model. For patienterne indeholder den biopsykosociale model smerternes betydning for deres sociale liv og livskvalitet: hvorledes påvirker smerterne emotionelt og socialt, og hvordan kan man håndtere, hvad man fysisk kan magte i hverdagen, mens lægernes opmærksomhed i højere grad er rettet mod kognitiv adfærd og / eller (behandling af) angst og depression. Patienterne kan på den baggrund opleve en 'psykologisering' af deres smerter, som de opfatter som et udtryk for manglende tillid til deres erfaringer.

I litteraturen er der begrænset viden om patientperspektiver på muligheder for og konsekvenser af en tidlig indsats i forhold til at reducere risikoen for nedsat funktions- og arbejdssevne. Men fra interview med både erfarne og nye patienter fremgår det, at patienterne finder det hensigtsmæssigt allerede ved de første henvendelser i almen praksis at kunne planlægge et forløb, der hviler på et samarbejde om et trestrengt fokus på symptomudredning, funktionsevne og livskvalitet. Projektgruppen vurderer på den baggrund, at det ud fra et patientperspektiv er hensigtsmæssigt i en tidlig fase af forløbet at iværksætte et samtidigt udrednings- og forståelsesarbejde baseret på de to ovennævnte sygdomsmodeller. Det er vanskeligt at vide, i hvilken udstrækning det bidrager til reduktion af risikoen for kronificering, men patienterne efterlyser et fokus på den tidlige fase i deres forløb med henblik på at styrke muligheder for håndtering af smerterne i hverdagen.

Endelig påpeger patienterne et øget fokus på samarbejde mellem den sundhedsfaglige og den sociale sektor med henblik på en indsats, der samlet forholder sig til konsekvenserne af en hverdag med smerter.

Organisation

Formålet med organisationskapitlet er at belyse den aktuelle danske indsats til smertepatienter samt at undersøge potentielle modeller til organisering af en tidlig indsats. 12 studier blev inkluderet i litteraturstudiet. Litteraturstudiet blev suppleret med interview med praktiserende læger og sundhedspersonale fra offentlige og private smertecentre med henblik på at beskrive organisering af den aktuelle indsats.

Smertebehandling udføres på tværs af sundhedsfaglige specialer og sektorer. Den aktuelle organisering af indsatsen kan bedst beskrives som en 'seriel samarbejdsmodel', idet den er karakteriseret ved en horisontal opdeling af arbejdsopgaver mellem fagprofessionelle og mellem sektorer. De enkelte delbehandlinger følger efter hinanden serielt, typisk startende i almen praksis. Som sygdomsforløbet udvikler sig visiteres patienterne frem og tilbage mellem almen praksis, hospitalsenheder og tværfaglige smertecentre. Også den kommunale sociale sektor spiller en afgørende rolle i forløbet, men der finder sjældent samarbejde og koordinering sted med den sundhedsfaglige indsats. Udrednings- og behandlingsforløbet er karakteriseret ved, at den enkelte praktiserende læges faglige erfaringer

og vurderinger er afgørende, hvilket bl.a. afspejler et fravær af national klinisk retningslinje på området.

Der er i litteraturen identificeret to potentielle modeller for tidlig indsats:

1. Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering
2. Integreret hierarkisk behandling.

Den førstnævnte model er karakteriseret ved en indledende vurdering af patientens helbredstilstand som konsekvens af smerterne og en efterfølgende stratificering til forskellige behandlingsintensitet. Den anden model er forankret i princippet om 'stepped care', og er karakteriseret ved at patienten modtager en trinvis mere intensiv, specialiseret og kompleks behandling, efterhånden som sygdomsforløbet udvikler sig.

Begge modeller kan teoretisk overføres til en dansk kontekst, men da modellernes kliniske og økonomiske effekter ikke er undersøgt, er det vanskeligt at anbefale en model frem for en anden. Projektgruppen vurderer dog, at der særligt i modellen 'stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering' lægges vægt på princippet om tidlig igangsætning af rette behandling til alle subgrupper af smertepatienter allerede i den subakutte fase, hvorfor det kan anbefales nærmere at undersøge anvendelse og virkninger af denne model.

Ingen af modellerne løser dog de udfordringer, der kan konstateres i den nuværende organisering af indsatsen. Modellerne forudsætter specifikke faglige kompetencer for de enkelte niveauer i modellerne, koordinering mellem fagprofessioner og sektorer, fremadrettet kommunikation samt kliniske retningslinjer for udredning og behandling. Det er bl.a. de faktorer, som udgør centrale problematikker i den nuværende organisering af indsatsen til smertepatienter. Også de lange ventetider udgør en barriere for tidlig indsats til patienter, der har behov for specialiseret indsats. Endelig peger resultater af interviewundersøgelsen generelt på behov for kompetenceudvikling i forhold til smertehåndtering i primær sektor.

Projektgruppen anbefaler at undersøge de kliniske og sundhedsøkonomiske konsekvenser af implementering af organisationsmodellerne før et eventuelt valg af organisationsmodel foretages.

Sundhedsøkonomi

Formålet med kapitlet om sundhedsøkonomier at beskrive omkostningseffektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter. Antallet af studier, der undersøger omkostningseffektiviteten af indsatser til subakutte smertepatienter, er sparsom. Resultaterne i dette afsnit er baseret på en kritisk litteraturgennemgang af fem studier, heraf fire sundhedsøkonomiske analyser af tidlig intervention / risikostratificering målrettet patienter med lændesmerter samt et omkostningsstudie om smerteintensive sygdomme. Der er udarbejdet en GRADE-analyse på tre af de sundhedsøkonomiske analyser, omfattende 231-567 patienter med lændesmerter. Analysen anvendes til at vurdere kvaliteten af evidensen inden for følgende omkostningsgrupper:

- Omkostninger i primær- og sekundærsektoren
- Interventionsomkostninger
- Medicinomkostninger
- Produktivitetstab.

GRADE-analysen indikerer, at indsatser, der indebærer tidlig intervention / risikostratificering, er omkostningseffektive sammenlignet med sædvanlig praksis. Kvaliteten af evidensen er dog vurderet til at være lav til meget lav. Endvidere viser omkostningsstudiet fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI), at der er store socioøkonomiske konsekvenser forbundet med smerteintensive sygdomme i Danmark. På baggrund af disse resultater tyder det på, at der er potentiale for en samfundsøkonomisk gevinst forbundet med en tidlig intervention / risikostratificering over for denne patientgruppe.

Studierne stammer fra lande, hvis sundhedssystemer er væsentligt forskellige fra det danske, og de koncentrerer sig om en delpopulation, nemlig patienter med lændesmerter, hvorfor generalisering til andre grupper af smertepatienter i en dansk kontekst skal foretages med forsigtighed. Derudover er det vanskeligt at vurdere, hvilke effekter der skyldes tidlig indsats / risikostratificering, og hvilke effekter der skyldes selve indholdet i den efterfølgende intervention.

Perspektiver

MTV er en analyseramme, som er hensigtsmæssig at anvende ved undersøgelse af det meget komplekse felt, som smerteområdet udgør. Med sit tværfaglige perspektiv på den samme problemstilling bidrager MTV'en med nye helhedsorienterede vinkler og viser, hvorledes forskellige faktorer gensidigt påvirker og er afhængige af hinanden.

Patienternes erfaringer er, at de generelt modtager utilstrækkelig hjælp i forhold til at adressere den komplekse personlige, sociale og arbejdsmæssige situation, de oplever som konsekvens af smerterne. De efterspørger samarbejde med især deres praktiserende læge om udvikling af en fælles sygdomsforståelse som afsæt for tidlig planlægning af behandlingsforløb. Det harmonerer godt med den sundhedspolitiske dagsorden om at styrke patientinvolvering og patientsamarbejde. Samtidig peger patienternes perspektiv på et behov for en tidligere og mere målrettet indsats. For patienterne vil det betyde bedre mulighed for håndtering af smerterne i deres hverdag, og dermed er der eventuelt potentiale for at reducere risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne.

Grundlæggende er det en forudsætning for en tidlig og målrettet indsats, at de patienter, som er i risiko for at udvikle kroniske smerter, kan identificeres tidligt i forløbet. Der er i denne MTV fundet en række faktorer – fx smerte flere steder i kroppen, stigende alder, høj smerteintensitet – som på tværs af diagnoser og smertelokalisationer synes at have betydning for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne som konsekvens af smerter. Imidlertid findes endnu ikke nagelfaste kriterier for en tidlig og stratificeret indsats, bl.a. på grund af studiernes kvalitet og fokus på enkelte smertelokalisationer. En tidlig og stratificeret indsats vil også kræve en organisatorisk model, som tager højde for nogle af de udfordringer, der i den aktuelle tilrettelæggelse af indsatsen til smertepatienter udgør barrierer for tidlig og målrettet indsats. I denne MTV peges der i den forbindelse især på kommunikation og koordinering mellem sektorer (fx i form af tydelig opgave- og ansvarsfordeling, specifikke faglige kompetencer, retningslinjer for udredning og behandling) samt lange ventetider, hvilket fx er problematisk ved behov for tidlig, højt specialiseret indsats.

På tværs af de fire MTV-perspektiver kan der således konstateres en række generelle udfordringer og mangler for fyldestgørende at kunne udstikke konkrete muligheder for

tidlig identifikation og indsats til patienter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne som konsekvens af smerter. Det gælder især omfang og kvalitet af de eksisterende studier, som ovennævnte konklusioner og anbefalinger baserer sig på. Generelt er der på tværs af den inkluderede litteratur til belysning af de fire MTV-perspektiver kun få studier, som specifikt interesserer sig for patienter med generaliserede smerter, ligesom kun få studier har fokus på subakutte smerter og på varighed af smerter ved inklusionstidspunktet. Der er en overvægt af studier af rygpatienter, og det er usikkert, om resultater herfra kan generaliseres til smertepatienter på tværs af diagnoser og smertelokalisationer. Sammen med den forholdsvis lave kvalitet af studierne peger det på et behov for yderligere undersøgelser, som i en dansk kontekst kan udbygge og validere fund fra denne MTV. Det gælder såvel de potentielle samfundsøkonomiske gevinster, de mulige organisatoriske modeller og de relevante prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktion og arbejdsevne som konsekvens af smerter. Resultater fra denne MTV kan bl.a. anvendes som inspiration til planlægning af solide og relevante studier.

Hovedkonklusioner

Resultater fra denne MTV viser, at smertepatienter oplever langvarige og usammenhængende forløb samt usikkerhed omkring deres diagnose. Desuden understreger patienterne, at den hjælp, de får, ofte ikke modsvarer den komplekse personlige, sociale og arbejdsmæssige situation, de oplever som konsekvenser af smerterne. De efterlyser tidlig indsats baseret på et samarbejde med især den praktiserende læge om udvikling af en fælles sygdomsforståelse som et godt grundlag til håndtering af smerter i hverdagen. Også det sundhedsfaglige personale oplever i den nuværende organisering af indsatsen til smertepatienter især en manglende koordinering af indsatsen samt lange ventetider som barrierer for en tidlig og målrettet indsats. MTV'en identificerer to modeller til organisering af en tidlig indsats til smertepatienter, hvoraf især den ene med sit fokus på stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering er anvendelig til organisering af en tidlig og målrettet indsats - dvs. hvor budskabet 'det rette tilbud til den rette patient på det rette tidspunkt' er søgt efterlevet. De kliniske og økonomiske konsekvenser af modellen er dog ikke fundet undersøgt. De sundhedsøkonomiske analyser af indsatser til smertepatienter baseret på tidlig identifikation og / eller risikostratificering indikerer, at der potentielt er samfundsøkonomiske gevinster forbundet med dette. Kvaliteten af evidensen er dog vurderet som værende lav. De potentielle samfundsøkonomiske gevinster bør derfor efterprøves i et dansk studie, bl.a. med en større studiepopulation baseret på patienter med smertelokalisationer forskellige steder i kroppen.

En forudsætning for at patientgruppen potentielt vil have gavn af en indsats baseret på identifikation af risikoprofil er, at det er muligt tidligt i forløbet og på tværs af smertelokalisationer at identificere de patienter, som er i risiko for udvikling af kroniske smerter. Denne MTV finder en række faktorer, som på tværs af smertelokalisationer synes at have betydning for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne som konsekvens af smerter, nemlig smerte flere steder i kroppen, stigende alder samt høj smerteintensitet og nedsat funktionsevne ved inklusion i studierne. Imidlertid er der alvorlige begrænsninger ved studierne, som ligger til grund for disse fund, bl.a. er de primært baseret på rygpatienter, og mange smertelokalisationer er ikke repræsenteret i studierne.

Overordnet kan det konkluderes, at der er et stort behov for studier, der kan validere disse potentielle prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne som konsekvens af

smarter, og resultater fra denne MTV kan derfor bl.a. anvendes som inspiration til tilrettelæggelse af solide og relevante studier i en dansk kontekst. Det bør være studier med en tilstrækkeligt stor studiepopulation og transparent rapportering af alle de faktorer, der undersøges. Det anbefales at iværksætte prognostiske faktorstudier, som omhandler patienter med smerter forskellige steder i kroppen, og hvor der er taget højde for varigheden af smerte ved inklusion. Fund af sådanne prognostiske faktorer kan yderligere efterprøves i interventionsstudier, som undersøger den praktiske anvendelighed og virkning i stratificerede organisationsmodeller, hvor der sideløbende indsamles data til beregning af de sundhedsøkonomiske konsekvenser samt effektmål, som er relevante for den patienterfærede samlede komplekse situation.

1 Introduktion

Denne medicinske teknologivurdering (MTV) omhandler den sundhedsfaglige indsats til mennesker med subakutte og kroniske smerter. Formålet er overordnet at belyse håndtering og tilrettelæggelse af indsatsen til smertepatienter. Der er specifikt fokus på muligheder for tidlig identifikation og indsats til patienter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne som konsekvens af smerter. Problemstillingen bliver belyst fra et teknologi-, et patient-, et organisations- og et sundhedsøkonomisk perspektiv.

1.1 Baggrund

Smerter er et udbredt fænomen i den danske befolkning. Det skønnes, at en femtedel af danskerne lider af kroniske smerter [1, 2]. Kroniske smerter har stor indflydelse på den enkeltes mulighed for at kunne fungere i dagligdagen, idet det er associeret med sociale og familiemæssige problemer med tab af selvværd og integritet og med tab af arbejdsevne [2-4]. Et dansk studie har fundet, at kroniske smertepatienters helbredsrelaterede livskvalitet er blandt den lavest observerede af alle medicinske tilstande [5], det gælder også i forhold til patienter i en palliativ fase af kræftsygdomme [6].

Smerter er desuden forbundet med store samfundsmæssige omkostninger. Smerter er i betragteligt omfang årsag til sygemeldinger og førtidspension [3, 4, 7-10], og patienter med smerter er mere hyppige brugere af sundhedsydelser end andre [5]. I en dansk undersøgelse af omkostninger ved sundhedsydelser, behandling, sygemelding og førtidspension blandt personer med langvarige smertetilstande er patienter med non-specifikke smertetilstande den gruppe, som har de højeste omkostninger, nemlig 8.053 mio. kr. [11].

Størstedelen af patienter med smerte henvender sig til praktiserende læge¹, som spiller en central rolle både som tovholder for patientens behandlingsforløb og som visitator til eventuelt videre screening og behandling i det specialiserede sundhedsvæsen. Fokus i denne MTV vil derfor være smertepatienter, som henvender sig i almen praksis.

Som konsekvens af de omfattende både personlige, samfundsmæssige og økonomiske omkostninger, der er forbundet med kroniske smerter, vil der potentielt være store gevinster ved at styrke den forebyggende indsats over for mennesker, som er i risiko for at udvikle kroniske smertetilstande. Viden om primære risikofaktorer for udvikling af kroniske smertetilstande er sparsom, og det er derfor vanskeligt at anbefale konkrete tiltag og strategier vedr. primær forebyggelse. I stedet anbefales det, at der fokuseres på den sekundære forebyggelse, dvs. at forhindre at smertetilstande udvikler sig til at blive kroniske hos personer med akutte eller subakutte (non-maligne) smerter [12].

Der er stor variation i forløbet af smerterne. Mens majoriteten af præsenterede smerter er forbigående, vil en del af patienterne opleve vedvarende smertesymptomer, som kan udvikle sig til langvarige og komplekse smertetilstande [12]. Behandling og lindring kompliceres ved smerter, som har udviklet sig til at være kroniske. Såfremt man på et tidligt tidspunkt kan differentiere mellem de patienter, som oplever (spontan) bedring, og

¹ I denne rapport betegner "praktiserende læge" altid den alment praktiserende læge. Andre lægefaglige specialer vil fremgå specifikt.

de patienter som udvikler kroniske smertetilstande, vil indsatsen kunne målrettes, således at der ydes et behandlingsniveau, som matcher patientens behov.

På den baggrund belyses i denne MTV mulighederne for og konsekvenserne ved tidlig vurdering af patienters risiko for at udvikle kroniske smertetilstande.

1.1.1 Formål og perspektiv

Det overordnede formål med denne MTV er at belyse håndtering og tilrettelæggelse af indsatsen til patienter med non-maligne smerter. Undersøgelsen specifikke formål er at analysere muligheder for tidlig identifikation og indsats til patienter, som er i risiko for at udvikle nedsat funktions- og arbejdssevne som konsekvens af smerter.

Konkret undersøges i rapporten:

- Potentielle prognostiske faktorer, som kan forudsige risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdssevne på tværs af smertelokalisationer.
- Smertepatienters erfaringer med behandlingsforløb og deres ønsker og behov til et samarbejde med sundhedsprofessionelle om håndtering af smerter.
- Den aktuelle organisering af indsatsen til smertepatienter samt modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter.
- Omkostningseffektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.

Perspektivet for denne MTV er potentielt at reducere risikoen for kronificering blandt mennesker med subakutte smerter (mindre end tre måneders varighed) med henblik på at begrænse personlige og samfundsmæssige omkostninger forbundet med dette.

1.1.2 Afgrænsning

Patientgruppen er voksne personer over 18 år, som henvender sig i almen praksis med subakutte, non-maligne smerter.

De specifikke formål og analysespørgsmål for henholdsvis teknologi-, patient-, organisations- og sundhedsøkonomiafsnit fremgår i kapitel 3 om metode. På grund af smerteområdet komplekse karakter bære MTV'en i en vis udstrækning præg af forskellighed mellem de fire forskellige perspektiver bl.a. i forhold til afgrænsning. Hvor teknologiafsnittet søger at undersøge generiske prædiktorer for udvikling af nedsat funktions- og arbejdssevne blandt smertepatienter, og dermed eksempelvis har snævre kriterier for varighed af smerter ved inklusion i studiet, har patientafsnittet med sit fokus på erfaringer med smerteforløb et bredere perspektiv og omhandler i højere grad generelle vilkår for smertepatienter i forhold til betydningen af en tidlig indsats. Økonomiafsnittet fokuserer i sin afsøgning af mulige samfundsøkonomiske gevinster på specifikke indsatser på baggrund af risikostratificering, mens organisationsafsnittet bredt afsøger potentielle organisatoriske modeller til implementering af tidlig indsats. Fælles for de fire perspektiver er undersøgelse af muligheder for den tidlige indsats til smertepatienter.

1.2 Projektorganisation

MTV-undersøgelsen er gennemført i perioden december 2013 – juni 2014. Danske Regioner er opdragsgiver, og undersøgelsen er gennemført af en tværfagligt sammensat projektgruppe ved afdelingen for MTV & Sundhedstjenesteforskning, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. Projektgruppemedlemmerne er:

- Lisbeth Ørtenblad, mag.art. i antropologi, MPH - projektleder
- Gitte Valentin, cand.scient.san.
- Kathrine Carstensen, cand.scient.soc.
- Inge Wittrup, antropolog, ph.d.
- Line Stjernholm Tipsmark, cand.scient.med.
- Vibe Bolvig Hyldgård, stud.cand.scient.san.publ.
- Marc Sampedro Pilegaard, ergoterapeut, stud.scient.san.

To medlemmer af den nedenfor nævnte eksterne projektgruppe har skrevet den første del af afsnittet om smerter (i kapitel 2): Troels Staehelin og Henrik Bjarke Vægter.

Rapporten er udarbejdet i samarbejde med en ekstern projektgruppe, som har bistået med faglige råd og metodemæssig vejledning. Medlemmer er udpeget som repræsentanter for centrale faglige og metodemæssige aktører inden for smerteområdet:

- Robin Christensen, biostatistiker, MSc, ph.d., Parker Institutet, Frederiksberg Hospital
- Pia Frederiksen, formand for FAKS - Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Sanne Lydø, bestyrelsesmedlem i FAKS - Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Lars Bye Møller, bestyrelsesmedlem i FAKS - Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Carsten Krogh Jørgensen, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Harlev
- Per Rotbøll Nielsen, overlæge, Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet
- Marianne Rosendal, speciallæge i almen medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet
- Troels Staehelin Jensen, professor i klinisk og eksperimentel smerteforskning, Neurologisk Afdeling, Aarhus Sygehus
- Henrik Bjarke Vægter, fysioterapeut, MSc Pain Management, Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital.

Derudover blev faglige fællesskaber og institutioner relevante for smerteområdet inviteret til at deltage i en referencegruppe. Medlemmer af referencegruppen fik mulighed for at indsende skriftlige kommentarer til projektbeskrivelsen samt til rapportudkast som en del af peer review-processen. Følgende organisationer blev inviteret:

- Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet
- Regionalt Smertecenter, Køge Sygehus
- Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital
- Tværfagligt Smertecenter, Aalborg Universitetshospital
- Smerteklinikken, Neurologisk Afdeling, Aarhus Sygehus
- Tværfagligt Smertecenter, Herlev Hospital
- Dansk selskab for Almen Medicin
- Dansk Reumatologisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk SmerteForum
- SmerteDanmark
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Kiropraktor Forening

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin
- Kommunernes Landsforening
- Danske Regioner
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
- Sundhedsstyrelsen
- Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser og Psykosomatik
- Rygcenter Syddanmark
- Den Private Smerteklinik, Herlev

14 af disse valgte at lade sig repræsentere i referencegruppen.

Internt peer-review er forestået af:

- Camilla Palmhøj Nielsen, forskningsleder, lektor, ph.d.
- Ulla Væggemose, cand.pharm., ph.d
- Claus Løvshall, projektleder, cand.scient.san.

MTV-rapporten har gennemgået eksternt peer-review forestået af:

- Harald Breivik, MD, professor em., Oslo Universitet og konsulent ved Afdeling for Smertebehandling og forskning ved Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus, Editor-in-chief, Scandinavian Journal of Pain.
- Heidi Salomonsen, ass. professor, ph.d., Institut for Statskundskab, Aalborg Universitet.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten indledes med et ganske kort lægmandsresumé af formål med undersøgelsen og dens hovedresultater. Dernæst følger et mere udførligt resumé på engelsk. Herefter følger sammenfatningen, som indeholder et resumé af rapportens formål, metode og resultater, en præsentation af MTV'ens fire delresultater samt en samlet perspektivering. Sammenfatningen kan læses selvstændigt.

I kapitel 1 bliver baggrund, perspektiv og afgrænsning for MTV'en samt projektets organisering gennemgået. I kapitel 2 gives en introduktion til smerter som klinisk fænomen, beskrevet i relation til formålet med denne MTV samt en beskrivelse af forekomst og konsekvenser af kroniske smerter. I kapitel 3 præsenteres undersøgelsens formål, analyse-spørgsmål og de anvendte metoder til besvarelse af analysespørgsmålene. Her gennemgås litteratursøgningen samt de anvendte kvalitetsvurderingsmetoder nærmere.

De efterfølgende fire kapitler omhandler MTV'ens delperspektiver. Alle kapitlerne indledes med en kort præsentation af det pågældende kapitels hovedkonklusioner. Dernæst udfoldes perspektivets specifikke analysespørgsmål og metode. Resultater fra litteraturstudier og evt. primær dataindsamling fremstilles, kvaliteten af den inkluderede litteratur diskuteres og endelig udfoldes kapitlets konklusioner og perspektiver. Kapitel 4 omhandler MTV'ens teknologiperspektiv, kapitel 5 patientperspektivet, i kapitel 6 præsenteres organisationsperspektivet, og i kapitel 7 det sundhedsøkonomiske perspektiv.

Bagest i rapporten findes en samlet referenceliste samt bilag: liste over ekskluderede studier og begrundelse for dette for teknologiperspektivet samt interviewguides, som er anvendt ved interview med patienter og sundhedsfagligt personale.

2 Om smerter

Hensigten med dette kapitel er at give en generel beskrivelse af smerter som klinisk fænomen i relation til formålet med denne MTV, nemlig undersøgelse af generiske prædiktorer for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne blandt smertepatienter. Kapitlet har derfor ikke til hensigt at give en udtømmende introduktion til smerteklassifikation, afgrænsning, virkningsmekanismer eller til de faglige vurderinger og diskrepanser, der kan være af dette, men udelukkende at give en generel beskrivelse af smerter med særligt henblik på at fremhæve smerternes individuelle og komplekse karakter.

Smerter er af den internationale smerteorganisation International Association for the Study of Pain (IASP) defineret som "en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller mulig vævsskade eller beskrevet som om en sådan forelå" [13]. Denne definition indebærer, at smerte ikke blot er sensorisk af karakter, men også har en emotionel komponent med frygt, ubehag og angst som ledsagefænomener. Herudover har smerter også kognitive elementer, hvor det enkelte menneske på basis af tidligere erfaringer, kulturel og social baggrund kan forholde sig til smerte og tage sine fremtidige forholdsregler, fx undgå vævsskade og smerte i lignende situationer. Disse tre aspekter: det sensoriske, det emotionelle og det kognitive giver smerten dens komplekse karakter, og giver samtidig en umiddelbar forståelse for at smerte kan variere ikke blot fra person til person, men også fra en situation til en anden hos den samme person [14]. I definitionen af smerte fremhæves, at der er tale om en oplevelse - altså en subjektiv foreteelse, som ikke umiddelbart kan gøres til genstand for objektiv måling.

Smerter er hyppige [15]. Det skønnes, at mellem 20 og 30 % af den danske befolkning lider af kroniske smerter i varierende grad [1, 11]. Det er det symptom, der hyppigst fører patienter til læge, kiropraktor eller fysioterapeut. I de fleste tilfælde er smerte et forbigående symptom, men hos en gruppe patienter udvikler smerterne sig til en kronisk tilstand. Kroniske smerter er en kompleks tilstand, hvor fysiske, sociale og psykologiske faktorer hver især påvirker sygdomsbilledet i større eller mindre grad. Ved kroniske smertetilstande er smerterne ofte lokaliseret flere steder i kroppen, og der optræder hyppigt andre symptomer. I de sværeste tilfælde kan man tale om såkaldte syndromdiagnoser, som fx fibromyalgi. Karakteristiske symptomer ved disse syndromdiagnoser er foruden smerte træthed, koncentrations- og hukommelsesbesvær, søvnforstyrrelser, nedtrykthed og nervøsitet.

Patienter med kroniske smertetilstande er den patientgruppe, som har de højeste omkostninger til sundhedsydelse, sygemeldinger og førtidspension. Flere risikofaktorer for udviklingen af kroniske smerter, nedsat funktionsniveau og sygemelding er blevet identificeret hos personer med forskellige smertediagnoser, heriblandt psykosociale parametre (fx angst, depression, frygt, sygemelding og stress) [16, 17], men også biologiske ændringer i hjernens sensitivitet for smertefuldt stimuli (for oversigt se Jensen TS 2013²) samt ændringer i nervesystemets funktioner i retning af en højere smerte sensitivitet [18].

² Jensen TS, Dahl JB, Arendt-Nielsen L, eds. Smerter – baggrund, evidens og behandling, 3. udg. København: FADL's Forlag a/s, 2013.

Der findes ingen ideel klassificering af smerter. Den mest simple form for inddeling af smerter baserer sig på smertens varighed, og her skelnes der mellem akutte smerter (mindre end 1 måneds varighed), subakutte smerter (1-6 måneders varighed) og kroniske smerter (mere end 6 måneders varighed) [19]. Den akutte smerte er en advarsel om truende vævsskade og tjener til at fjerne individet fra truslen om vævsskade samt til at minde individet om at beskytte det skadede væv, så optimal heling kan opnås. Denne akutte smerte er helt essentiel for individets overlevelse. Den akutte smerte er derfor en normal fysiologisk respons og i de fleste tilfælde et forbigående symptom. Der kendes sjældne sygdomme, hvor smerteopfattelsen er mistet, og resultatet er ofte multiple læsioner som følge af manglende smertesans og med truende overlevelse til følge [20]. De senere år har klassificering af smerter flyttet sig i retning af en mekanismeorienteret klassificering, dvs. en inddeling der baserer sig på de tilgrundliggende forklaringer på smerte. Her skelnes der primært mellem: 1) nociceptiv / inflammatorisk smerte, 2) neuropatisk smerte og 3) smerte af uafklaret oprindelse. I de tilfælde, hvor der foreligger en kronisk smertetilstand, kan der påvises tegn på sensibilisering i nervesystemet enten perifert eller centralt [16, 21].

Smerte kan forekomme, uden at der tilsyneladende er tegn på vævsskade. Det betyder, at selvom der ikke er tegn på synlig vævsskade, kan en person godt lide af smerter. Det er den type smerter, der ofte ses, når smerter er blevet kroniske. Den præcise årsag til at nogle udvikler kroniske smerter, funktionstab og nedsat arbejdsevne, hvad enten dette er med eller uden forudgående sygdom eller traume, er fortsat ukendt. Ved kroniske smerter vil psykologiske mekanismer ofte i form af angst og depression kunne påvirke sygdomsbilledet i større eller mindre grad.

2.1 Forekomst og konsekvenser af subakutte og kroniske smerter

Det er vanskeligt at opnå overblik over omfang af smertepatienter og deres behandlingsforløb. Epidemiologiske studier af området er sparsomme, og viser desuden både nationalt og internationalt variation i opgørelser af smerteforekomst og behandlingsbyrde. Årsager til det er bl.a., at der sjældent fokuseres på smerter som særskilt studieobjekt [4], og at der er inkonsistens i definitioner af kroniske smerter. Eksempelvis er det i studierne ikke altid muligt at skelne mellem akutte, subakutte og længerevarende komplekse smerter, omend der synes at være faglig enighed om, at kroniske og akutte smerter er væsensforskellige, og at kroniske smerter derfor ikke kan håndteres som 'langvarige akutte' smerter [1]. Ofte bærer studierne også præg af mangel på klar og transparent rapportering, og det kan derfor være uklart, om internationale epidemiologiske variationer skyldes reelle populationsforskelle eller metodologiske faktorer [4].

På trods af disse epidemiologiske udfordringer er der enighed om, at smerter er et af sundhedsvæsenets største problemområder såvel i forhold til forekomst, behandlingsmæssige udfordringer, menneskelig lidelse som økonomiske og samfundsmæssige konsekvenser. I danske epidemiologiske studier rapporteres om en prævalens af smerter blandt voksne på 16 % - 19 % [1, 4], og en tilsvarende prævalensrate - 19 % - estimeres fra et stort studie, som inddrager 15 europæiske lande [3]. Dette studie viser imidlertid store forskelle landene imellem med prævalensrater på 12 % - 30 %. Også smerteintensitet og angivne årsager til smerterne varierer mellem landene, hvilket formentlig reflekterer kulturforskelle i håndteringen af smerter [3].

I Danmark er det muligt at følge udviklingen af smerteforekomsten, da data om kroniske smerter stammer fra de samme tilbagevendende danske befolkningsundersøgelser. Estimater fra henholdsvis 2000 og 2005 viser stabil forekomst af smerter med en prævalens på knap 20 % i perioden [1].

Flere kvinder end mænd angiver at have kroniske smerter. Kroniske smerter stiger med alderen, og smerterne er hyppigere forekommende blandt enlige og blandt mennesker med lav uddannelse. Også overvægt er knyttet til forekomsten af smerter [1].

Smerter har alvorlige negative konsekvenser for hverdagslivet. Et europæisk studie har bl.a. undersøgt de sociale konsekvenser af kroniske smerter, hvor eksempelvis 21 % har depression som ledsagefænomen, 61 % er ude af stand til at arbejde uden for hjemmet, 19 % har mistet deres job, og 13 % har skiftet job eller har job på særlige vilkår [3]. Et review angiver knap 10 tabte arbejdsdage per ½ år blandt smertepatienter samt én sygedag over en 14-dages periode [4]. Desuden rapporteres om omfattende negative konsekvenser for livskvalitet, mulighed for aktivitet i hverdagen samt fysisk og psykisk velbefindende [4].

De danske epidemiologiske studier har også undersøgt smerterens association til andre samtidigt forekommende helbredsproblemer. Her dominerer muskuloskeletale sygdomme, hvor knap 67 % af smertepatienter har muskuloskeletale sygdomme. Høj forekomst af smerte er også rapporteret blandt personer med lidelser i skuldre, nakke, hænder, knæ og ekstremiteter [2]. Dårligt selv vurderet helbred stiger proportionalt med tilstedeværelsen af smerter, således angiver knap 80 % af smertepatienter deres helbred som dårligt, mens kun 7 % af personer, som angiver deres helbred til at være godt, rapporterer kroniske smerter [1].

Smertepatienter bruger sundhedssystemet dobbelt så meget som andre patienter [2, 5], de har en gennemsnitlig hospitalsliggetid, som er 4-5 gange længere end for resten af befolkningen [5], og 60 % af smertepatienter har haft kontakt med deres praktiserende læge på grund af smerter 2-9 gange inden for 6 måneder [3]. En væsentlig del af smertepatienter - 35 % - er imidlertid ikke tilfredse med de undersøgelser, de har gennemgået, og med de behandlingsforløb de er blevet tilbudt. Også dette resultat er stabilt i perioden 2000-2005 [1, 2]. Her er der ingen kønsforskel, men til gengæld en betydelig aldersforskel, således at yngre mennesker i højere grad end ældre er utilfredse med deres behandling. Utilfredshed med behandlingen kan genkendes i et europæisk studie, hvor ca. 40 % rapporterer en utilstrækkelig håndtering af deres smerter [3]. Desuden fremgår det, at patienter i perioder ikke benytter sundhedsvæsenets ydelser, idet 1/3 aktuelt på undersøgelsestidspunktet ikke behandles, og kun 2 % aktuelt behandles af smertespecialister [3]. Studiet angiver ikke direkte årsager til dette, men det kan muligvis skyldes såvel lange ventetider som utilfredshed med behandlingen. Også i et review rapporteres om patienters oplevelse af utilstrækkelig kontrol med smerterne [4].

3 Metode

Denne rapport er udført med udgangspunkt i de fire MTV-perspektiver: teknologi, patient, organisation og økonomi. I nedenstående tabel ses en oversigt over formål, analyse-spørgsmål og anvendte metoder til besvarelse af analysespørgsmålene for hvert af de fire perspektiver.

Tabel 1: Oversigt over formål, analysespørgsmål og metoder

Formål	Analysespørgsmål	Metode
Teknologi		
- Identificere potentielle faktorer, som kan forudsige udviklingen af nedsat funktions- eller arbejdsevne hos voksne med akutte eller subakutte smerter på tværs af smertelokalisationer. - Vurdere kvaliteten af evidensen for de identificerede faktorer.	- Hvilke faktorer kan potentielt forudsige udviklingen af nedsat funktions- eller arbejdsevne hos voksne, som henvender sig hos den praktiserende læge med akutte eller subakutte smerter på tværs af diagnoser? - Hvad er kvaliteten af evidensen for de identificerede prognostiske faktorer?	Systematisk litteraturgennemgang (GRADE)
Patient		
- Undersøge smertepatienters erfaringer med forløbet i almen praksis fra smertedebut til udviklingen af komplekse smertetilstande.	- Hvordan oplever smertepatienter deres forløb i almen praksis og anden behandling fra smertedebut til komplekse smertetilstande? - Hvad er smertepatienters ønsker og behov for afklaring, støtte og behandling i forskellige faser af forløbet? - Hvordan kan patienter og pårørende bedst muligt indgå som samarbejdspartnere i smertebehandlingen?	Systematisk litteraturgennemgang Narrative interview med nye og erfarne smertepatienter
Organisation		
- Beskrive organisering af den aktuelle indsats til smertepatienter i Danmark.	- Hvordan er indsatsen til smertepatienter organiseret i dag, herunder: Hvordan vurderes behandlingsbehovet hos den praktiserende læge og andre relevante sundhedsprofessionelle? Hvordan foregår vurderingen af smertepatienters risiko for at udvikle nedsat funktions- og / eller arbejdsevne hos praktiserende læger i dag?	Systematisk litteraturgennemgang Interview med praktiserende læger Interview med sundhedspersonale fra smertecentre
- Beskrive modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter.	- Hvilke erfaringer findes nationalt og internationalt for organisering af tidlig indsats til smertepatienter? - Hvordan kan organisering af tidlig indsats til smertepatienter potentielt implementeres i Danmark? - Hvilke organisatoriske udfordringer og konsekvenser vil det medføre for praksis?	

Formål	Analysespørgsmål	Metode
Økonomi		
- Beskrive omkostnings-effektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.	- Hvilken national og international evidens foreligger der for de sundhedsøkonomiske konsekvenser af en systematisk indsats målrettet subakutte smertepatienter? - Er der potentiale for samfunds-økonomiske gevinster ved en systematisk indsats målrettet patienter med subakutte smerter i Danmark?	Systematisk litteraturgennemgang (GRADE)

3.1 Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev indledt med en overordnet søgning med det formål at identificere relevant sekundær litteratur i form af nationale og internationale MTV-rapporter, systematiske oversigtsartikler og kliniske retningslinjer. Den overordnede søgning blev varetaget af en medarbejder fra MTV & Sundhedstjenesteforskning. Denne søgning blev gennemført i kilder, hvor det var sandsynligt at finde sekundær litteratur.

Der blev søgt efter MTV-rapporter og oversigtsartikler følgende steder: INAHTA, KORA, CAST, CRD, Kunnskapssentret, CFK, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) og Cochrane. Der blev søgt efter kliniske retningslinjer i følgende databaser og på følgende hjemmesider: Sundhedsstyrelsen (SST), Dansk Selskab for Almen Medicin, Guidelines International Network (G-I-N), SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Kunnskapssenteret (Norge), Helsedirektoratet (Norge), Finohita (Finland), National Guideline Clearinghouse (NCG) (USA), Institute for Clinical Systems Improvement (USA), NLM Gateway, Guidelines Finder, Health Evidence Network (HEN), HTA database, NICE, British Pain Society (BPS), Pain Australia, International Association for the Study of Pain (IASP). Derudover blev der søgt efter relevante forløbsprogrammer på de fem regioners hjemmesider.

Søgningen i den overordnede fase blev opbygget omkring følgende søgeord:

- Pain OR Chronic Pain

Efterfølgende blev der gennemført en detaljeret og systematisk litteratursøgning med henblik på at identificere relevant litteratur inden for hvert af de fire MTV-perspektiver. En forskningsbibliotekar med ekspertise inden for sundhedsfaglig litteratursøgning samt kliniske eksperter var involveret i udarbejdelsen af søgestrategien og søgningen. Litteratursøgningen er gennemført efter en i forvejen defineret søgestrategi, som blev fulgt så systematisk, som de enkelte datakilder tillod det.

Der er identificeret søgeord med afsæt i analysespørgsmålene beskrevet i de fire perspektiver (se tabel 1). Nøglebegreber (MeSH) blev anvendt i det omfang, det var muligt, og blev suppleret med frittekstsøgning.

Følgende termer blev anvendt ved søgningen:

- Pain OR chronic pain OR persistent pain

And

- General practice OR family practice OR primary health care OR GP

Disse søgeord blev yderligere kombineret med følgende søgeord:

- Teknologi: Prognosis OR Outcome Assessment OR predict* OR prognost*
- Patient: primary health care OR attitude to health OR self care, patient outcome assessment OR quality of life OR early management OR qualitative research.
- Organisation: early management OR stepped care OR stratified management, stratified care OR stratified approach OR collaborative care.

De overordnede inklusionskriterier for litteratur i alle fire perspektiver er følgende:

Tabel 2: Overordnede inklusionskriterier som anvendes i litteratursøgningen

Inklusionskriterier	
Sprog	Litteratur publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk
Patientens alder	Voksne over 18 år
Symptomer	Non-maligne smerter
Setting	Primær sektor

Foruden disse generelle inklusionskriterier er der specifikke inklusionskriterier, fx i forhold til studiedesign, for hvert af de fire perspektiver. Disse fremgår i de efterfølgende kapitler omhandlende de forskellige perspektiver.

Søgningen blev udført i februar 2014 i følgende databaser: PubMed, Embase, CINAHL og PEDro.

For teknologiperspektivets vedkommende blev den elektroniske litteratursøgning suppleret med gennemgang af udvalgte studiers referencelister, citationssøgning i Scopus samt forespørgsel blandt eksperter på området efter anden relevant publiceret og ikke-publiceret litteratur. For patientperspektivets vedkommende blev der desuden søgt i databasen PsychInfo. For økonomiperspektivets vedkommende blev der desuden søgt i databasen NHS Economic Evaluation Database.

Udvælgelse af litteratur og kvalitetsvurdering

De identificerede studier blev for hvert enkelt perspektiv i første omgang gennemgået af to af hinanden uafhængige projektgruppemedlemmer på titel- og abstractniveau. Studier, som tydeligt ikke opfyldte inklusionskriterierne blev ekskluderet. Herefter blev de resterende studier læst i fuldttekst af mindst to projektgruppemedlemmer, og beslutning om inklusion i litteraturgennemgangen blev foretaget. Ved uoverensstemmelse blev et tredje projektgruppemedlem rådspurgt, og konsensus blev opnået via fælles drøftelse.

3.2 Kvalitetsvurdering af evidens

Kvalitetsvurderingen af den inkluderede litteratur blev gennemført af to projektgruppe-medlemmer uafhængigt af hinanden. Vurderingerne blev efterfølgende drøftet med henblik på afklaring af eventuelle uoverensstemmelser.

De inkluderede sundhedsøkonomiske studier blev indledningsvis kvalitetsvurderet ved hjælp af Drummond's tjekliste, hvilket ligger til grund for vurderingen af risiko for bias i den efterfølgende GRADE-evidensprofil. GRADE blev desuden anvendt til vurdering af kvaliteten af evidens i forbindelse med studier benyttet ved teknologiperspektivet, mens CASP blev anvendt til vurdering af litteraturen vedr. organisations- og patientperspektiverne. Årsagen til at der anvendes forskellige metoder til kvalitetsvurdering af litteraturen er, at GRADE som udgangspunkt er udviklet til vurdering af kvantitativ litteratur, og derfor ikke er velegnet til vurdering af den kvalitative litteratur, som er inkluderet i henholdsvis organisations- og patientafsnittet. Beskrivelsen af GRADE-metoden nedenfor er en generel præsentation af metoden. De særlige forhold der gør sig gældende for vurdering af evidensen af henholdsvis prognostiske studier og sundhedsøkonomiske studier er beskrevet i de respektive kapitler (kapitel 4 og kapitel 7).

3.2.1 GRADE

Kvalitetsvurdering af evidens omhandler, hvor stærkt det samlede videnskabelige grundlag er for at besvare et bestemt spørgsmål fyldestgørende [22]. I denne MTV benyttes det internationalt anerkendte evidensgraderingssystem GRADE til at vurdere kvaliteten af evidens. GRADE er et system, som anvendes til at graduere kvaliteten af evidensen af litteratur ved udarbejdelse af systematiske oversigtsartikler, MTV'er og kliniske retningslinjer [22]. I GRADE bedømmes kvaliteten af evidensen for hvert enkelt effektmål med udgangspunkt i studiernes design [23]. Kvaliteten af evidensen graderes i følgende fire niveauer: høj, moderat, lav eller meget lav [23]. RCT-studier starter ved høj kvalitet af evidens, mens observationelle studier som udgangspunkt er af lav kvalitet. Der er fem faktorer, som kan føre til nedgradering af kvaliteten og tre faktorer, som kan føre til opgradering af kvaliteten af evidensen [22]. Faktorer som kan føre til henholdsvis op- og nedgradering af evidensen er præsenteret i tabel 3

Tabel 3: Ned- og opgradering af evidens i GRADE

Evidensniveau	Studiedesign	Nedgradering	Opgradering
Høj (++++)	RCT	• Risiko for bias • Inkonsistens • Indirekte evidens • Unøjagtighed • Publikationsbias	• Effektstørrelse • Dosis-respons • Konfounding
Moderat (+++)			
Lav (++)	Observationelle		
Meget lav (+)			

Kilde: Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer [24].

I tabel 4 ses en beskrivelse af årsager for nedgradering af evidensen. Nedgradering fortages for hvert effektmål på tværs af de studier, der besvarer spørgsmålet vedr. de enkelte effektmål. Er problemet af mindre alvorlig karakter nedgraderes med ét niveau. Er problemet af mere alvorlig karakter nedgraderes to niveauer [24].

Tabel 4: Årsager til nedgradering af evidens

Domæne	Årsager til nedgradering
Risiko for bias	Risikoen for bias vurderes for hvert enkelt studie ved hjælp af tjeklister (fx Cochrane's risk of bias tools til RCT-studier).
Inkonsistens	Inkonsistens mellem resultaterne fra forskellige studier kan føre til nedgradering af evidensen. Såfremt der er en god forklaring på inkonsistensen mellem studierne, fx forskellige subgrupper af patienter, nedgraderes evidensen ikke. I stedet foretages differentiering i anbefalinger til forskellige subgrupper.
Indirekte evidens	Indirekte evidens omhandler relevansen i forhold til det pågældende kliniske spørgsmål. Indirekte evidens kan fx skyldes forskelle i population, intervention eller effektmål mellem det kliniske spørgsmål og de tilgrundliggende studier.
Unøjagtighed	Der kan foretages en nedgradering, hvis effektestimatet er unøjagtigt (brede konfidensintervaller).
Publikationsbias	Hvis der er tegn på manglende publicering af hele studier eller selektiv rapportering af resultater foretages en nedgradering.

Evidens fra observationelle studier kan opgraderes ét eller to niveauer afhængig af nedenstående domæner [24].

Tabel 5: Årsager til opgradering af evidens

Domæne	Årsager til opgradering
Effektstørrelse	Evidensen kan opgraderes i kohortestudier, hvis effekten er meget stor.
Dosis-respons	Hvis der ses en dosis-respons-effekt kan evidensen opgraderes.
Konfounding	Underestimering af effekt grundet ukontrolleret konfounding kan bevirke at evidensen kan opgraderes.

Afslutningsvis gradueres evidensen for hvert effektmål som høj, moderat, lav eller meget lav. I tabel 6 ses definitionerne for de fire kategorier af evidens i GRADE.

Tabel 6: Definition af de fire evidenskategorier i GRADE

Kvalitet	Definition
Høj ++++	Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på vores effektestimat.
Moderat +++	Vi er moderat sikre på effektestimatet: Den sande effekt er sandsynligvis tæt på effektestimatet, men der er en risiko for, at den sande effekt er væsentlig anderledes end effektestimatet.
Lav ++	Vores tillid til effektestimatet er begrænset: Den sande effekt kan være væsentlig anderledes end effektestimatet.
Meget lav +	Vi har meget lav tillid til effektestimatet: Den sande effekt kan meget vel tænkes at være væsentlig anderledes end effektestimatet.

Kilde: Balshem H. et al: GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence [25].

3.2.2 CASP

Kvalitetsvurdering af studier baseret på kvalitative design omhandler i hvilken udstrækning og med hvilken videnskabelig styrke, studiet kan siges at besvare dets forskningsspørgsmål [26, 27]. CASP består af 10 retningsanvisende spørgsmål med en række under-spørgsmål, og via besvarelse af disse bedømmes kvaliteten af det pågældende studie. Det er således en bedømmelse, der bygger på diskussion og argumentation baseret på bedømmernes faglige viden og erfaring. Redskabet inkluderer en omfattende vurdering og

evaluering af studiets formål, metodens egnethed til belysning af forskningsspørgsmålene, studiedesignets hensigtsmæssighed, kriterier for udvælgelse af informanter eller studiepopulation, dataindsamlingsmetode og procedure, analysemetode og strategi samt betydningen af forholdet mellem forsker og deltagere for resultaterne. Desuden indeholder redskabet spørgsmål om etiske forhold, om der er en klar fremstilling af resultater samt om studiets værdifuldhed. Det er ikke muligt ved hjælp af CASP samlet at graduere studiet, men besvarelse af spørgsmålene resulterer i en generel og overordnet kvalitetsvurdering i forhold til studiets troværdighed i besvarelse af forskningsspørgsmålet.

4 Teknologi

Delkonklusion: teknologiperspektiv

Formålet med teknologikapitlet er at undersøge, hvorvidt der eksisterer potentielle prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne, som går på tværs af smertelokalisationer hos patienter med subakutte smerter. Resultaterne er baseret på en kritisk litteraturgennemgang af 19 studier, heraf 17 observationelle kohortestudier samt 2 randomiserede studier. Studierne omhandlede patienter med smerter i hoved, nakke, ryg og skuldre og omfattede i alt 6.266 patienter. Der blev udført metaanalyser på 11 af studierne.

Følgende potentielle prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktionsevne på tværs af smertelokalisation blev identificeret:

- Smerte flere steder i kroppen (lav kvalitet af evidens)
- Høj smerteintensitet ved baseline (meget lav kvalitet af evidens)
- Stigende alder (lav kvalitet af evidens)
- Nedsat funktionsevne ved baseline (lav kvalitet af evidens).

Desuden blev der fundet en svag tendens til, at tidligere smerteepisoder var associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne (meget lav kvalitet af evidens). Varighed af smerter, angst og depression var ikke associeret med en øget risiko for nedsat funktionsevne (meget lav kvalitet af evidens).

Grundet mangel på primærestudier var det ikke muligt at identificere potentielle generiske prognostiske faktorer for langvarig sygdom og manglende tilbagevenden til job forårsaget af smerter.

Kvaliteten af evidensen for de fundne faktorer i nærværende litteraturgennemgang er meget lav eller lav, hvilket betyder, at tiltroen til gyldigheden af de fundne resultater er lav. De identificerede faktorer skal derfor ses som potentielle prognostiske faktorer, som kan danne baggrund for planlægning af fremtidige studier.

Under udarbejdelse af nærværende litteraturgennemgang er det blevet klart, at der er betydelige begrænsninger i den nuværende forskningslitteratur på området. For at sikre en bedre kvalitet af forskningslitteraturen på området anbefaler projektgruppen, at der i fremtiden udføres store prospektive, registrerede og protokolbaserede prognostiske faktorstudier, med tilstrækkelig størrelse af studiepopulation og transparent rapportering af alle de undersøgte faktorer. Studierne bør omhandle patienter med smerter forskellige steder i kroppen, og der bør tages højde for varigheden af smerte ved inklusion. Det anbefales, at der iværksættes et studie i almen praksis, som kan kortlægge betydningen af de fundne prognostiske faktorer hos forskellige patientgrupper med subakutte smertetilstande.

4.1 Indledning

Dette kapitel har til formål at undersøge, hvorvidt der findes prognostiske faktorer for nedsat funktions- og arbejdsevne blandt patienter med (sub)akutte smertetilstande. Kapitellet indledes med en kort baggrund for denne del af MTV'en. Herefter følger en kritisk litteraturgennemgang, hvor den nuværende evidens på området præsenteres. Afslutningsvis diskuteres resultaternes betydning for klinisk praksis og behovet for yderligere forskning på området vurderes.

Langvarig nedsat funktions- og arbejdsevne som følge af smerter er forbundet med betydelige negative konsekvenser for patienter, familiemedlemmer og for samfundet [28]. Når smerterne først er blevet kroniske, kan de være meget vanskelige at behandle med kurativt sigte, og det er derfor essentielt for et godt resultat, at relevante behandlings tiltag iværksættes på det rette tidspunkt [28]. Smerter er imidlertid et yderst udbredt fænomen og den hyppigste årsag til at søge konsultation hos praktiserende læge [12]. Prævalensen af muskuloskeletale smertetilstande forventes at stige drastisk i de kommende årtier, i takt med at befolkningen bliver ældre [29]. I de fleste tilfælde er smerte et forbigående symptom, og det vil derfor være både dyrt og unødvendigt at tilbyde specialiseret udredning eller behandling til alle patienter, som henvender sig hos praktiserende læge med en smerteproblematik [30]. En lille gruppe af patienter vil dog opleve, at smerterne bliver vedvarende eller hyppigt tilbagevendende. Dette vil hos nogle resultere i en langvarig nedsat funktions- og arbejdsevne [31]. Det skønnes, at ca. 3-10 % af personer med subakutte smerter udvikler kroniske smertetilstande [30, 31]. Tidlig identifikation af patienter i risiko for at udvikle nedsat funktions- og / eller arbejdsevne vil potentielt kunne bidrage til optimering af behandlingen af smertepatienter sammenholdt med vanlig praksis, idet en målrettet indsats vil kunne iværksættes på et tidligere tidspunkt [30].

Tidligere studier, som har undersøgt prognostiske faktorer, har traditionelt været afgrænset til at undersøge specifikke diagnoser eller smerte fra ét område af kroppen (fx ryg eller skulder) [32]. Mange patienter har imidlertid smerter flere steder i kroppen eller har uforklarede smerter, hvor det ikke er muligt at stille en diagnose. Smerterne kan desuden ændre udbredelse og lokalisation over tid hos den samme patient. Bl.a. derfor giver det god mening at forsøge at se på, om der findes prognostiske faktorer, som går på tværs af diagnoser og smertelokalisationer. Såfremt der findes faktorer, som går på tværs af smertelokalisationer, vil dette på sigt give mulighed for udvikling af et screeningsværktøj, som kan anvendes på tværs af diagnoser, hvilket potentielt vil give bedre mulighed for tidlig identifikation af højrisikopatienter i almen praksis.

4.1.1 Formål

Formålet med teknologiafsnittet er via en systematisk litteraturgennemgang at identificere potentielle faktorer, som kan forudsige udviklingen af nedsat funktions- eller arbejdsevne hos voksne med akutte eller subakutte smerter på tværs af smertelokalisationer samt at vurdere kvaliteten af evidensen for de identificerede faktorer.

Analysespørgsmål

- Hvilke faktorer kan potentielt forudsige udviklingen af nedsat funktions- eller arbejdsevne hos voksne, som henvender sig hos praktiserende læge med akutte eller subakutte smerter på tværs af diagnoser?
- Hvad er kvaliteten af evidensen for de identificerede prognostiske faktorer?

4.2 Metode

I nedenstående afsnit beskrives in- og eksklusionskriterier for litteraturen samt kvalitetsvurdering og analyse, som er specifikt gældende for teknologiafsnittet. De anvendte metoder for litteratursøgning og udvælgelse, som er generelt gældende for de fire perspektiver i denne MTV-rapport, er beskrevet i kapitel 3 om metode.

4.2.1 In- og eksklusionskriterier for litteraturen

Design

Følgende inklusionskriterier blev anvendt i udvælgelsen af studier: Kvantitative kohorte- eller randomiserede studier med prospektivt indsamlede data og minimum tre måneders opfølgning, hvor formålet med studiet var at undersøge prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktions- og / eller arbejdsevne blandt voksne med (sub)akutte smerter.

Grundet den store mængde af litteratur på området var søgningen afgrænset til at omfatte studier publiceret i perioden 16. januar 2003-16. januar 2014 samt studier publiceret på engelsk, dansk, norsk eller svensk.

Studiepopulation

Inklusionskriterierne for studiepopulationen var voksne (18 år eller derover) med en (sub)-akut smertetilstand (mindre end tre måneders varighed) behandlet i primær sektor. Fokus var på patienter set i almen praksis, men studier hvor patienterne var rekrutteret via fysioterapi- eller kiropraktorklinikker er dog også inkluderet, da disse lokaliteter ligeledes kan være indgang til sundhedsvæsenet. Ligeledes er studier, hvor rekruttering foregik via sygedagpengekontor ligeledes inkluderet, da dette blev betragtet som tilhørende primær sektor. Eksklusionskriterier var cancerrelaterede smerter, børn samt smertetilstande af mere end tre måneders varighed.

Effektmål

Det primære effektmål var risiko for udvikling af nedsat funktionsevne. De sekundære effektmål var langvarig sygemelding og tilbagevenden til arbejde.

4.2.2 Gradering af evidens (GRADE)

Kvaliteten af evidensen blev vurderet ved hjælp af GRADE-metoden [33] med inspiration fra en artikel om anvendelse af GRADE i "prognostic factor research" [34]. En overordnet beskrivelse af GRADE-metoden kan findes i det fælles metodeafsnit, kapitel 3.

Udgangspunktet for kvaliteten af evidens blev baseret på "phase of investigation." En høj kvalitet af evidens opnås fra studier, som har til formål at bekræfte uafhængige associationer mellem den prognostiske faktor og effektmålet, kaldet fase 2-studier, eller studier der har til formål at give forklaringer på de underliggende processer for prognosen

af en given helbredstilstand, kaldet fase 3-studier. Prædiktive modelstudier eller eksplorerende studier, som er udført i en tidligere fase, og som har til formål at identificere associationer mellem potentielle prognostiske faktorer og effektmålet kaldes fase 1-studier. Fase 1-studier har som udgangspunkt lav kvalitet af evidens [34]. Studier udført som fase 3 eller 2 er derfor at foretrække. Der findes imidlertid kun ganske få fase 2- og 3-studier inden for dette felt, hvorfor størstedelen af den inkluderede litteratur er fase 1-studier.

Risikoen for bias i de enkelte studier blev vurderet ved hjælp af skemaet Quality in Prognosis Studies (QUIPS) [35]. QUIPS er et redskab, som er udviklet specielt til vurdering af risiko for bias i prognostiske studier. Redskabet indeholder seks domæner med hver tre til syv underspørgsmål. Ud fra svarene i underspørgsmålene blev risikoen for bias kategoriseret som værende lav, moderat eller høj [35]. QUIPS har demonstreret acceptabel reliabilitet [35]. Vurderingen af risiko for bias blev foretaget af to projektgruppemedlemmer uafhængigt af hinanden. I tilfælde af uoverensstemmelse mellem vurderingerne blev konsensus opnået via fælles drøftelse.

Risikoen for bias for hver prognostisk faktor blev graderet som:

- (1): 'Ingen alvorlige begrænsninger' hvis hovedparten af evidensen var fra studier med lav risiko for bias i de fleste af domænerne.
- (2): 'Alvorlige begrænsninger' hvis hovedparten af evidensen var fra studier med moderat / uklar risiko for bias i de fleste af domænerne.
- (3): 'Meget alvorlige begrænsninger' når hovedparten af informationen var fra studier med høj risiko for bias i de fleste af domænerne [34].

Baggrunden for ned- eller opgradering er beskrevet i det fælles metodeafsnit, kapitel 3.

4.2.3 Dataekstraktion

Følgende data blev udtrukket fra de inkluderede studier: Studiedesign, antal deltagere, smertelokalisation, opfølgningsperiode, effektmål, potentielle prognostiske faktorer, styrken af association samt evt. justering for kovariater. En faktor blev betragtet som værende potentielt prognostisk på tværs af diagnose, såfremt den var undersøgt for to eller flere forskellige smertelokalisationer.

4.2.4 Statistisk analyse

I nærværende litteraturgennemgang er der udført metaanalyser over betydningen af de identificerede prognostiske faktorer [36]. For at minimere risikoen for konfounding blev kun resultater fra de multivariable analyser anvendt til metaanalyserne.

De inkluderede studier havde anvendt forskellige analysemetoder, hvilket gjorde en direkte sammenligning af resultaterne umulig. For at tage højde for dette blev relative estimater omregnet til log-skala. Herefter blev det 'statistiske signal' (effektestimatet) og den tilhørende usikkerhed for estimatet (SE) angivet. SE blev udregnet ved at trække øvre ende af konfidensintervallet fra nedre ende af konfidensintervallet og dividere med 3,92 ($2 \times SE$). Det 'statistiske signal' anvendes til at belyse den statistiske association mellem den givne prognostiske faktor og effektmålet. Ved at anvende det 'statistiske signal' er det muligt, at sammenholde studieresultater til trods for forskelle i de anvendte statistiske analyser og

målemetoder. Ulempen ved at anvende det 'statistiske signal' er imidlertid, at det givne metaestimat ikke har nogen direkte klinisk værdi. Det er således ikke ud fra resultaterne af metaanalysen direkte muligt at vurdere den kliniske relevans / betydning af et givent resultat. Resultatet af metaanalyserne kan derfor primært anvendes til vurdering af, hvorvidt der er en statistisk signifikant association mellem den givne faktor og effektmålet.

Metaestimer blev beregnet ved anvendelse af "Generisk Inverse Variance Random Effects". "Random effects" blev anvendt i stedet for "Fixed effects" for at tage højde for heterogenitet mellem studierne og dermed præsentere data mere konservativt. Homogeniteten mellem studierne blev vurderet ved hjælp af en Q-test kvantificeret ved I^2 index [37]. I^2 repræsenterer procentdelen af den totale variation mellem studierne som kan tillægges inkonsistens (heterogenitet) og ikke tilfældighed [38]. I tilfælde af betydelig heterogenitet mellem studierne ($I^2 > 50\%$) blev robustheden af resultaterne undersøgt i en "fixed effects"-analyse. Et resultat blev betragtet som værende robust, såfremt punkt-estimatet for "fixed effects" lå inden for konfidensintervallet af "random effects." Lå punkt-estimatet udenfor, blev risikoen for "small study"-bias betragtet som værende høj, og evidensen for den givne prognostiske faktor blev nedgraderet for inkonsistens [39].

Metaanalyserne blev udført i programmet Review Manager 5,0 [40]. Analyserne er udført under vejledning af biostatistikeren Robin Christensen som har ekspertise inden for GRADE og Cochrane Reviews.

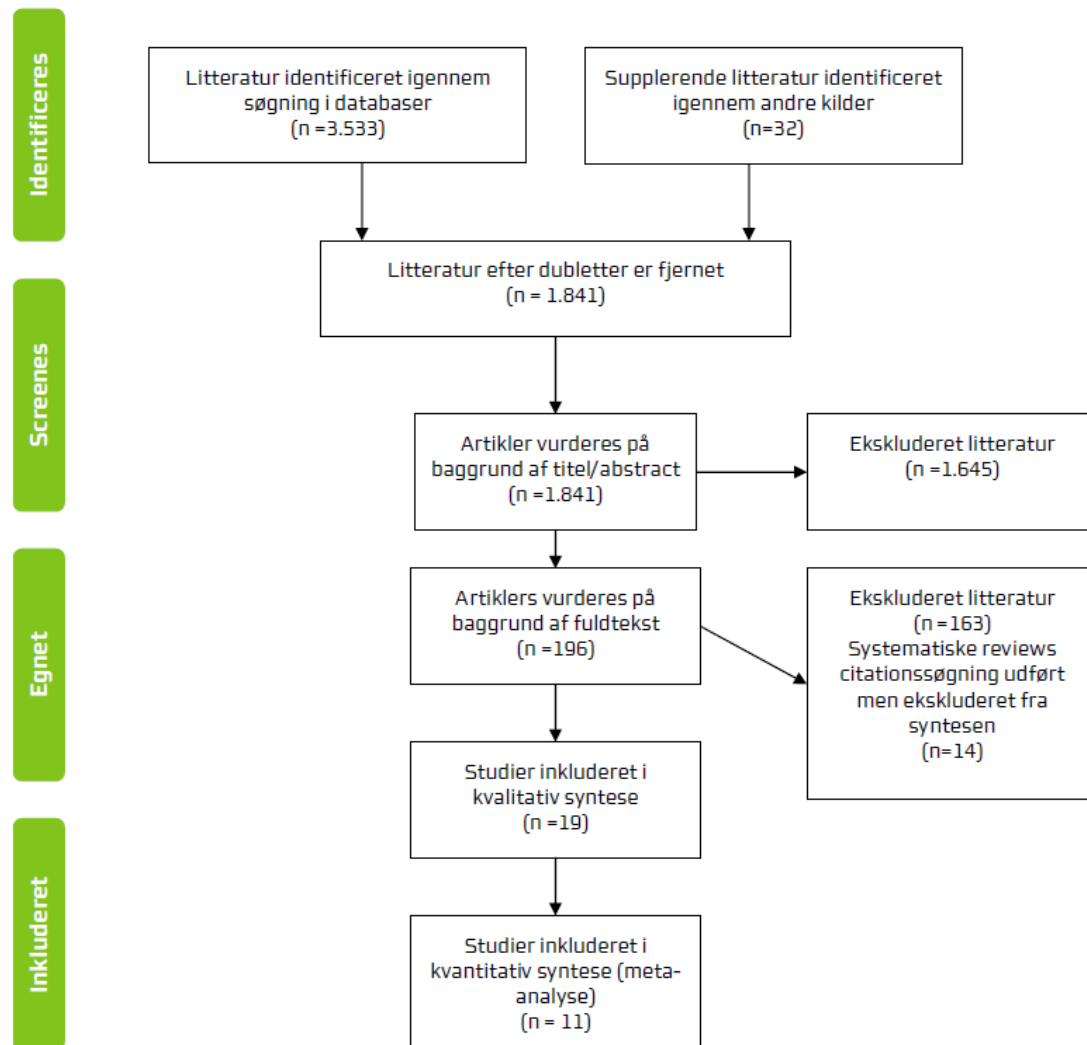
4.3 Resultater

Nedenfor præsenteres resultaterne af litteraturgennemgangen.

4.3.1 Resultat af søgningen

I alt 3.533 studier blev identificeret ved litteratursøgningen i de uvalgte databaser. Derudover blev der identificeret 32 artikler, som ikke var fremkommet ved den elektroniske søgning. De 32 studier blev bl.a. identificeret ved reference- og citationssøgning i relevante systematiske reviews. Efter at dubletter var fjernet var der 1.853 artikler i alt. Disse studier blev gennemgået på titel og abstractniveau. 196 studier blev læst i fuld tekst. 163 studier blev ekskluderet, da de ikke opfyldte inklusionskriterierne. Systematiske reviews, som opfyldte eller delvist opfyldte inklusionskriterierne blev anvendt til reference- og citations-søgning med henblik på at identificere relevante primærstudier. Inkluderede studiers referencelister blev ligeledes gennemgået. En oversigt over ekskluderede studier samt årsager til eksklusion kan ses i bilag 1. I alt 19 studier opfyldte inklusionskriterierne og blev inkluderet i litteraturgennemgangen. 11 studier blev inkluderet i metaanalysen.

Figur 1: In- og eksklusion af studier, teknologi



4.3.2 Ekskluderende studier

Af de 196 studier, som blev læst i fuld tekst, blev 163 studier ekskluderet. Årsagerne til eksklusion var: Inkluderede deltagere havde kroniske smerter (28 studier), studiet inkluderede både deltagere med subakutte og kroniske smerter (72 studier), effektmål ikke relevant (fx smerte) (17 studier), deltagere blev ikke rekrutteret fra primær sektor (9 studier), studiedesign ikke relevant (fx tværsnitsstudie) (19 studier), der var under tre måneders followup (7 studier), studiets deltagere kom fra samme kohorte som et allerede inkluderet studie (3 studier) og andre faktorer (8 studier). Yderligere blev 14 systematiske reviews ekskluderet fra syntesen. Disse studier omhandlede hovedsageligt rygpatienter. Ingen af reviewene skelnede mellem subakutte og kroniske smertetilstande. Der blev udført citations- og referencesøgning på de 14 studier. I alt blev 177 studier ekskluderet.

4.3.3 Inkluderede studier

De 19 inkluderede studier bestod af 17 kohortestudier og to randomiserede studier. 14 af studierne omhandlede patienter med smerter i ryggen [31, 41-53]. Et studie omhandlede patienter med både nakke- og rygsmerter [54]. To studier så på patienter med nakkesmerter [57, 58], et studie omhandlede patienter med hovedpine [55] og et studie inkluderede patienter med både skulder- og rygsmerter [56]. Kohorten med skulder-

patienter indbefattede dog både patienter med subakutte og kroniske smerter og indgår derfor ikke i analyserne. Det totale antal af patienter som var inkluderet i de 19 studier var 6.266. Medianen for antallet af deltagere per studie ved baseline var 184 (range: 56-2.662). Andelen af kvinder var højere end andelen af mænd i 11 studier. Alder ved baseline blev rapporteret i 18 studier (gennemsnit: 42,8 år SD: 5,4 år). Gennemsnitlig smertevarighed ved baseline blev angivet i otte studier (gennemsnit: 13,3 dage SD: 8,9 dage). Opfølgningsperioden rangerede fra 3 måneder til 22 år (median: 9 måneder). Hovedparten af studierne rekrutterede patienterne fra almen praksis [31, 42, 45, 49-57]. De resterende studier rekrutterede patienter fra fysioterapi klinik [47, 48] og fra sygedagpengekantor [41]. 16 studier havde funktionsevne som effektmål [30, 31, 42, 44-47, 49-56, 58]. tre studier havde sygemelding som effektmål [30, 51, 57] mens to studier havde tilbagevenden til arbejde som effektmål [41, 43]. En oversigt over studierne karakteristika ses i tabel 7.

Tabel 7: Inkluderede studiers karakteristika, teknologi

Forfatter årstal	Land	In- og eksklusionskriterier	Antal deltagere ved baseline	Alder ved baseline Mean (SD)	Smerte- lokalisering	Rekruttering	Effekt mål (måleredskab)	Followup (måneder)
Boardman HF. 2006	UK	Eksklusion: alvorlig psykiatrisk eller terminal sygdom	730 ^A	52 (18-90) ^B	Hoved	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Migraine Disability Assessment)	12
Boersma K. 2005	Sverige	Ikke oplyst	363	47 (10,2)	Ryg eller nakke	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) og sygemelding (> 15 dage)	12
Childs J. 2004	USA	Patienter 18-60 år med lænderygsmarter med eller uden udstråling til underkstremiteter og Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) score på min. 30 %. Eksklusion: 'røde flag'-symptomer (fx tumor, kompressionsfraktur eller infektion), vedvarende nerverodstryk (positive strakt benløft-test, tab af reflekser, følesans eller styrke i underkstremiteter), graviditet eller tidligere operation i ryg eller baller.	131	33,9 (10,9)	Lænd	Fysioterapiklinik	Nedsat funktionsevne (Modified Oswestry Disability Index)	6
Coste J. 2004	Frankrig	Patienter ≥ 18 år som henvender sig hos praktiserende læge eller reumatolog for første gang på grund af smerter i lænden af en varighed på < 72 timer og uden udstråling til ben. Eksklusion: Malignitet, infektion, spondylartrose, vertebralfraktur, neurologiske tegn, tidligere smerter i lænden inden for de seneste 3 mdr., ikke-fransktalende.	113	44,3 (13,7)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (VAS (smerteskala) og Roland Morris Disability Questionnaire)	3
Grotle M. 2007	Norge	Patienter 18-60 år med lænderygsmarter < 1 uge med eller uden udstråling til ben som ikke tidligere er behandlet for lænderygsmarter. Eksklusion: Graviditet, cauda equina-symptomer, progressive pareser, fraktur, mistanke om tumor eller infektion, ankyloserende spondylit, RA eller anden inflammatorisk sygdom.	123	37,9 (10,1)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	12

^A: Der blev inkluderet 2.662 deltagere i studiet men kun 730 respondenter er inkluderet i den relevante analyse. ^B: Median (range).

Tabel 7 (fortsat): Inkluderede studiers karakteristika, teknologi

Forfatter årstal	Land	In- og eksklusionskriterier	Antal deltagere ved baseline	Alder ved baseline Mean (SD)	Smerte- lokalisering	Rekruttering	Effekt mål	Followup (måneder)
Grotle M. 2010	Norge	Patienter som henvender sig til lægen grundet uspecifikke smerter i lænden inkl. udstrålende smerter til underkstremiteter. Eksklusion: 'røde flag' (fx cauda equina-symptomer, alvorligt traume, ankyloserende spondylit eller cancer).	258	46 (9)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	12
Hancock M. 2008	Australien	Patienter med smerter i lænden som medfører moderat smerte og moderat nedsat funktionsevne. Eksklusion: Aktuell episode ikke forudgået af en smertefri periode på min. 1 måned, mistanke om alvorlig patologi, nerverodskompression, aktuelt forbrug af NSAID, operation inden for de seneste 6 mdr.	240	40,7 (15,6)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	3
Hendrick P. 2013	New Zealand	Patienter 18-65 år med smerter i lænden ≤ 6 uger forudgået af en periode på min. 3 mdr., hvor patienten ikke har søgt behandling for lænderygsmerter.	101	38,8 (14,6)	Lænd	Almen praksis, fysioterapiklinik og avisannonce	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	3
Heneweer H. 2007	Holland	Patienter 21-60 år. Eksklusion: Mistanke om specifik årsag til rygsmerter (fx traume, tumor, RA, osteoporose, infektion, nerverodstryk), graviditet eller alvorlig komorbiditet.	56	42 (9,2)	Lænd	Fysioterapiklinik	Nedsat funktionsevne (recovery yes/no samt sygefravær ja/nej)	3
Karjalainen K. 2003	Finland	Patienter 25-60 år med funktionshæmmende lænderygsmerter i 4 -12 uger rekrutteret fra 36 almene praksis til et RCT med det formål at undersøge 3 forskellige interventioner til behandling af subakutte smerter.	164	44 (8,8)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Oswestry Disability Index) og sygemelding (1: 0 dage, 2: 1-30 dage, 3: > 30 dage)	12

Tabel 7 (fortsat): Inkluderede studiers karakteristika, teknologi

Forfatter årstal	Land	In- og eksklusionskriterier	Antal deltagere ved baseline	Alder ved baseline Mean (SD)	Smerte- lokalisering	Rekruttering	Effekt mål	Followup (måneder)
Leaver AM. 2013	Australien	Patienter 18-70 år med non-specifikke nakkesmerter i < 3 måneder og som var forudgået af min. 1 måned uden nakkesmerter.	181	38,8 (10,7)	Nakke	Fysioterapi- klinik og kiropraktor	Nedsat funktionsevne (Neck Disability Index)	3
Lonnberg F. 2010	Danmark	Patienter som henvendte sig hos praktiserende læge med lænderygsmerter for første gang i 1976.	78	57 ^c	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (begrænsninger ikke nærmere beskrevet)	264
Melloh M. 2013	New Zealand	Patienter 18-65 år. Eksklusion: Kroniske smerter (>12 uger), specifikke lænderygsmerter (infektion, tumor, osteoporose, ankyloserende spondylit, fraktur, deformitet, inflammation, cauda equina- symptomer), alvorlig komorbiditet eller graviditet.	315	34,9 (12,6)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Oswestry Disability Index)	6
Schultz IZ. 2004	Canada	Patienter 18-60 år som har været sygemeldt fra arbejde i 4-6 uger efter skaden var opstået (subakut gruppe) eller 6-12 mdr. efter skaden var opstået (kronisk gruppe) på grund af lænderygsmerter.	253	40,3 (11,4)	Lænd	Sygedag- pengekonto	Manglende tilbagevenden til arbejde	3
Sieben JM. 2005	Holland	Patienter 18-60 år som konsulterede praktiserende læge med en ny episode af lænderygsmerter. (smerter < 3 uger forudgået af min. 3 mdr. uden aktivitetsbegrænsninger på grund af smerter) Eksklusion: mistanke om specifik årsag til lænderygsmerter: (fx diskusprolaps med nerverodstryk, tumor eller vertebralfraktur), alvorlig komorbiditet, psykiatrisk lidelse, graviditet.	222	Ikke oplyst	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Graded Chronic Pain Scale)	12

^c: Median (range)

Tabel 7 (fortsat): Inkluderede studiers karakteristika, teknologi

Forfatter årstal	Land	In- og eksklusionskriterier	Antal deltagere ved baseline	Alder ved baseline Mean (SD)	Smerte- lokalisering	Rekruttering	Effekt mål	Followup (måneder)
Storheim K. 2005	Norge	Patienter 18-60 år sygemeldt fra job 8-12 uger men uden tidligere sygemelding på grund af lænderygsmerter i en periode på 12 uger op til aktuelle sygemelding. Eksklusion: diskusprolaps med udstråling, spinalstenose med neurologisk komponent, spondylolyse eller spondylolistese > grad 2, vertebralfraktur, tumor, infektion, inflammatorisk sygdom, tidligere rygoperation, graviditet komorbiditet, misbrug eller fysisk aktivitet > 3 gange om ugen i min. 6 måneder.	93	RTW:40,5 (9,8) NRTW: 42,3 (11,7)	Lænd	Almen praksis og sygedagpengekontor	Manglende tilbagevenden til arbejde	12
Swinkels-Meewisse, 2006	Holland	Patienter 18 -65 år med uspecifikke lænderygsmerter med eller uden udstråling. Eksklusion: specifik årsag til lænderygsmerter (fx tumor, traume, infektion, fraktur, inflammatoriske tilstande), malignitet, rygoperation eller graviditet.	374 ^D	42,4 (11,3)	Lænd	Almen praksis og fysioterapiklinik	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	6
Van der Windt DA. 2007	Holland	Skulder: patienter > 18 år som ikke havde konsulteret egen læge grundet skuldersmerter inden for de foregående 3 mdr. Eksklusion: fraktur, dislokation, demens eller systemisk lidelse (fx RA, neoplasmer, neurologisk eller vaskulær lidelse). Ryg: Patienter 18-65 år med lænderygsmerter < 12 uger eller forværring af milde symptomer af rygsmerter. Eksklusion: specifik årsag til smerter (metastase, osteoporose, RA eller fraktur), aktuel behandling af andre end praktiserende læge, graviditet.	Ryg: 171	Ryg:42,0 (12,0)	Lænd	Almen praksis	Nedsat funktionsevne (Roland Morris Disability Questionnaire)	3
Vos CJ. 2008	Holland	Patienter > 18 år med nakkesmerter < 6 uger. (første tilfælde eller tilbagevenden af nakkesmerter efter en smertefri periode på min. 3 mdr.) Eksklusion: specifik årsag til nakkesmerter (fx kendt vaskulær eller neurologisk lidelse, neoplasmer, reumatologisk lidelse eller refereret smerte fra indre organer).	187	40,7 (14,1)	Nakke	Almen praksis	Sygemelding (>7 dage)	12

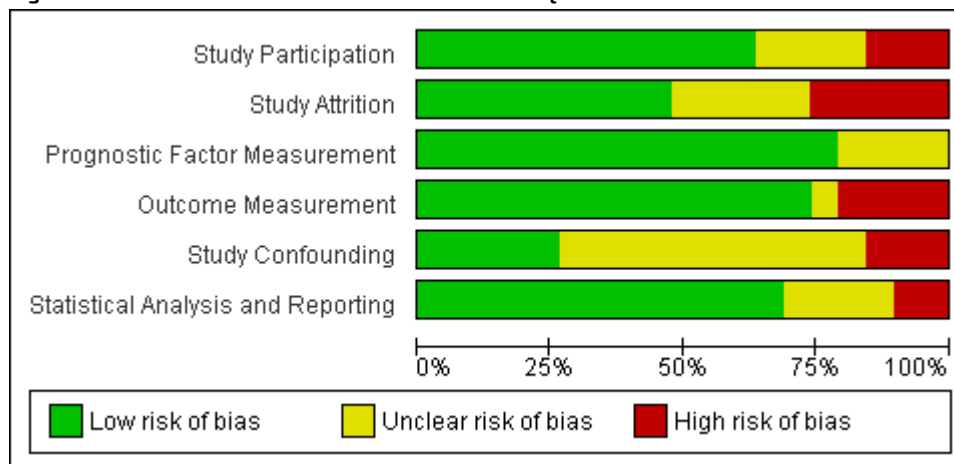
^D: 555 deltagere er inkluderet i studiet, men der er kun oplysninger om funktionsevne for 374 af deltagerne.

4.3.4 Risiko for bias i de inkluderede studier

Alle 19 inkluderede studier blev vurderet i forhold til risiko for bias ud fra de seks kategorier i spørgeskemaet QUIPS: (1) "Studiepopulation" (repræsentativitet), (2) "Deltagelse og bortfald" (selektionsbias), (3) "Prognostiske faktorer" (målefejl), (4) "Effekt mål" (målefejl), (5) "confounding" og (6) "Statistiske analyser og rapportering af studiets resultater" (figur 2 og figur 3).

Figur 2 illustrerer risikoen for bias for de enkelte domæner. I domænet "Studiepopulation" blev henholdsvis fire og tre studier vurderet at have moderat og høj risiko for bias. I domænet "Deltagelse og bortfald" blev fem studier vurderet at have moderat risiko for bias, og fem studier blev vurderet at have høj risiko for bias. Risikoen for bias ved måling af "Prognostiske faktorer" blev vurderet til at være moderat i fire studier og lav i de resterende 15 studier. Risikoen for bias ved måling af "effekt målet" blev vurderet at være høj i fire studier og moderat i et studie. Domænet "confounding" var det område, hvor der var den højeste risiko for bias. Her blev 11 studier vurderet at have moderat risiko for bias, og tre studier blev vurderet at have høj risiko for bias. Årsagen til at så mange studier blev vurderet at have moderat risiko for bias skyldes primært mangelfuld beskrivelse af hvilke faktorer, der var justeret for i analyserne. I domænet "Statistiske analyser og rapportering af studiets resultater" blev fire studier vurderet at have moderat risiko for bias, mens to studier blev vurderet at have høj risiko for bias.

Figur 2: Risiko for bias for hver af de seks domæner i QUIPS



Figur 3 viser projektgruppens vurdering af risiko for bias i de enkelte studier. Studiernes kvalitet blev vurderet af to af projektgruppens medlemmer. De to bedømmere var blinde overfor den andens vurdering af studiet. Overensstemmelsen mellem de to bedømmere for hvert domæne varierede fra 37 % til 84 % (kappa 0,07- 0,73), hvilket svarer til ringe til god grad af overensstemmelse. Den laveste grad af overensstemmelse var i domænet "konfounding." Samlet set var overensstemmelsen mellem de to bedømmere 68 % (kappa 0,42) svarende til moderat grad af overensstemmelse [63]. Enighed i vurderingerne blev opnået via drøftelse mellem de to bedømmere. Der blev opnået enighed for alle studier. Ud fra vurderingerne i de seks domæner blev 11 studier vurderet at have lav risiko for bias [31,43,45, 46,48-51,53,56,58]. Tre studier blev vurderet at have moderat risiko for bias [42,44,57] og fem studier blev vurderet at have høj risiko for bias [41,47,52,54,55].

Figur 3: Risiko for bias i de enkelte studier

	Study Participation	Study Attrition	Prognostic Factor Measurement	Outcome Measurement	Study Confounding	Statistical Analysis and Reporting
Boardman H.F., 2006	?	-	?	+	?	?
Boersma K., 2005	-	-	?	-	-	-
Childs M.J.D., 2004	+	?	?	+	+	+
Coste J., 2004	+	+	+	+	?	+
Grotle M., 2010	+	-	+	+	+	+
Grotle M., 2007	+	+	+	+	?	+
Hancock M.J., 2008	+	+	+	+	?	+
Hendrick P., 2013	?	+	+	+	+	+
Heneweer H., 2007	?	+	+	-	?	?
Karjalainen K., 2003	?	+	+	+	?	+
Leaver A.M., 2013	+	+	+	+	?	+
Lonnberg F., 2010	-	-	?	-	-	-
Melloh 2013	+	-	+	+	+	+
Schultz I.Z., 2004	-	?	+	?	-	+
Sieben J.M., 2005	+	?	+	+	?	?
Storheim K., 2005	+	+	+	+	?	+
Swinkels-Meewisse, 2006	+	?	+	-	?	+
Van der Windt D., 2007	+	+	+	+	+	+
Vos C.J., 2008	+	?	+	+	?	?

4.3.5 Prognostiske faktorer for nedsat funktionsevne

Dette afsnit indeholder en gennemgang af de inkluderede studier, som havde selvrapporteret nedsat funktionsevne som effektmål. I alt 16 af de 19 studier er dermed inkluderet i gennemgangen.

I primærstudiernes analyser præsenteres først en række prognostiske faktorer i en ujusteret analyse. I en ujusteret analyse er der ikke taget højde for konfounding.

I en del af de inkluderede studier var det kun faktorer, som viste en statistisk signifikant association mellem effektmålet og den pågældende faktor, som blev præsenteret i en justeret (multivariabel) analyse. Det forhold at kun signifikante resultater inddrages i de endelige analyser betyder, at der er en risiko for at effekten af en given prognostisk faktor overestimeres, da ikke-signifikante fund i nogle studier er udeladt i det endelige resultatafsnit. Nedenfor beskrives, hvorledes der i denne litteraturgennemgang er forsøgt at tage højde for dette forhold.

I det følgende afsnit præsenteres først en oversigt over faktorer, som er inddraget i de ujusterede analyser. Denne oversigt giver et indblik i, hvilke faktorer der initialt er undersøgt i de inkluderede studier. Dernæst præsenteres faktorer, som er undersøgt i de justerede analyser. Disse faktorer præsenteres i metaanalyser, såfremt deres betydninger undersøgt i to eller flere studier og for mindst to forskellige smertelokalisationer. Ved at sammenholde antallet af studier, som initialt har undersøgt en given prognostisk faktor med antallet af studier inkluderet i metaanalysen, opnås et indblik i, hvorvidt der er resultater, som ikke er medtaget i metaanalysen. Afslutningsvis præsenteres kvaliteten af evidensen for de fundne prognostiske faktorer i en GRADE-evidensprofil. I evidensprofilen fremgår, hvorvidt der er foretaget en ned- eller opgradering af evidensen samt årsagen hertil. I nærværende litteraturgennemgang blev evidensen bl.a. nedgraderet, hvis der var studier, som havde undersøgt en given faktor men ikke inddraget resultatet i den endelige analyse (se tabel 4 og 5). Den samlede kvalitet af evidens anvendes som mål for, hvor meget vi kan stole på gyldigheden af de resultater, der fremkom i metaanalyserne.

I tabel 8 ses oversigten over alle de potentielle prognostiske faktorer, som blev undersøgt i de inkluderede studier. Et plus angiver, at der blev fundet en statistisk signifikant association mellem den givne prognostiske faktor og effektmålet i den ujusterede analyse, mens et minus illustrerer, at der blev fundet en ikke-signifikant sammenhæng. I alt 81 faktorer blev undersøgt i de ujusterede analyser.

Tabel 8: Potentielle prognostiske faktorer for nedsat funktionsevne

Prognostisk faktor		Boorman	Boersma	Childs	Coste	Grotte, 2007	Grotte, 2010	Hancock	Hendrick, Hendrick	Heneweer	Karjalainen	Leaver	Lonnberg	Melloh	Sieben	Swinkels- Meewisse	Van der Windt
Socio- demo- grafisk	Alder				÷	÷	÷		+ ^a		+	+	÷	÷	÷ ^a	+ ^a	
	Køn				÷	÷	÷				÷	+	÷	÷		÷ ^a	
	BMI										+	+		+			
	Rygning					÷								÷			
	Alkoholforbrug	÷ ^a												÷			
	Koffeinindtag	÷ ^a															
	Civilstatus															÷ ^a	
	Etnisk baggrund				÷											÷ ^a	
	Uddannelsesniveau					÷	+				÷	÷		÷	÷ ^a	÷ ^a	
	Socialklasse						÷										
Smerte	Intensitet ved baseline	+ ^a			÷		+			+	+	÷		+	+ ^a	+ ^a	
	Varighed	+ ^a										+	÷	÷		+ ^a	
	Tidligere episoder	+ ^a			÷	÷						÷	÷		+ ^a	+ ^a	
	Associerede symptomer	+ ^a															
	Varighed tidligere episoder													+			
	Konstant smerte om natten				÷												
	Smerte forværres ved hoste				+												
	Smerte forværres ved bevægelse af ryggen				÷												
	Smerter værre i stående				÷												
	Smerter værre i liggende				+												
	Smerter ved passive bevægelser				÷												
	Udstrålende smerter					÷	+				÷		÷			+ ^a	
	Neurologiske tegn					÷							÷				
	Pludselig opstået eller gradvis opstået smerte															÷ ^a	
	Sensorisk smerte													+			
	Affektiv smerte													+			
	Smerter flere steder i kroppen	+ ^a					+					+					
	Bothersomeness						+										

a: Har kun angivet justerede estimater

Tabel 8 (fortsat): Potentielle prognostiske faktorer for nedsat funktionsevne

Prognostisk faktor		Boardman	Boersma	Childs	Coste	Grotle, 2007	Grotle, 2010	Hancock	Hendrick	Heneweer	Karjalainen	Leaver	Lonnberg	Melloh	Sieben	Swinkels-Meewis	Van der Windt
Funktion ved baseline	Foroverbøjning af ryg (ROM ^b)				÷							÷					
	Skoliose											÷					
	Funktionsevne				+		+			÷ ^a	+	+		÷		÷ ^a	
	Fysisk aktivitet								÷					÷		+	
	Participation																
	Selvvrideret helbred				+				÷ ^a		÷	+					
	Fysiske begrænsninger				÷									+			
	Antal dage med nedsat funktionsevne					+											
Arbejdsrelateret	I job ved baseline				÷		+					+					
	Ændret arbejdsstatus											÷					
	Fysisk hårdt arbejde				÷						÷		÷	+			
	Utilfredshed med job				÷	÷	÷				÷			+			
	Resigneret attitude over for job													+			
	Uvished i forhold til jobsituation													÷			
	Jobbets organisering													÷			
	Forstyrrelser i arbejdet													÷			
	Koncentration i forbindelse med arbejde													÷			
	Tidspres på arbejde													÷			
	Ergonomiske forhold på jobbet													÷			
	Følelser (jobrelateret)													÷			
	Ressourcer (jobrelateret)													÷			
	Social opbakning på jobbet													+			
	Verserende erstatningssag				+							÷					
	Jobvanskeligheder				÷												
	Smerter opstået i forbindelse med arbejdet												+				
	Sygefravær grundet smerte						+				÷		÷	÷			
	Tidligere sygefravær grundet smerter											+					

a: Har kun angivet justerede estimater

b: Range of motion

Tabel 8 (fortsat): Potentielle prognostiske faktorer for nedsat funktionsevne

Prognostisk faktor		Boardman	Boersma	Childs	Coste	Grotle, 2007	Grotle, 2010	Hancock	Hendrick	Heneweer	Karjalainen	Leaver	Lomborg	Melloh	Sieben	Swinkels-Meewisse	Van der Windt
Psyko-social	Psykisk lidelse				÷												
	Angst	+ ^a					+										
	Depression	+ ^a					+							+			
	Emotional distress					+											÷ ^a
	Fear of pain						+										
	Fear of movement									÷						+ ^a	
	Fear avoidance		?			÷	+		÷ ^a	÷ ^a							÷ ^a
	Coping						÷			÷							
	Katastrofetanker						+							+			÷ ^a
	Somatisering													+			÷ ^a
	Forventninger i forhold til ikke at blive rask										+						
	Forventninger til behandlingseffekt										÷						
	Social funktion				÷												
	Vitalitet				÷												
	Følelsesmæssige problemer				÷												
	Mentalt helbred				÷							+		+			
	Social opbakning i hjemmet													÷			
Andet	Lægeordineret sengeleje				÷												
	Lægeordineret sygemelding				÷												
	Rekruttering til projektet ^c				÷	÷	÷										
	Forbrug af sove-/beroligende medicin					÷											
	Forbrug af smertestillende medicin					÷						+					
	Tidligere rygooperation				÷												
	Anden komorbiditet				÷												
	"Clinical prediction rule"			+ ^e				+ ^e									
	ALBPSQ* / CPG ^d				+		+			÷ ^a							

a: Har kun angivet justerede estimater.

c: Egen læge, kirapraktør eller fysioterapeut.

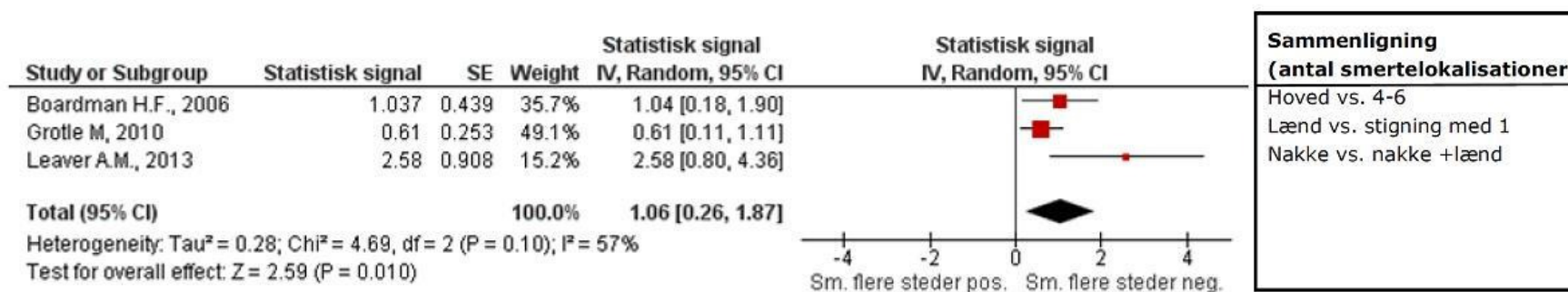
d: Acute low back screening questionnaire.

e: Childs et al. fandt at reglen kunne forudsige, hvilken subgruppe af patienter, som fik effekt af manipulationsbehandling [48], mens Hancock fandt, at reglen ikke kunne forudsige, hvem der ville få effekt af behandlingen, men at patienter, som var positive over for reglen, generelt havde en bedre prognose uanset behandling end dem, som var negative over for reglen [45].

I det følgende præsenteres resultaterne af metaanalyserne for de fundne potentielle prognostiske faktorer.

I alt 53 faktorer blev undersøgt i primærstudiernes multivariable analyser. Heraf var otte prognostiske faktorer undersøgt i to eller flere studier og for mindst to smertelokalisationer. Disse faktorer var: smerte flere steder i kroppen, høj smerteintensitet ved baseline, flere tidlige smerteepisoder, stigende alder, lang varighed af smerter ved baseline, nedsat funktionsevne ved baseline, angst og depression. I alt er 11 studier inkluderet i metaanalyserne [31, 42, 44, 46, 47, 49-51, 53, 55, 58]. Nedenfor ses resultaterne af metaanalyserne for de enkelte prognostiske faktorer. I tilfælde af at to kategorier blev vurderet at omhandle samme prognostiske faktor, er kategorierne slået sammen til én. I disse tilfælde står det noteret under den enkelte figur.

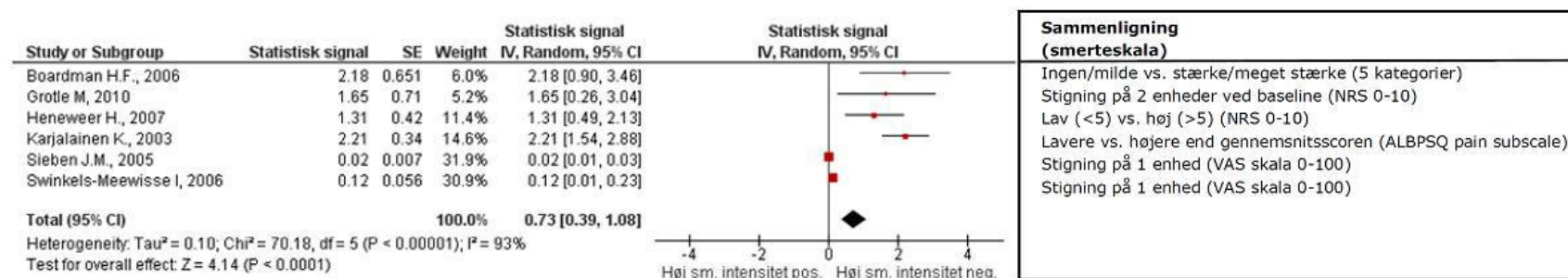
Figur 4: Betydning af smerter flere steder i kroppen for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne



Kategorien 'smerte flere steder i kroppen (nakke+lænd)' i studiet af Leaver et al. er slået sammen med kategorien 'widespread pain'. Der er justeret for: alder [50, 55], køn [50, 55], funktionsevne ved baseline [50], 'rekruttering' [50], ikke angivet [58].

I Figur 4 ses betydningen af smerte flere steder i kroppen for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne. De tre studier som er inkluderet i metaanalysen omhandler patienter med smerter i hoved [55], lænd [50] og nakke [58]. Det samlede antal deltagere ved followup i de tre studier var 1.164. Alle tre studier fandt, at smerte flere steder i kroppen var associeret med en øget risiko for at udvikle nedsat funktionsevne som følge af smerter. Metaestimatet viste ligeledes en statistisk signifikant association mellem den prognostiske faktor og effektmålet ($p=0.01$). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

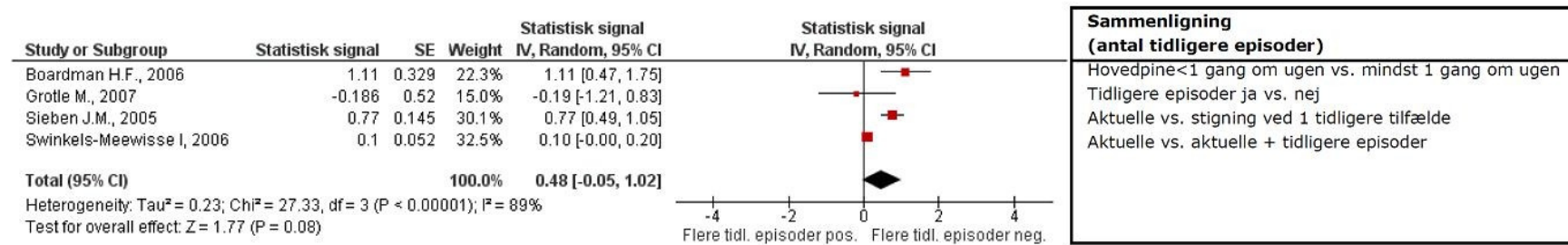
Figur 5: Betydning af høj smerteintensitet for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne



Der er justeret for: alder [50, 55], køn [50, 55], 'rekruttering' [50], funktionsevne ved baseline [44, 50]. Justering ikke angivet [47, 51, 59].

Betydningen af høj smerteintensitet ved baseline er illustreret i figur 5. De seks studier som er inkluderet i metaanalysen omhandler patienter med smerter i hoved [55] og lænd [42, 44, 47, 50, 51]. Analysen omfatter i alt 1.711 deltagere. De seks studier fandt, at høj smerteintensitet ved baseline var associeret med en øget risiko for nedsat funktionsevne ved followup. Der ses en dosis-respons-effekt i form af, at en større forskel i smerte mellem grupperne resulterer i en stærkere association mellem smerteintensitet ved baseline og øget risiko for nedsat funktionsevne ved followup. Det poolede estimat viste en statistisk signifikant association mellem den prognostiske faktor og udfaldet ($p < 0.0001$). Resultatet af metaanalysen var ikke robust ved fixed effects"-analyse og "small study"-bias er således sandsynligt. Som konsekvens heraf nedgraderes evidensen for inkonsistens.

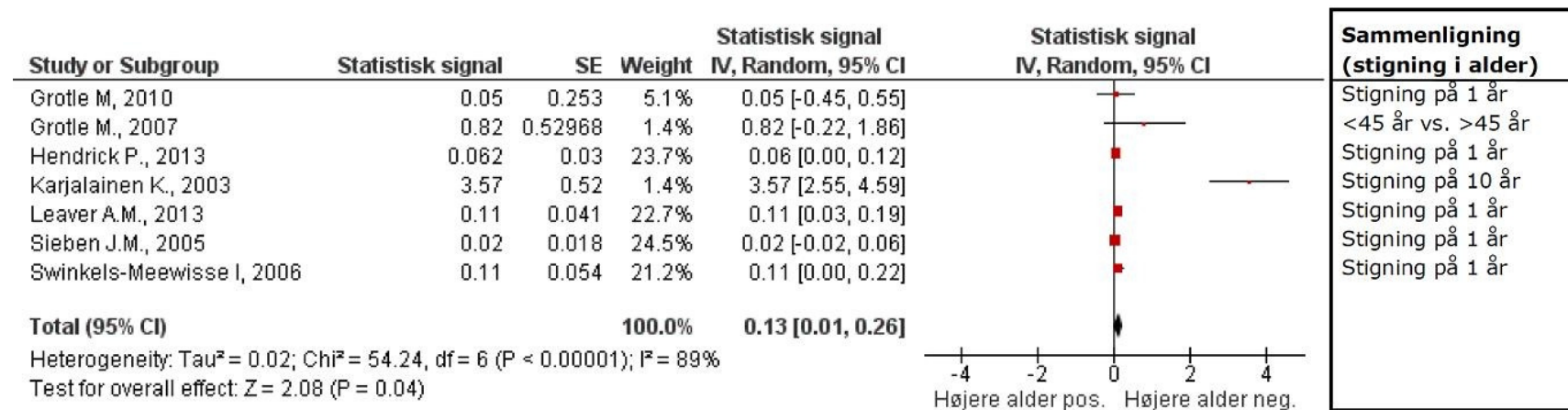
Figur 6: Betydning af flere tidligere smerteepisoder for risiko for udvikling af nedsat funktionsevne



Kategorien 'hovedpinefrekvens' i Boardman et al. er slået sammen med kategorien flere tidligere smerteepisoder. Der er justeret for: alder [31, 55], køn [31, 55], funktionsevne ved baseline [44]. Justering ikke angivet [59].

Figur 6 illustrerer betydningen af flere tidligere smerteepisoder for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne blandt personer med subakutte smerter. De fire studier inkluderet i metaanalysen omhandler patienter med smerter i hoved [55] og lænd [31, 42, 44] og omhandler i alt 1.353 deltagere [55]. Der ses en tendens til, at flere tidligere smerteepisoder er associeret med en øget risiko for at udvikle nedsat funktionsevne. Associationen var dog ikke statistisk signifikant ($p=0.08$). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet af analysen betydeligt.

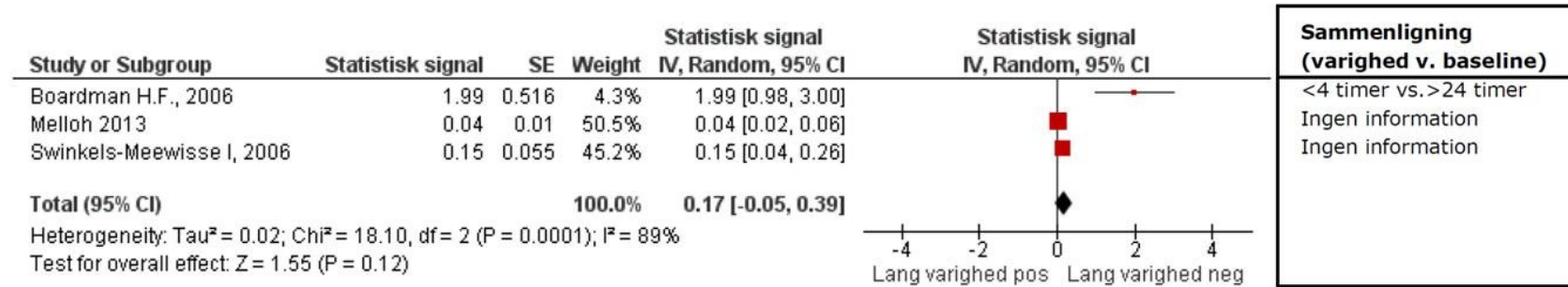
Figur 7: Betydning af stigende alder for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne



Justeret for køn [31, 46], job [46], BMI [46], smerter ved baseline [46], 'rekruttering' [50], depression [46], angst [46], bekymring [46], fear avoidance [46], aktivitetsniveau før smertedebut [46], funktionsevne ved baseline [44, 50]. Justering ikke angivet [42, 51, 58].

Figur 7 viser betydningen af stigende alder for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne. De syv studier i analysen omhandler patienter med smerter i nakke [58] og lænd [31, 42, 44, 46, 50, 51, 59]. Der indgår data fra 1.296 personer i analysen. I figuren ses, at der er en statistisk signifikant association mellem stigning i alder og risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne ($p=0.04$). Der ses dosis-respons-effekt, idet der ved en stigning i alder på 10 år ses en højere risiko for nedsat funktionsevne end ved en stigning på 1 år. "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

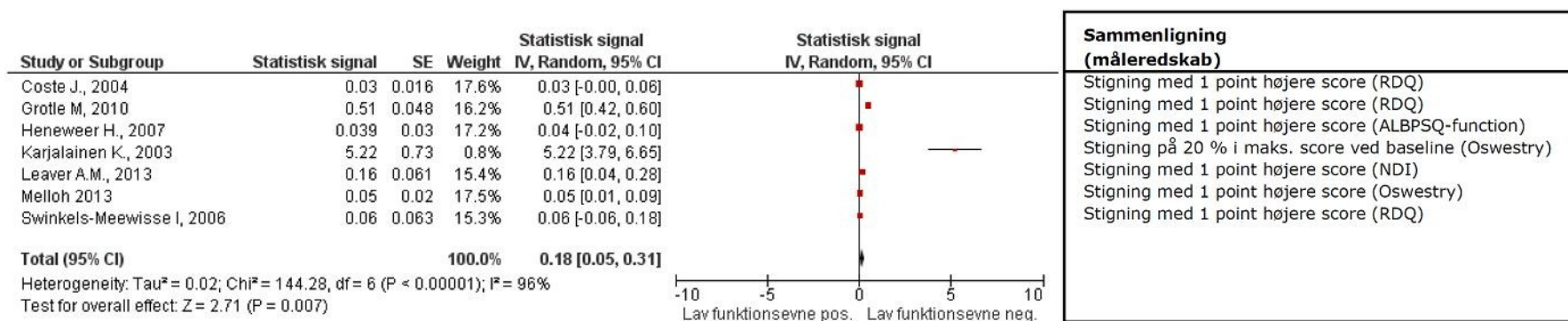
Figur 8: Betydningen af varigheden af smerter for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne



Justeret for: alder [53, 55], køn [53, 55], BMI [53](Melloh), funktionsevne ved baseline [44].

Figur 8 illustrerer betydningen af varigheden af smerter for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne. De tre inkluderede studier omhandler patienter med smerter i hoved [55] og lænd [44, 53]. Der indgår 1.236 deltagere i analysen. Samlet ses der ingen signifikant association mellem varigheden af smerter ved baseline og risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne ved followup ($p=0.12$). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

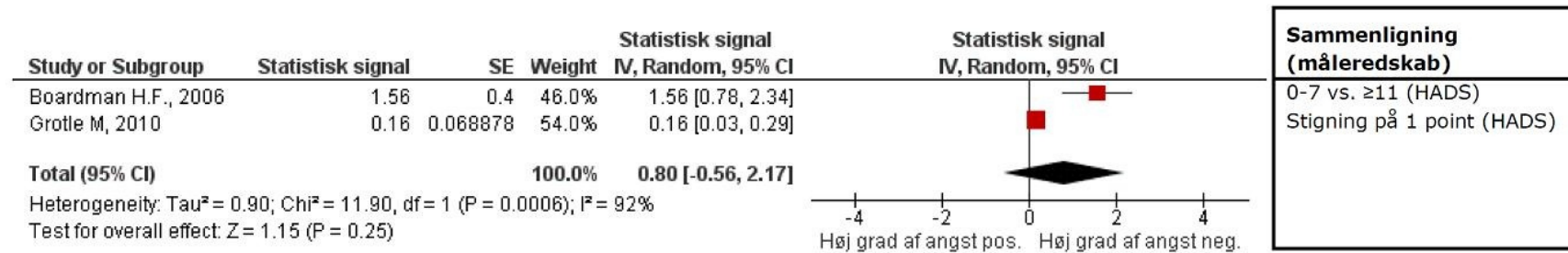
Figur 9: Betydningen af nedsat funktionsevne ved baseline for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne ved followup



Justeret for: alder [50, 53], køn [50, 53], BMI [53], varighed (timer) mellem smertedebut og inklusion i studiet [49], jobstatus [49], tidligere rygoperation [49], kompensationsstatus [49] og selv vurderet helbred [49]. Justering ikke angivet [44, 47, 51, 58].

I Figur 9 ses betydningen af nedsat funktionsevne ved baseline for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne grundet smerter ved followup. De syv studier som er inkluderet i analysen omhandler patienter med smerter i nakke [58] og lænd [44, 47, 49-51, 53]. 1.263 personer indgår i analysen. Det ses at nedsat funktionsevne ved baseline er associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne ved followup. Associationen var statistisk signifikant (p=0.007). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

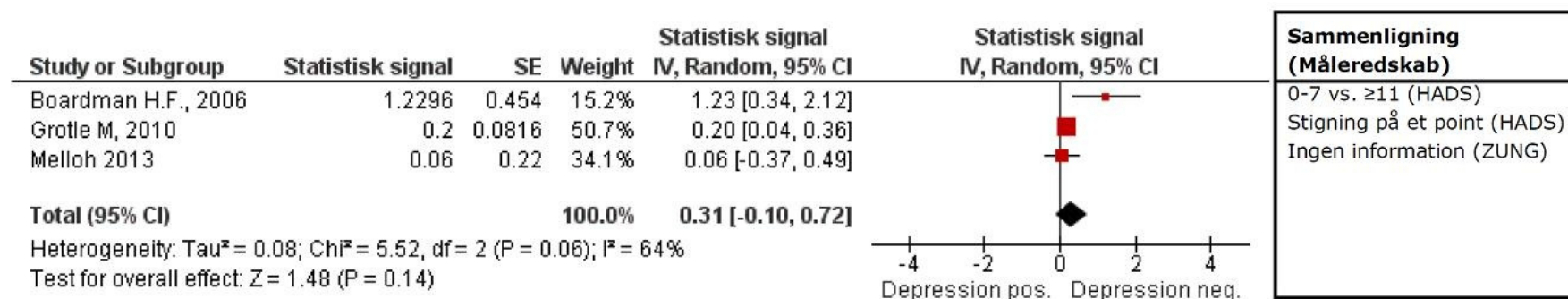
Figur 10: Betydningen af angst for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne ved followup



Justeret for: Alder [50, 55], køn [50, 55], 'rekruttering' [50], funktionsevne ved baseline [50],

Figur 10 viser betydningen af angst ved baseline for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne ved followup. Studierne i analysen omhandler patienter med smerter i hoved [55] og lænd [50]. Der indgår 988 personer i analysen. Der ses en svag tendens til at høj grad af angst var associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne. Associationen var dog ikke statistisk signifikant ($p=0.25$). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

Figur 11: Betydningen af depression for risiko for udvikling af nedsat funktionsevne



Justeret for: alder [50, 53, 55], køn [50, 53, 55], BMI [53], rekruttering [50], funktionsevne ved baseline [50],

Betydningen af depression for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne er illustreret i figur 11. Analysen omfatter patienter med smerter i hoved [55] og lænd [50, 53]. 1.157 personer er inkluderet i analysen. Der blev ikke fundet en statistisk signifikant association mellem depression ved baseline og en øget risiko for udvikling af nedsat funktionsevne ved followup ($p=0.14$). "Fixed effects" ændrede ikke resultatet betydeligt.

4.3.6 Vurdering af kvaliteten af den samlede evidens for prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktionsevne (GRADE)

I tabel 9 ses en oversigt over kvaliteten af evidensen for de identificerede prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktionsevne. Alle

I tabel 9 ses en oversigt over kvaliteten af evidensen for de identificerede prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktionsevne. Alle inkluderede studier i metaanalyserne var såkaldte fase 1-studier, hvorfor kvaliteten af evidensen for alle effektmål som udgangspunkt var lav. Årsager til ned- eller opgradering af kvaliteten af evidensen for det givne effektmål er beskrevet under tabellen i en fodnote. I tabellen ses at den samlede kvalitet af evidens for hvert effektmål er vurderet som værende enten lav eller meget lav. Dette indebærer, at troen på gyldigheden af de fundne resultater er lav.

Tabel 9: GRADE-evidensprofil: Prognostiske faktorer for udvikling af nedsat funktionsevne

Prognostisk faktor (antal studier)	Fase	Kvalitetsvurdering						Antal deltagere inkl. i analyserne	Estimeret "Effect size"	Overordnet kvalitet
		Risiko for bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed	Publikationsbias	Andre overvejelser			
Smerte flere steder i kroppen [50, 55, 60] (3)	1	Ingen alvorlige begrænsninger	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Ikke detekteret ^A		1.164	0,07 (0,02;0,13) p=0,01	Lav ⊕⊕⊕⊕
Høj smerteintensitet ved baseline [44, 47, 50, 51, 55, 59] (6)	1	Alvorlige begrænsninger (-1)	Alvorlig inkonsistens ^B (-1)	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Publikationsbias detekteret (-1) ^C	Dosis-respons-effekt detekteret (+1)	1.711	0,04 (0,02;0,06) p<0,0001	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Flere tidligere episoder [31, 44, 55, 59] (4)	1	Alvorlige begrænsninger (-1)	Ingen alvorlig inkonsistens ^D	Ingen alvorlig indirekte evidens	Alvorlig unøjagtighed (-1)	Publikationsbias detekteret (-1) ^E		1.353	0,03 (0,00;0,06) p=0,08	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Stigende alder [31, 44, 46, 50, 51, 58, 59] (7)	1	Ingen alvorlige begrænsninger	Ingen alvorlig inkonsistens ^F	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Publikationsbias detekteret (-1) ^G	Dosis-respons-effekt detekteret (+1)	1.296	0,01 (0,00;0,02) p=0,04	Lav ⊕⊕⊕⊕
Længere varighed af smerter [44, 53, 55] (3)	1	Alvorlige begrænsninger (-1)	Ingen alvorlig inkonsistens ^I	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Publikationsbias detekteret (-1) ^J		1.236	0,01 (0,00;0,03) p=0,12	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Nedsat funktions-evne [44, 47, 49-51, 53, 58] (7)	1	Ingen alvorlige begrænsninger	Ingen alvorlig inkonsistens ^L	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Ikke detekteret ^A		1.263	0,01 (0,00;0,02) p=0,07	Lav ⊕⊕⊕⊕
Angst [50, 55] (2)	1	Alvorlige begrænsninger (-1)	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Ikke detekteret ^A		988	0,07 (-0,05;0,18) p=0,25	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Depression [50, 53, 55] (3)	1	Ingen alvorlige begrænsninger	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Ingen alvorlig unøjagtighed	Ikke detekteret ^A		1.157	0,02 (-0,01;0,05) p=0,14	Lav ⊕⊕⊕⊕

A: Betydningen af smerter flere steder i kroppen er kun undersøgt i de studier, der er lavet metaanalyse på.

B: Resultatet af metaanalysen var ikke robust ved anvendelse af "fixed effects"-model.

C: Der var ni studier i alt som undersøgte betydningen af høj smerteintensitet, men kun seks studier inddrog resultaterne i den justerede analyse grundet manglende statistisk signifikans.

D: Forskellen på estimerne mellem studiet af Boardman og studiet af Swinkels-Mewisse kan forklares ved forskelle i måden at måle antallet af tidligere episoder på. I studiet af Swinkels kan deltagere have haft rygsmerter én gang for fx 10 år siden, hvorimod Boardman ser på én eller flere smertetilfælde per uge.

E: Der var ni studier i alt som undersøgte betydningen af tidligere smertetilfælde, men kun syv studier inddrog resultaterne i den justerede analyse grundet manglende statistisk signifikans.

- F: I studiet af Karjalainen er eksponeringen en stigning i alder på 10 år, hvorimod de andre studier har stigning på et år som eksponering. Dette kan være en plausibel forklaring på forskellene mellem studiernes resultater.
- G: Der var ni studier i alt som undersøgte betydningen af alder, men kun syv studier inddrog resultaterne i den justerede analyse grundet manglende statistisk signifikans.
- I: Studiet af Boardman adskiller sig resultatmæssigt fra de to andre. En mulig forklaring på dette kan være, at betydningen af varigheden af et hovedpinetilfælde adskiller sig fra betydningen af varigheden af smerter ved rygsmerter.
- J: Betydningen af smertevarighed er undersøgt i fem studier, men kun tre studier inddrog resultaterne i den justerede analyse.
- K: Studiet af Van der Windt består af to kohorter (den ene består af patienter med skuldersmerter, den anden består af patienter med rygsmerter).
- L: I studiet af Karjalainen er eksponeringen en stigning på 20 % i maksimumscoren ved baseline, hvorimod de andre studier har stigning på et point som eksponering. Dette kan være en plausibel forklaring på forskellene mellem studiernes resultater.

4.3.7 Prognostiske faktorer for langvarig sygemelding

Kun tre af de 19 inkluderede studier havde langvarig sygemelding som outcome [30, 51, 57]. I tabel 10 ses en oversigt over potentielle prognostiske faktorer, som blev undersøgt i de tre studier.

Tabel 10: Potentielle prognostiske faktorer for langvarig sygemelding

Prognostisk faktor		Boersma	Karjalainen	Vos
Sociodemografisk	Alder		÷	
	Køn		÷	
	BMI		÷	
	Uddannelsesniveau		÷	
Smerte	Høj smerteintensitet ved baseline		+	÷
	Tidligere smerteepisoder			÷
	Smerte opstået i forbindelse med bilulykke			+
	Udstrålende smerter		÷	
Funktion	Funktionsevne ved baseline		÷	+
	Laver nakkeøvelser			÷
	Selvurderet helbred		÷	
	Forventning om at man ikke bliver rask		÷	
Psykosocial	Acute Low Back Pain Screening Questionnaire			÷
	Fear avoidance	? ^a		
	Distressed, fear avoidance	? ^a		
Arbejdsrelateret	Tilfredshed med job		÷	
	Manuelt arbejde (blue collar)		+	
	Varighed af sygefravær ved baseline		+	
Andet	Forventninger til behandlingseffekt		÷	
	Tidligere behandlinger hos fysioterapeut			÷
	Lægen anbefaler at forbedre kropsholdningen			÷
	Lægen ordinerer medicin			÷
	Lægen anbefaler sygemelding			÷
	Lægen henviser til anden behandling			+
	Lægen foretager opfølgning			+
	Lægen instruerer i øvelser			÷

A: p- værdier ikke angivet.

Kun to af studierne havde udført multivariable analyser [51, 57]. Disse to studier omhandlede patienter med smerter i henholdsvis nakke og ryg. De to studier havde begge followup efter tre måneder. Langvarig sygemelding var i det ene studie defineret som sygemelding i mere end 30 dage [51], mens det andet studie definerede langvarig sygemelding som sygefravær i mere end syv dage [57]. Betydningen af nedsat funktionsevne ved baseline var den eneste faktor, som blev undersøgt i begge studier. I studiet af Karjalainen et al. blev resultatet dog blot angivet som ikke signifikant. Det var derfor ikke muligt at præsentere resultaterne i en metaanalyse. Studiet af Karjalainen et al. fandt, at faktorer som manuelt arbejde (blue collar) (OR:2,30 CI:(1,09;4,86)) og lang varighed af sygemelding ved baseline (OR:1,34 CI:(1,16;1,56)) var associeret med en øget risiko for langtidssygemelding hos patienter med subakutte rygsmerter. Vos et al. fandt, at faktorer som tidligere smerteepisoder (OR:0,24 CI(0,09;0,68)), opfølgende konsultation hos praktiserende læge (OR:1,67 CI:(1,11;2,49)), henvisning til anden behandling (OR: 2,76 CI:(1,01;8,39)) samt nedsat funktionsevne ved baseline (OR:1,12 CI:(1,03;1,20)) var associeret med en øget risiko for langtidssygemelding blandt patienter med akutte nakkesmerter. Følgende faktorer blev fundet ikke at være statistisk signifikante: alder, køn, BMI, uddannelsesniveau, smerteintensitet ved baseline, udstrålende smerter under knæniveau, selv vurderet helbred, tilfredshed med job, forventninger til at blive smertefri og forventninger til behandlingseffekt [51].

4.3.8 Prognostiske faktorer for tilbagevenden til arbejde

Kun to studier havde undersøgt prognostiske faktorer for tilbagevenden til arbejde [41, 43]. Begge studier havde tilbagevenden til arbejde som effektmål i modsætning til manglende tilbagevenden til arbejde. Studiernes followup-periode var henholdsvis tre [41] og 12 måneder [43]. Begge studier omhandlede patienter med subakutte rygsmerter. En oversigt over de potentielle prognostiske faktorer for tilbagevenden til arbejde ses i tabel 11.

Tabel 11: Potentielle prognostiske faktorer for tilbagevenden til arbejde

Prognostisk faktor		Schultz	Storheim
Sociodemografisk	Køn		÷
	Højt uddannelsesniveau		+
	Socioøkonomisk status		÷
	Deltager aktivt i organisationsarbejde		+
Smerte	Intensitet ved baseline	? ^a	+
	Sensorisk smerte	? ^a	
	Affektiv smerte	? ^a	
	Aktuel smerteintensitet	? ^a	
	Smertelokalisation og fordeling	? ^a	+
	Kropssmerte	? ^a	+
Funktion	Funktionsevne	? ^a	÷
	Smerterelateret funktionsnedsættelse	? ^a	
	Fysisk aktivitet		+
	Fysisk funktion	? ^a	+
	Social funktion	? ^a	
	Selvvrideret helbred	? ^a	÷
	Kondition		+
	Antal mavebøjninger indtil udmattelse		+
	Isometrisk udholdenhed af rygekstensorer		+
	Fysisk komponent	? ^a	
	Egen dømmekraft af færdigheder	? ^a	
Psykosocial	Hyppighed af depressive symptomer	? ^a	
	Forventninger i forhold til at blive rask	? ^a	
	Social kontakt		÷
	Mental sundhed	? ^a	
	Health transition	? ^a	
	Self-efficacy for smerte		+
	Self-efficacy for funktion		+
	Fear avoidance (arbejde)		+
Arbejdsrelateret	Kollegial støtte	? ^a	
	Mentalt krævende job	? ^a	÷
	Fysiske krævende job	? ^a	+
	Tunge løft		÷
	Rutinepræget arbejde		+
	Skiftende arbejdstider		+
	Stor grad af overvågning / kontrol		÷
	Mulighed for at ytre utilfredshed med arbejdet		÷
Andet	Sandsynlighed for at modtage støtte mens man er syg		÷
	Modtaget hjælp fra naboer i sygemeldingsperioden		÷

A: angiver ikke de univariate resultater for subakutte smerter.

I de multivariable analyser var der ingen af de potentielle prognostiske faktorer, som gik igen i begge studier. Det var derfor ikke muligt, at præsentere resultaterne i en metaanalyse. Schultz et al. fandt, at følgende faktorer var associeret med tilbagevenden til arbejde: SF-36 health transition ($p=0,006$) og forventninger til at blive smertefri ($P:0,001$). "Skill discretion" blev fundet at være borderline-signifikant ($p=0,07$). Storheim et al. fandt, at arbejdsrelateret fear avoidance-adfærd ($p=0,000$), lav funktionsevne ($p=0,036$) og dårlig kondition ($p=0,004$) var associeret med tilbagevenden til arbejde. Eftersom begge studier omhandlede rygpatienter, og at der ikke var samme faktorer i de to studier, var det ikke muligt at identificere mulige generiske prognostiske faktorer for manglende tilbagevenden til arbejde hos personer med subakutte smerter.

4.4 Sammenfatning og diskussion

4.4.1 Sammenfatning af resultater

Formålet med dette afsnit var at undersøge, hvorvidt der eksisterer potentielle prognostiske faktorer, som går på tværs af smertelokalisationer hos patienter med akutte eller subakutte smerter. Identifikationen af generiske prognostiske faktorer vil potentielt kunne bidrage til en øget viden om, hvilke smertepatienter der skal tilbydes en særlig indsats med henblik på at forebygge funktionstab og nedsat arbejdsevne.

19 studier, heraf 17 observationelle kohortestudier samt to randomiserede studier, blev inkluderet i litteraturgennemgangen. Studierne omhandlede patienter med smerter i hoved, nakke, ryg og skuldre og omfattede i alt 6.266 patienter. Der blev udført metaanalyser på 11 af studierne.

Til trods for stor heterogenitet mellem studierne med hensyn til studiepopulation, indsamling af data samt valg af statistiske analyser blev der identificeret potentielle prognostiske faktorer for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne på tværs af smertelokalisationer. Faktorer som synes at have betydning for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne er: smerte flere steder i kroppen (lav kvalitet af evidens), høj smerteintensitet ved baseline (meget lav kvalitet af evidens), stigende alder (lav kvalitet af evidens) samt lav funktionsevne ved baseline (lav kvalitet af evidens). Der sås en svag tendens til, at tidligere smerteepisoder var associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne (meget lav kvalitet af evidens). Denne association var dog ikke statistisk signifikant. Varigheden af smerter ved baseline (meget lav kvalitet af evidens), angst (meget lav kvalitet af evidens) og depression (lav kvalitet af evidens) var ikke associeret med øget risiko for nedsat funktionsevne. Grundet få studier var det ikke muligt at identificere potentielle generiske prognostiske faktorer for effektmålene langvarig sygemelding og tilbagevenden til job som konsekvens af smerter.

Heterogeniteten mellem studierne med hensyn til de anvendte målemetoder og statiske analyser gør, at det ikke på baggrund af denne undersøgelses resultater er muligt direkte at vurdere, hvor stor vægtning de enkelte faktorer har for risikoen for nedsat funktionsevne. De fundne estimater (statistiske signaler) er imidlertid lave, hvilket kan antyde, at den kliniske relevans af de fundne resultater er lav. Dette kan indikere, at der findes vigtige prognostiske faktorer, som ikke er blevet identificeret i studierne, eller at der var betydelige måleusikkerheder for måling af både de prognostiske faktorer og for effektmålet [61]. Dette fund er ikke unikt for dette studie. Det er derimod et generelt problem for

prognostiske studier, at det kun er en lille del af den forklarede variation, der identificeres [50, 61]. Det er derfor vigtigt at pointere, at denne litteraturgennemgang ikke kan afdække, i hvor høj grad de identificerede prognostiske faktorer kan bidrage til at støtte den praktiserende læge i vurderingen af patientens prognose i den tidlige fase.

4.4.2 Styrker og svagheder ved litteraturgennemgangen

Denne systematiske litteraturgennemgang inkluderede i alt 19 studier, hvoraf 14 studier alene omhandlede patienter med smerter i lænden. Majoriteten af studier om rygpatienter afspejler meget godt fordelingen af patienter i almen praksis, idet hovedparten af smertepatienter har smerter i ryggen [29]. Den lave andel af studier med patienter med smerter andre steder end i ryggen kan dog have betydning for generaliserbarheden af studiets resultater til andre patientgrupper. En del patientgrupper var desuden ikke repræsenteret i denne gennemgang, herunder patienter med smerter i ekstremiteterne og i maven. Der er således et stort behov for primærstudier, som kan kortlægge prognostiske faktorer hos disse patientgrupper.

Ved litteratursøgningen blev 196 relevante artikler identificeret. 72 af disse studier måtte ekskluderes, idet de både inkluderede patienter med akutte, subakutte og kroniske smerter og ikke i analyserne skelnede mellem varigheden af smerter ved baseline. Da formålet med litteraturgennemgangen var at se på risikofaktorer i den tidlige fase blev disse studier fravalgt. Der vil være stor sandsynlighed for at patienter med længerevarende smertetilstande har en anden risikoprofil end patienter med nyopståede smerter. Det vil således kunne medføre bias at inddrage analyseresultaterne fra patienter med kroniske smertetilstande. Det faktum, at så mange studier er fravalgt af denne årsag, har imidlertid den konsekvens, at relevant information kan være gået tabt, idet det kan tænkes, at der eksisterer prognostiske faktorer, som er uafhængige af episodevarighed.

En anden svaghed ved denne litteraturgennemgang er risikoen for selektiv rapportering af primærstudiernes resultater. Litteraturgennemgangen er baseret på observationelle kohortestudier om prognostiske faktorer. I denne type af studier vil der ofte være høj risiko for, at ikke-signifikante fund udelades eller kun inddrages i den første (ujusterede) del af analysen. Såfremt ikke-signifikante resultater udelades, er der risiko for, at betydningen af den pågældende faktor overestimeres i metaanalysen. I denne analyse er det forsøgt at tage højde for bias som følge af selektiv rapportering af outcome, ved at lave en oversigt over alle de studier, som har undersøgt en bestemt prognostisk faktor i den ujusterede analyse. Såfremt en faktor var undersøgt i fx otte studier, men kun inddraget i den justerede analyse i fem studier, er kvalitet af evidensen blevet nedgraderet. Derved har vi taget højde for en del af den publikationsbias, der kan forekomme i denne type af studier. Der kan dog ikke tages højde for, at visse faktorer kan være helt udeladt i rapporteringen i primærstudierne grundet manglende signifikans i de ujusterede analyser, ligesom der kan være studier, som ikke er publiceret på grund af ikke-signifikante fund. Ydermere er der risiko for at relevante studier ikke er fremkommet ved søgningen, da litteraturgennemgangen omhandler mange forskellige patientgrupper og smertetilstande, og at det derfor er vanskeligt at lave en litteratursøgning, der identificerer alle relevante studier. Der er bl.a. taget højde for dette ved at udføre en bred søgning samt at foretage reference- og citationssøgning i de inkludere studier samt relevante systematiske reviews, som omhandle prognostiske faktorer for specifikke smerteområder.

I nærværende litteraturgennemgang er der udført metaanalyser over betydningen af de identificerede prognostiske faktorer. En af styrkerne ved statistisk at sammenholde resultater fra forskellige studier er, at den statistiske præcision af effektestimatet øges [62]. Der er os bekendt ikke tidligere lavet metaanalyser over prognostiske faktorer på tværs af diagnoser og smertelokalisationer. En af forudsætningerne for at kunne lave en metaanalyse er bl.a., at studierne er tilstrækkeligt ens til, at det giver mening at sammenfatte resultaterne [63]. Det kan derfor betragtes som kontroversielt at sammenholde resultaterne fra studier, som omhandler forskellige patientgrupper. Da formålet med denne litteraturgennemgang var, at undersøge om der fandtes prognostiske faktorer, som har betydning på tværs af smertelokalisationer, vurderes det imidlertid, at en metaanalyse er en oplagt metode til at undersøge dette. Til trods for at studierne omhandler forskellige patientgrupper, var der mange fællestræk mellem studierne, bl.a. i forhold til smertevarighed og 'setting', hvilket ligeledes kan være med til at retfærdiggøre anvendelsen af metaanalyse.

GRADE er i denne undersøgelse anvendt til at vurdere kvaliteten af evidensen af de fundne prognostiske faktorer. Fordelene ved at anvende GRADE er bl.a. den transparente og strukturerede tilgang til udarbejdelse og præsentation af den samlede evidens for et givent område inklusive den givne kvalitet af evidens. Det er os bekendt første gang, at GRADE anvendes i forbindelse med vurdering af prognostiske studier.

4.4.3 Sammenligning med andre studier

Ved litteratursøgningen blev der kun identificeret et systematisk review, som havde undersøgt betydningen af en række prognostiske faktorer på tværs af smertelokalisationer, og hvor 'setting' var primær sektor. Studiet var fra 2007, og er udarbejdet af Mallen et al. Inklusionskriterierne i reviewet var studier, som havde undersøgt prognostiske faktorer hos patienter med muskuloskeletale smerter [32]. Der blev ikke skelnet mellem akutte, subakutte og kroniske smertetilstande. Effektmålet var "poor outcome", og kunne således indbefatte vedvarende smerte, nedsat funktionsvene, nedsat arbejdsevne mv.

Mallen et al. fandt 11 potentielle prognostiske faktorer associeret med "poor outcome" for mindst to smertelokalisationer. Disse faktorer var: smerter flere steder i kroppen, høj smerteintensitet ved baseline, længere varighed af smerte, flere tidligere episoder, højere alder, nedsat funktionsevne ved baseline, indskrænket bevægelighed, somatisering eller bekymring, angst eller depression, uhensigtsmæssige copingstrategier samt lav grad af social støtte [32]. I studiet af Mallen et al. blev der ikke udført metaanalyser. I stedet blev en faktor betragtet som potentiel prognostisk, hvis der var en association mellem den pågældende faktor og "poor outcome" for to eller flere forskellige smertelokalisationer. Der blev ikke taget højde for, om der var studier, som havde fundet, at den pågældende faktor ikke var associeret med "poor outcome". Ligeledes blev der ikke taget højde for, om associationen mellem den prognostiske faktor og effektmålet var til stede, når der var justeret for potentielle confoundere. Der var fire faktorer, som både var associeret med en dårlig prognose i vores litteraturgennemgang og i reviewet af Mallen et al. 2009. Disse faktorer var: smerte flere steder i kroppen, høj smerteintensitet ved baseline, stigende alder og nedsat funktionsevne ved baseline. Mallen konkluderede ligeledes, at tidligere smerteepisoder var en potentiel prognostisk faktor [32]. Denne faktor blev i nærværende gennemgang fundet at være borderline-signifikant associeret med effektmålet. Et primær-

studie fra 2012 fandt ligeledes, at faktorer som smerte flere steder i kroppen og tidligere episoder var associeret med en dårlig prognose hos patienter med akutte muskuloskeletale smerter [61]. Dette studie havde smerter som effektmål og ikke funktionsevne [61]. I et systematisk review fra 2009 blev prognostiske faktorer hos patienter med medicinsk uforklarede symptomer (MUS), somatiseringstilstande og hypokondertilstande undersøgt [64]. I dette review fandt forfatterne, at der var nogen evidens for, at antallet af somatiske symptomer og alvoren af tilstanden ved baseline havde betydning for prognosen hos patienter med MUS og hypokondertilstande [64]. Disse fund stemmer ligeledes fint overens med fundene i denne litteraturgennemgang.

En faktor, som blev fundet at have betydning for en dårlig prognose i reviewet af Mallen et al. men ikke i den nærværende litteraturgennemgang, var lang varighed af smerter ved baseline [32]. Denne forskel kan skyldes, at Mallen et al. inkluderede studier, som omhandlede kroniske smertepatienter, og det kan, som beskrevet indledningsvist, være vanskeligt at blive smertefri, når smerterne først har udviklet sig til at være kroniske (mere end tre (seks) måneder). Det giver således god mening, at lang varighed af smerter spiller en mere central rolle hos patienter med kroniske smerter end hos patienter med (sub)akutte smerter.

Mallen et al. finder ligeledes, at flere psykosociale faktorer var associeret med en dårlig prognose [32]. Psykosociale faktorer også kaldet 'gule flag' er i dag bredt accepteret som værende centrale faktorer i udviklingen fra akutte til kroniske smertetilstande, og 'gule flag'-faktorer betragtes derfor som vigtige prognostiske faktorer for risikoen for udvikling af nedsat funktions- og arbejdsevne [65]. 'Gule flag'-faktorer omhandler bl.a. depression, angst, katastrofetanker og smerterelateret angst for bevægelse (fear of movement / fear avoidance) [66, 67]. Mange nationale og internationale guidelines og forløbsprogrammer, bl.a. inden for ryg- og nakkeområdet anbefaler, at behandleren screener for tilstedeværelsen af disse faktorer tidligt i forløbet [68-70]. Flere anerkendte måleredskaber til vurdering af risiko for udvikling af kronicitet er ligeledes baseret på spørgsmål, som omhandler tilstedeværelsen af disse faktorer, eksempelvis: Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire [71], Fear-Avoidance Health Beliefs Questionnaire [72] og STartT Back Screening Tool [73]. Til trods for at 'gule flag' er bredt accepteret, findes der i forskningslitteraturen ikke entydig evidens for disse faktors betydning for risikoen for at udvikle nedsat funktions- og arbejdsevne [74, 75]. Der er heller ikke klarhed over, hvor stor en rolle de forskellige faktorer spiller i hvilken fase, da de fleste studier ikke skelner mellem varigheden af smerter, når betydningen af disse faktorer undersøges [75]. Ydermere findes der ingen entydig evidens for, at behandling rettet mod psykologiske forhold forbedrer outcome for patienter, som har høj grad af 'gule flag'-symptomer [65].

4.4.4 Klinisk relevans af de fundne resultater

I dette afsnit beskrives den kliniske anvendelighed af de fundne resultater. I litteraturgennemgangen blev der på tværs af smertelokalisationer identificeret følgende prognostiske faktorer for risiko for udvikling af nedsat funktionsevne som konsekvens af smerter: smerter flere steder i kroppen, høj smerteintensitet ved baseline, stigende alder og lav funktionsevne ved baseline. Flere tidligere studier har ligeledes fundet, at disse faktorer havde betydning for prognosen hos patienter med forskellige smertetilstande. Det er derfor projektgruppens vurdering, at disse fire faktorer er relevante at rette opmærksomhed på, såvel i klinisk praksis som i forskning. Det er imidlertid ikke muligt ud fra denne

litteraturgennemgang direkte at vurdere, hvor stor vægtning de enkelte faktorer har for risikoen for at udvikle nedsat funktionsevne.

Ligeledes kan det tænkes, at der findes betydningsfulde prognostiske faktorer, som endnu ikke er blevet identificeret. Et overraskende fund i denne litteraturgennemgang var, at der ikke blev identificeret psykosociale prognostiske faktorer, til trods for at disse faktoreres betydning er undersøgt i en række primærstudier, som indgår i litteraturgennemgangen. Det indikerer, at psykosociale faktorer så som angst, depression og fear avoidance-adfærd ikke spiller en central rolle i den tidlige fase i modsætning til hidtil antaget. Nærværende litteraturgennemgang understreger således, at det er vigtigt fremadrettet at få klarlagt psykosociale faktoreres betydning i den tidlige fase med henblik på at få kortlagt vigtige prognostiske faktorer hos smertepatienter.

Den kliniske relevans af litteraturgennemgangen er, som tidligere beskrevet, begrænset af en række forhold herunder lav metodologisk kvalitet af primærstudierne samt heterogenitet i anvendelse af målemetoder og statistiske analyser. Resultatet af denne litteraturgennemgang bør derfor betragtes som første skridt på vejen til tidligt at kunne identificere smertepatienter, som er i risiko for at udvikle langvarig nedsat funktions- og arbejdsevne.

4.4.5 Fremtidige studier

Under udarbejdelse af nærværende litteraturgennemgang er det blevet klart, at der er betydelige begrænsninger i den nuværende forskningslitteratur på området. Begrænsningerne i den nuværende forskning indbefatter bl.a. publikationsbias, selektiv rapportering af resultater, mangel på a priori-definerede faktorer, der ønskes undersøgt, mangelfuld beskrivelse af metode, herunder manglende beskrivelse af cut-off-værdier, mangelfuld eller ringe kvalitet af statistiske analyser, manglende skelnen mellem prognostiske faktorer blandt patienter med akutte, subakutte og kroniske smerter samt manglende publicerede studier om patienter med smerter andre steder end i ryggen.

For at sikre en bedre kvalitet af forskningslitteraturen på området anbefales det, at der i fremtiden udføres store prospektive, registrerede og protokolbaserede prognostiske faktorstudier, med tilstrækkelig størrelse studiepopulation og transparent rapportering af alle faktorer, der undersøges. Studierne bør omhandle patienter med smerter forskellige steder i kroppen, og der bør tages højde for varigheden af smerte ved inklusion. På sigt når / hvis der er opnået tilstrækkelig viden om prognostiske faktorer, kan effekten af at tilbyde behandling på basis af risikoprofil afprøves i et randomiseret design.

5 Patient

Delkonklusion: patient

Formålet med patientkapitlet er at undersøge smertepatienters erfaringer med forløbet i almen praksis fra smertedebut til udviklingen af komplekse smertetilstande samt at undersøge patienternes ønsker og behov for afklaring, støtte og behandling, herunder hvilke partnerskaber de hensigtsmæssigt kan indgå i. Undersøgelsens resultater bygger på en kritisk litteraturgennemgang af 19 studier samt af empirisk indsamlede interview-data.

Litteraturstudiet viser, at der ved identifikation og udredning af smerteproblematikker foregår en forhandling om afklaring mellem patient og læge om at finde frem til en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse. Det finder sted inden for en biomedicinsk og / eller en biopsykosocial forståelsesramme. Litteraturgennemgangen viser desuden, at tilstedeværelsen af langvarige smerter har meget omfattende konsekvenser for tilværelsen, hvilket generelt beskrives som et spørgsmål om 'en ødelagt identitet'. Med udgangspunkt i 'patientinvolvering' anbefaler litteraturen at anerkende og støtte de selvhjælpsstrategier, som smertepatienter udvikler.

Interviewundersøgelsen bekræfter, supplerer og skaber resonans for litteraturstudiets konklusioner og anbefalinger. Undersøgelsen inkluderer både erfarne og nye smertepatienter. Gennem et narrativt perspektiv skabes der ny viden, hvor det især fremgår, at patienterne efterspørger, at der tidligt i forløbet skabes et partnerskab med lægen om en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse til at understøtte en fælles aktiv indsigt - lægens indsigt og patientens egenindsigt. Både erfarne og nye patienter oplever omfattende konsekvenser for deres sociale og relationelle liv. De ønsker, at deres individuelle erfaringer, bl.a. med selvhjælpsstrategier, inddrages og anerkendes i en ligeværdig kommunikation, og de efterspørger, at der tidligt i forløbet og samtidigt fokuseres på symptomer, funktionsevne og livskvalitet. En sådan inddragelse skal bygge på et partnerskab, hvor lægen gennem proaktiv kommunikation fremlægger en handleplan, så det ikke er patienten, der skal tage initiativet. Dette partnerskab kan endvidere inkludere andre behandlere. Desuden finder patienterne det vigtigt, at social- og / eller arbejdsmarkedssektoren inddrages. Derimod afviser både erfarne og nye patienter, hvad de omtaler som en 'psykologisering' af deres smerteoplevelser.

Konkluderende anbefales det at iværksætte en tidlig indsats med afsæt i en recovery-tilgang, som tager udgangspunkt i en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse i et samtidigt fokus på symptomer, på funktionsevne og på livskvalitet.

5.1 Indledning

Som en del af denne MTV er der gennemført en analyse af patienternes perspektiver på smerteforløb og deres liv med smerter. Smerter er en ultimativ subjektiv og kropslig oplevelse, og den menneskelige erfaring heraf kan vi få adgang til gennem patienternes narrativer: fortællingerne om deres individuelle erfaringer. Disse erfaringer er derfor

indhentet via systematisk undersøgelse af den kvalitativt orienterede litteratur suppleret med interview med smertepatienter med fokus på narrativer om smerter og smerteforløb.

Patientafsnittet indledes med en beskrivelse af formål, analysespørgsmål og den anvendte metode. Dernæst følger en beskrivelse af analysens teoretiske ramme. Efterfølgende bliver resultater af litteraturstudiet gennemgået og interviewundersøgelsens resultater præsenteres. Afslutningsvis diskuteres og perspektiveres resultater af patientafsnittet.

5.1.1 Formål

Formålet med patientafsnittet er at undersøge smertepatienters erfaringer med forløbet i almen praksis fra smertedebut til udviklingen af komplekse smertetilstande. Desuden er det formålet at undersøge, hvorledes partnerskab mellem patient / pårørende og behandlere bedst muligt etableres. Hensigten er at undersøge betingelser, der skal være til stede for at undgå udviklingen af kroniske smerter ud fra patienternes perspektiver, særligt med fokus på muligheder for tidlig identifikation af risiko for udvikling af komplekse smerter.

Analysespørgsmål:

- Hvordan oplever smertepatienter deres forløb i almen praksis og anden behandling fra smertedebut til komplekse smertetilstande?
- Hvad er smertepatienters ønsker og behov for afklaring, støtte og behandling i forskellige faser af forløbet?
- Hvordan kan patienter og pårørende bedst muligt indgå som samarbejdspartnere i smertebehandlingen?

5.2 Metode

Der er gennemført en systematisk litteratursøgning samt genereret empiriske data i form af interview blandt smertepatienter. Den anvendte strategi for litteratursøgning og udvælgelse samt de overordnede in- og eksklusionskriterier er ensartet for de fire MTV-perspektiver, og er derfor beskrevet i kapitel 3 om metode. Nedenstående beskrives metodemæssige forhold vedrørende såvel litteraturstudiet som interviewundersøgelsen, der er specifikke for patientperspektivundersøgelsen.

5.2.1 Udvalgelse af litteratur og kvalitetsvurdering

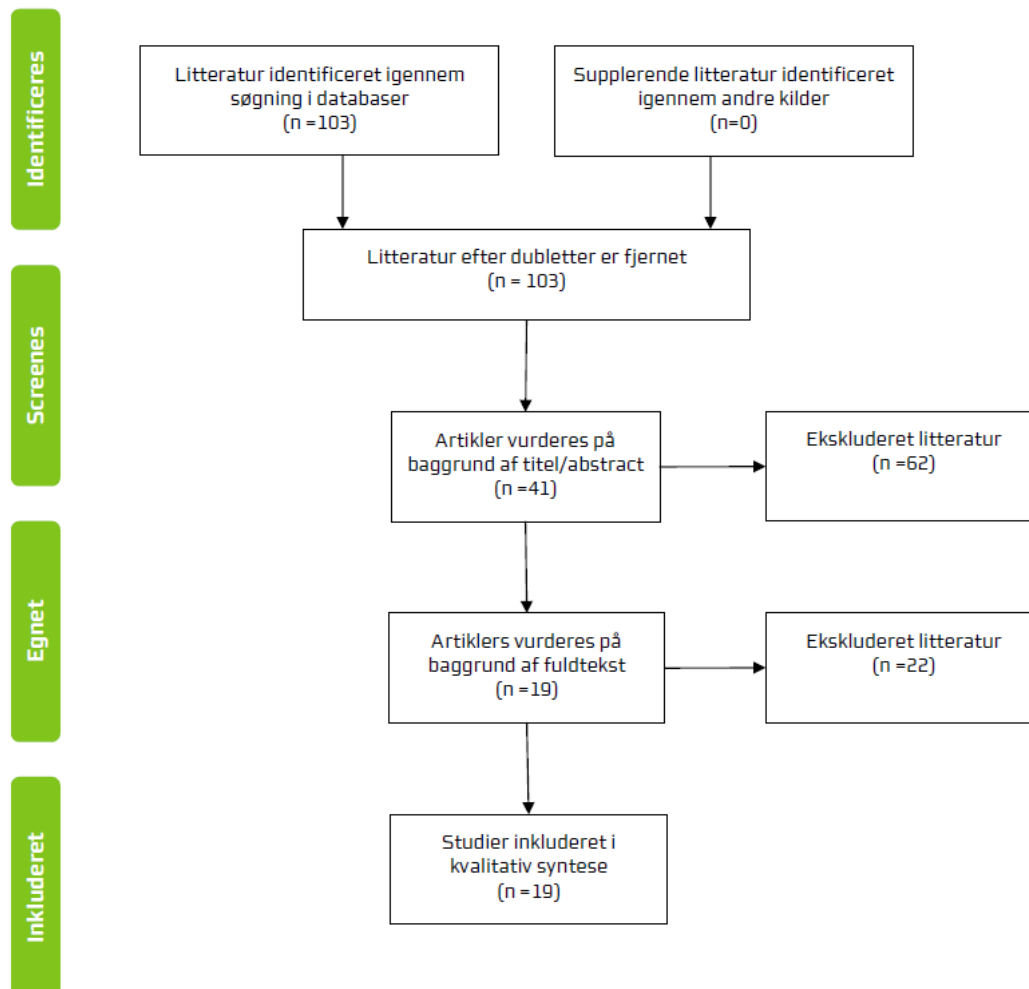
Udover litteratur identificeret via den systematiske litteratursøgning indgår i patientperspektivet også humanistisk og samfundsvidenskabelig litteratur til brug for beskrivelse af analysens teoretiske ramme. Kvaliteten af de inkluderede studier blev vurderet ved hjælp af CASP (se kapitel 3), da litteraturen i denne del af MTV'en er afgrænset til at omfatte studier med kvalitative design.

De enkelte studier blev bedømt til at være af god kvalitet. Den generelle kritik af studierne samlede sig særligt omkring CASP-tjeklistens spørgsmål 6, om hvorvidt forholdet mellem forfatter / forsker og deltager er overvejet. I langt de fleste af de udvalgte studier har forfatterne ikke undersøgt deres egen rolle, potentielle bias eller indflydelse og heller ikke eksplicit givet udtryk for, om forskerens rolle kunne føre til overvejelser om ændringer i studiedesignet.

5.2.2 Resultat af søgningen

Ved søgningen blev 103 studier fundet. På baggrund af titel og abstract blev 41 studier udvalgt. Ved fuldtekst læsning / orientering af disse blev 22 artikler ekskluderet, og de resterende 19 studier inkluderet i undersøgelsen. Udvælgelsesprocessen er illustreret i nedenstående flowdiagram, figur 12:

Figur 12: In- og eksklusion af studier, patient



De 19 inkluderede studier omhandler følgende smerteproblematikker: syv studier handler om erfaringer med lænderygssmerter [76-82]; tre studier om erfaringer med kroniske smerter [83-85]; et studie drejer sig om erfaringer med bækken smerter samt to studier om smerter i forbindelse med endometriose [86-88]; to studier beskriver erfaringer med smerter i nakke og skulder [89, 90]; et om migræne [91]; et om muskuloskeletale smerter [92]; et om overekstremiteter [93] og endelig et om slidgigt [94].

Der er ikke fundet studier med særligt fokus på pårørendes erfaringer og funktioner. Metodemæssigt indbefatter studierne: fokusgruppeinterview [76, 85, 94], individuelle, uformelle / åbne interview [77, 82, 83, 86, 90, 91, 93], narrativ tilgang via skriftlig fremstilling af informanternes historie [88], semistrukturerede interview [78, 80, 81, 84, 87, 89, 89] samt spørgeskemaer suppleret med interview [92]. Analytisk har studierne anvendt frame-workanalyse, narrativ analyse, grounded theory, tematiseret analyse og indholdsanalyse.

I alt indgik 570 patienter og 49 sundhedsprofessionelle i de 19 studier. Et enkelt studie fulgte patienterne over et år, mens studiepopulationen i de øvrige studier blev interviewet en enkelt gang. I nedenstående tabel gives en oversigt over de inkluderede studier.

Tabel 12: Inkluderede studiers karakteristika, patient

Forfatter årstal land	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Konklusion
Belam et al. 2005 UK	Udvikle et forskningspartnerskab mellem patient og de sundhedsprofessionelle for at syntetisere tavs og ekspllicit viden. Desuden hvad det betyder at lide af migræne fra patientens perspektiv.	8 patienter med migræne.	Kvalitative interview med involvering af patienter og sundhedsprofessionelle	Migræne har en høj og ikke anerkendt indflydelse på livskvalitet. 'Handling the beast' er en central erfaring for alle, som søger at kontrollere problemet. 3 hovedtemaer: skabe mening, aktivt at gøre noget og være resigneret.	Patienternes behov bliver stort set ikke imødekommet. Vigtige indsigter kan ske ved at skabe partnerskaber mellem læge og patient. Tidsfaktor er væsentlig.
Budge et al. 2012 New Zealand	Lære mere om menneskers erfaringer med smerte i en kontekst af at være syg i lang tid.	20 patienter identificeret fra et survey om omsorg i forbindelse med kronisk sygdom.	Interview	3 hovedtemaer: medicinske bekymringer, coping med smerter og søge hjælp mod smerter.	Smerter begrænser livet, og alligevel tøver mange med at tage medicin. De fandt andre coping-strategier. Alment praktiserende læge bør spørge, lytte og anerkende smertens realitet og dens effekter på dagliglivet og sørge for viden, tryghed og støtte i forbindelse med at tage medicin.
Calnan et al. 2005 UK	Præsentere evidens for hvordan patienter med smerter i over ekstremiteter håndterer smerte, hvornår og hvem de går til for formel hjælp, og hvordan de evaluerer den hjælp, de får.	47 patienter med smerter i overekstremiteter.	47 uformelle interview med patienter udvalgt fra et 'screening survey'	At forstå årsager er centralt for at forstå sygdomsmønstre og hjælpsøgende adfærd. Forklaringer involverende psykosociale og arbejdsrelaterede årsager var mindre almindelige og blev mest brugt, når biomedicinske forklaringer fejlede. Self-management-strategier var mest almindelige, men den praktiserende læge var det første valg for behandling. Komplementær og alternativ medicin blev anvendt som et supplement. Alment praktiserende læger blev hovedsageligt vurderet for deres evne til at lindre smerte.	Der er behov for, at praktiserende læger spørger til patienternes brug af alternative behandlinger, og de bør ikke udelukkende interessere sig for traditionel medicin, når de skal yde omsorg til patienterne.
Crowe et al. 2010 New Zealand	Afrapportering af et studie af self-management-strategier for mennesker med kroniske rygsmerter, og hvordan sundhedsprofessionelle oplevede deres rolle i at facilitere self-management.	64 patienter.	Semistrukturerede interview med Indholdsanalyse	De mest almindelige strategier var medicin, øvelser og varmetherapi. Sundhedsprofessionelle var i overvejende grad fysioterapeut og praktiserende læge. Fysioterapeuter beskrev øvelser som det vigtigste. Alment praktiserende læge ser sig med tre roller: receptudskrivning på smertemedicin, udfyldelse af attester og henvisning til specialist.	Patienter bruger self-managementstrategier som de har erfaret reducerer smerterne og forhindrer udmattelse. Disse strategier reflekterer en aktiv proces af beslutningstagning som kombinerer personlige erfaringer med professionelle anbefalinger.

Forfatter årstal land	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Konklusion
Dewar et al. 2009 USA	Undersøge en ny ramme for patienter med kroniske smerter og deres praktiserende læge, som anerkender den enkeltes erfaringer og tilbyder evidensinformeret uddannelse og bedre bånd til samfundets ressourcer.	19 patienter med kroniske smerter.	Semistrukturere de interview, kvalitativ analyse	Deltagerne rapporterede om tidlig optimisme, så desillusion og endelig accept af at leve med kronisk smerte. Både deltagere og professionelle har brug for evidensbaserede ressourcer og information om bedste praksis til at assistere dem i at håndtere smerte.	Empatisk kommunikation er afgørende, fordi ikke-sensitiv kommunikation påvirker den enkelte negativt, reducerer behandlingscompliance og forøger forbrug af service.
Dima et al. 2013 UK	Udforske patientpræferencer og identificere patienters forestillinger om behandling af lænderygsmarter.	75 patienter med lænderygsmarter i almen praksis.	13 fokusgruppe-interview	Patienterne efterspørger en læge som er både empatisk og ekspert, som giver en passende behandling og hjælper med at håndtere udfordringerne i sundhedsvæsenet	Vigtigt at hjælpe patienter med at udvikle sammenhængende sygdoms forklaringer som det primære. Kan forbedre shared decision-making og patienternes outcome.
Harding et al. 2005 UK	Udforskning af erfaringer med diagnose og håndtering af smerter blandt patienter som gik på en smerteklinik samt de faktorer, som har betydning for deres fortolkning af disse erfaringer.	15 patienter med kroniske muskuloskeletale smerter.	Spørgeskema og interview	4 hovedtemaer: ødelagt identitet, forsvindende tro på medicinen, at skabe mening i smerterne og lære at leve med smerterne.	Udvikle, implementere og evaluere tilgange til at adressere patienternes 'ødelagte identiteter' kan understøtte patientcentrerede outcomes.
Hoffmann et al. 2013 Australien	Udforske forventninger til praktiserende læge hos patienter med akutte rygsmerter. Påvirkninger af forventningsudvikling og overensstemmelse med kliniske guidelines.	11 patienter.	Semistrukturere de interview	Patienter havde en biomedicinsk forklaring på rygsmerter vedr. test og behandling og en utilstrækkelig forståelse af sygdommens natur. De fleste forventede, at røntgen ville identificere 'årsagen til smerten'. Deres forventning var primært påvirket af familie og venner, deres egne tidligere erfaringer og kommentarer fra sundhedsprofessionelle. Læge-patient-relation var vigtig i forhold til at påvirke patienttilfredshed med behandlingen. De fleste patienters forventning og noget af den omsorg de fik, stemte ikke overens med guidelines.	En biomedicinsk tilgang til håndtering af smerter snarere end en opmærksomhed på empirisk evidens kendetegnede patienters forventninger. Kommunikation og uddannelse af praktiserende læge til at inkludere spørgsmål om patienters forventninger skaber en mulighed for at korrigere misforståelser,
Hunhammar et al. 2009 Sverige	Erfaringer med at leve med nakke-skulder-smerter igen-længere tid og effekten heraf på dagliglivet.	12 patienter med langvarige smerter i overekstremiteter; almen praksis.	Tematisk interview grounded theory	Kerne kategorien 'stræbe efter at mestre forskellige smerter' demonstrerer, hvordan patienter prøver på at håndtere forhindringer forårsaget af smerter. 3 subkategorier: forstyrrelse af dagligdagen, rum for sundhed, strategier for smertekontrol og interaktion med hinanden. Vigtig med sundhedsfremme. Mænd og kvinder beskriver forskelligt konsekvenser for hjemmeliv og prioritering af egen sundhed.	Der er hele tiden tale om en kamp for ikke at lade smerterne blive for stor en hindring i dagligdagen. Patienterne lærer at mestre smerterne på forskellige måder. At tillade sig selv tid og prioritering af sundhed synes at være vigtigt for følelsen af kontrol.

Forfatter årstal land	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Konklusion
Huntington et al. 2005 New Zealand	Udforske kvinders opfattelse af at leve med bækkenløsning og dens effekt på deres liv, og de strategier de anvender for at håndtere deres sygdom.	18 kvinder med bækkenløsning.	Semistrukturerede interview, tematisk analytisk tilgang	Erfaring med alvorlig og kronisk smerte har betydning for alle aspekter af livet. 4 temaer: manifestation af smerter, smertespor, umedgørlige smerter og smertekontrol.	Patienter oplever 5-10 års varighed af udredning mv. Smertediagnosticering og håndtering bør indgå i den lægefaglige uddannelse. Manglen på formel smertehåndtering efter diagnose og behandling betød, at patienter aktivt søgte andre kilder.
Hush, et al. 2009 USA	Udforske patienters opfattelse af recovery efter rygsmerter.	36 deltagere, både raske og syge.	Fokusgruppe-interview analyseret ved frameworkmetoden	Patienters syn på at være rask indeholder en række faktorer, som bredt kan klassificeres i domæner som symptodæmpning, forbedret kapacitet til at fungere bedre og en acceptabel livskvalitet.	At definere 'raskhed' for disse patienter er mere kompleks end tidligere antaget og en individuel konstruktion, bestemt af vurdering af symptomers påvirkning på daglig funktionel aktivitet så vel som livskvalitet. Viden kan anvendes til at optimere måling af 'raskhed' ved at adressere det spektrum af faktorer, som patienter betragter som meningsfulde.
Jones et al. 2004 UK	Undersøge betydningen af smerter i forbindelse med endometriose på livskvalitet.	24 kvinder med bækkenløsning.	Interview med 24 kvinder	15 deskriptive kategorier: smerte, fysisk funktion, rolle-performance, social funktion, følelsesmæssig tilpashed, forhold til den medicinske profession, behandling, seksuelt samvær, energi, arbejde og infertilitet, fysisk udseende, magtesløshed, social isolation og bekymring for, om døtre ville udvikle endometriose, var nye områder med tendens til at blive negativt påvirket.	Påvirkningen er multidimensionel og mere kompleks end blot negativ påvirkning af psykosociale parametre. Hermed bliver forskellige områder af livskvalitet identificeret. Kvalitativ metode bør anvendes som afsæt for udarbejdelse af spørgsmål til spørgeskemaer.
MacKichan et al. 2013 UK	Beskrive patienters erfaringer med self-care i forbindelse med længerevarende smerte i ryggen samt patienters syn på rådgivning.	23 patienter med vedvarende rygsmerter.	Dybdegående interview, induktiv tematisering	De fleste følte sig ansvarlige for self-care. Kapaciteten var variabel og kunne hæmmes af faktorer som behandlingsroller eller mangel på diagnose og information. Praktiserende læges støtte var ønskværdig, skønt gennemførligheden om mere rådgivning tvivlsom. Flere udtrykte en stærk præference for alternative modeller for behandling og støtte.	Egenomsorg kontekstualiseres ved den enkeltes kapacitet og præferencer. Mistillid til lægens faglige evner betyder, at nogle fravælger henvendelse til lægen. Egenomsorg bør eksplicit diskuteres, og lægen bør spille en støttende rolle heri.
Mann, C et al. 2011 USA	Udforske patienters og sundhedsprofessionelles meninger om behandlingstilbud til mennesker med osteoarthritis og mulige serviceforbedringer	16 patienter og 12 sundhedsprofessionelle .	Fokusgruppeinterview analyseret med frameworkmetoden	Der var generelt overensstemmelse mellem patienter og sundhedsprofessionelle: mere opmærksomhed og bedre sammenhæng i servicen; mere information og uddannelse mv. Patienter ønskede mere tid, bedre kontinuitet og proaktiv opfølgning fra praktiserende læge. Deltagere foreslår bedre adgang til specialister og brugen af managementmodeller.	Tidlig indsats efterspørges blandt begge grupper af studiepopulation. Ønsker mere støtte til self-management og bedre outcome.

Forfatter årstal land	Formål	Deltagere	Metode	Resultater	Konklusion
McGowan et al. 2007 UK	Undersøge de processer som fører til afvisning af sundhedssystemet samt at forstå de psykosociale processer som påvirker denne gruppe,	32 kvinder med bækkenløsning.	En kvalitativ narrativ tilgang understøttet af fænomenologisk-hermeneutisk tradition. Patienterne blev bedt om at skrive deres sygdoms historie. Blev analyseret ud fra narrativ teori.	I eftersøgning af validering og anerkendelse engagerer kvinderne sig i den diagnostiske cyklus. Men mange færdiggør ikke denne cyklus, sidder fast ved et bestemt punkt, eller gentager hele tiden cyklus. De kan kun komme ud af problemet, hvis det bliver løst eller ved at vælge at dekolle sig medicinsk behandling.	Skønt konsultationen var et dominerende tema, krævede det en kompleks interaktion af mange faktorer at tage initiativ til dekolle. Den diagnostiske proces' dualistiske struktur forhindrer kvinderne i at fortælle deres historier. De blev afvist med følelse af disempowerment, og de mistede muligheden for at håndtere deres smerter.
McIntosh et al. 2003 UK	Undersøge patienters og klinikers erfaringer og forventninger til information i forhold til at foreslå et passende patientcentreret indhold.	15 praktiserende læger og 37 patienter med lænderygsmerter.	15 semistrukturerede interview med praktiserende læger. - Fokusgruppeinterview med 37 patienter.	Barrierer: utilfredshed med information om diagnose og behandling. Patienter søger anden information, som ofte er uoverensstemmende. Praktiserende læger har forskellige synspunkter med hensyn til værdien af den information, patienterne har indhentet, og de er tvetydige i deres formidling.	Forbedring af klinikernes kommunikationsevner og involvering af patienterne i udvælgelse af informationsmateriale er centralt.
Scherer et al. 2010 Tyskland	Undersøge patienternes perspektiver og erfaringer i almen praksis.	20 patienter med nakkesmerter i alderen 20-78 år.	Kvalitativ analyse	Patienter forsøger at klare sig længe og konsulterer fortrinsvis lægen, hvis selvhjælpsstrategi fejler. De fokuserer på somatisk behandling, selv om de ikke føler, at hjælpen her er stabil. Patienter undlader at tale om psykosociale temaer, fordi de frygter at kaldes 'neurotiske'.	Interaktionen mellem læge og patient forekommer distancerende, og begge parter undgår emner, som kunne berøre psykosociale aspekter.
Toye et al. 2012 UK	Præsentere en analyse af patienters erfaring fra almen praksis.	En serie dybdegående interview med 20 patienter fra et smertehåndteringsprojekt over en periode på 3 år.	3 dybdegående interview over et år ved brug af grounded theory.	Adskillige temaer for at forstå konteksten for, hvorledes læge og patient forhandler deres forhold. Patienten fortæller om 'at blive afvist', hvilket efterlader patient en i en biomedicinsk model i sin eftersøgning af forklaring. At acceptere at 'intet kan gøres' underminerer samtidig den medicinske viden og over tid 'den medicinske ekspert'.	Tilstedeværelsen af og spændingen mellem de to sygdomsmodeller åbner for muligheden for at modificere den biomedicinske model mod en biopsykosocial forklaringsmodel.
Upshur et al. 2010 USA	Udforske synspunkter fra et tilfældigt udvalg af patienter med kroniske smerter om deres erfaring med behandling i almen praksis med henblik på at identificere måder at forbedre behandlingen på.	72 patienter med klager over kroniske smerter, rekrutteret fra forskellige almene praksis.	17 fokusgruppeinterview.	Alle rapporterer om problematiske interaktioner med lægen. Nogle mødte manglende respekt og manglende anerkendelse. Ønske om at praktiserende læge lytter og viser tillid. Efterspørger patientcentreret tilgang til mål og planer.	Implementering af patientcentreret tilgang i behandlingen trækker på principper fra modeller til at håndtere kronisk sygdom. En sådan ændring vil være positiv for både patient og behandler.

5.2.3 Interview

Litteraturstudiet er suppleret med analysen af en række forskningsinterview blandt smertepatienter i Danmark. I det kvalitative forskningsinterview betragtes samtale som forskning, idet verden forsøges forstået ud fra interviewpersonernes synspunkter. Den mening, der knytter sig til interviewpersonernes oplevelser, søges udfoldet, og interviewpersonernes livsverden søges afdækket forud for videnskabelige forklaringer [95].

Interviewpersonerne er rekrutteret fra to kilder: gennem patientforeningen FAKS's Facebook-side, hvor vi annoncerede efter medlemmer med solid erfaring med smerter og smerteforløb samt gennem almen praksis med henblik på at rekruttere patienter i den tidlige, ikke-diagnosticerede fase. Denne spændvidde blandt interviewpersonerne med hensyn til smertevarighed er valgt for at undersøge, om varighed af smerter resulterer i forskellige erfaringer og i forskellig håndtering af smerter, ønsker og behov i forhold til samarbejde med sundhedsprofessionelle. Nedenstående tabel 1 giver et overblik over fordelingen af interviewede patienter i henhold til inklusionskriterier.

Tabel 13: Interviewpersoner

	Alder	Bopæl	Antal mænd	Antal kvinder
Erfarne patienter	50-66 år	Danmark	2	2
Nye patienter	28-38 år	Region Midtjylland	1	2

Kvalitative interview kan være mere eller mindre strukturerede og udforskende. Det kvalitative narrative interview, som er den form vi har valgt her, er både-og. Interviewene er gennemført som semistrukturerede interview med anvendelse af en interviewguide (se bilag 2). Interviewguiden er udarbejdet i samarbejde med repræsentanter fra FAKS og kommenteret i projektgruppen. Med undtagelse af et interview er de gennemført i interviewpersonernes hjem, og de har haft en varighed af ca. to timer. Interviewene er optaget og efterfølgende fuldt transskriberede.

5.2.4 Analysens teoretiske ramme

Interviewene er såvel metodisk som analytisk teoretisk håndteret som et narrativ, som ud over at være en fortælling samtidig indbefatter en særlig analytisk, teoretisk og praktisk anvendelsesorienteret tilgang til arbejdet med fortællinger. Narrativer anvendes her analytisk som konstruktioner, der binder vores erfaringsverden sammen, og som hjælper os til at få indblik i en andens verden [96]. Det er en klassisk narrativ struktur, hvor selve det at skabe et narrativ er en refleksiv og meningsordnende proces, som skaber sammenhæng i det liv, man lever: en fortælling som forløber hen over en nutid, en fortid og en fremtid [97, 106]. Vi har valgt at give interviewene et narrativt perspektiv, fordi vi ønsker at bringe handling ind i interviewene, hvilket vi metodisk bl.a. har gjort ved at starte interviewet med at spørge til fremtiden.

Kroniske smerter er beskrevet som en langvarig eller livslang tilstand (se kapitel 2), og for patienterne bliver det dermed ofte et eksistentielt vilkår frem for udelukkende en sygdomstilstand. Undersøgelsens fokus er patienternes erfaringer med smerter og med smerteforløb i almen praksis, hvilket gør relationen mellem patient og læge central i udfoldelsen af patientperspektiver på smerteforløb. Analytisk ser vi på mødet mellem patient og læge som et rum for 'forhandling om smerter og smerteforløb' [99], hvilket kan

føre til en meget langvarig relation, som både kan have negative og positive konsekvenser for smerteforløbet [99]. Kroniske smerter er en kompleks subjektiv erfaring, som involverer fysiske, sociale, kognitive og emotionelle faktorer (se kapitel 2), og i et smerteforløb er det derfor ikke tilstrækkeligt at se på enkeltstående samtaler, men snarere på en mere overordnet fortælleproces, hvor samtaler dels bygger videre på tidligere samtaler og dels lægger grunden for fremtidig kommunikation. Det vil sige en klassisk narrativ samtalestruktur, som er en proces vi har udnyttet rent metodisk gennem interviewenes narrative struktur og ved at interviewe både erfarne og nye patienter.

5.3 Litteraturstudiet

5.3.1 Udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse

Med et analytisk fokus på kommunikation og forhandling mellem patient og læge som ramme for at forstå patienternes erfaringer med smerter og smerteforløb har vi i litteraturen identificeret en række temaer. Det overordnede tema kan betegnes 'udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse', det vil sige en sygdomsforståelse, som er brugbar for handling i almen praksis i forhold til patienter med smerter. Derudover har vi identificeret tre underordnede og mere konkrete temaer:

- Konsekvenser for livet og hverdagen (besvarelse af analysespørgsmål 1)
- Patienternes ønsker og behov samt selvhjælpsstrategier (besvarelse af analysespørgsmål 1 og 2)
- Skabelse af partnerskab (besvarelse af analysespørgsmål 3).

Litteraturstudiet viser overordnet, at kommunikationen ikke entydigt fremstår kommunikationen som patientens lidelseshistorie eller som lægens sygdomsforklaring, men derimod som en fortælling, de to parter forhandler sig frem til i fællesskab [100]. Det er en forhandling, som kan bygge på forskellige forklaringsmodeller. Forklaringsmodeller defineres som den måde, hvorpå sygdom og sundhed i forskellige kulturelle og sociale kontekster kategoriseres, fortolkes og behandles [101]. I det narrative, der udspiller sig i relationen mellem læge og behandler, har vi i såvel litteraturen som i de gennemførte interview fundet to forskellige idealtypiske forklaringsmodeller: en biomedicinsk og en biopsykosocial forklaringsmodel.

Den biopsykosociale model er en socialmedicinsk model, der ser sygdom og sundhed som et produkt af vekselvirkning mellem en persons biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder. Modellens anvendelse i forbindelse med smertetilstand betyder, at smerten har både fysiologiske, psykologiske og sociale aspekter. Aspekter, som på en gang er samtidige og interagerende og med mulighed for at man kan vægte de tre aspekter forskelligt i forbindelse med individuelt relevante interventionsmuligheder.

Den biomedicinske model er en biologisk funderet sygdomsmodel, hvor sygdom er udtryk for en specifik somatisk årsag, uafhængig af sociale, psykologiske eller moralske faktorer [102]. Sygdomme er primært defineret som anatomiske kliniske enheder, der objektivt kan identificeres, diagnosticeres og – muligvis – behandles. Til hver sygdom svarer en specifik ætiologi, patologi og prognose. Den biomedicinske model er baseret på en distinktion mellem krop og bevidsthed / psyke.

Disse sygdomsmodeller er idealtyper, som i praksis interagerer og overlapper hinanden. De er ikke knyttet til en bestemt position i den forstand, at det ikke er entydigt, hvor henholdsvis læger og patienter placerer sig i praksis. Eksempelvis kan patienter være mere orienterede mod en biologisk sygdomsmodel, mens læger i en anerkendelse af kroniske smerter kompleksitet kan anvende en biopsykosocial forklaringsmodel i deres behandlingstiltag – og omvendt. I mødet mellem læge og patient er det hen over disse forklaringsmodeller, at der finder en forhandling sted i forbindelse med at forklare og forstå smerter og med at etablere de mest optimale smerteforløb for den individuelle smertepatient.

I ni af studierne udfordres den biomedicinske model samtidig med at konturerne af en biopsykosocial model dukker frem. Det er en model, hvori der indgår et centralt fokus på patientinvolvering [76, 77, 79, 80, 85, 88, 91-93]. I hovedparten af disse studier karakteriseres patienternes erfaringer med smerter som et spørgsmål om at leve med en 'ødelagt identitet', hvilket er forårsaget af et liv med smerter, der begrænser patienternes aktiviteter i en grad, så følelsen af selvet eroderer. Som konsekvens heraf trækker nogle patienter sig fra relationen til lægen [88, 92], mens andre på baggrund af skuffede forventninger foretager 'doctor-shopping' [77]. Mange patienter oplever, at de ikke bliver taget alvorligt om omfanget af smerter, hvilket påvirker deres opfattelse af og relation til lægen [77, 79, 80, 85, 88, 92]. Et af disse studier påpeger endvidere, at den manglende tillid kan give sig udtryk i, at patienterne stiller spørgsmål ved lægens ekspertrolle [92]. Et andet studie understreger, at patienter i deres søgen efter årsager til smerterne forventer synlige behandlings- eller undersøgelsestiltag, som eksempelvis røntgen, på trods af at det ikke er i overensstemmelse med en lægefaglig vurdering og / eller guidelines [80].

Sådanne uoverensstemmelser er eksempler på, hvorledes de to nævnte sygdomsmodeller – en biomedicinsk og en biopsykosocial model – bringes i spil som forskellige forklaringer på smerternes historik, men hvor det ikke lykkes at opnå fælles forståelse af sygdom og behandling. Hvis det skal lykkes at imødekomme patienternes arbejde med en ny identitet, kræver det ifølge en anden af artiklerne en lyttende, anerkendende og involverende tilgang [88]. Det fordrer en interaktiv forhandling mellem patient og læge med opmærksomhed på det dynamiske forhold mellem symptomfokus, forbedret funktionsevne og udviklingen af en acceptabel livskvalitet. Det er tre aspekter, som optager patienterne i hele processen [79]. Et studie foreslår i forlængelse heraf en sundhedsfaglig opmærksomhed på patienterfaringer udtrykt gennem deres narrativer om fremtiden med henblik på at understøtte en helingsproces, der inddrager håndtering af en diagnostisk usikkerhed [77].

I studierne fokus på patienternes erfaringer peger flere af artiklerne på, at der hos patienterne overordnet set findes et ønske om forklaringer på smertetilstanden, der går bag om diagnostiske mærkater for at gøre patienterne bedre i stand til at forstå, hvad der foregår. Eksempelvis finder et studie i undersøgelse af patientpræferencer et behov både for en (sundhedsvidenskabelig) *forklaring* og en (humanistisk) *forståelse* for, at relationen til lægen opleves som optimal [76]. Undersøgelsen peger blandt andet på, at et væsentligt grundlag for dette er, at lægen udviser troværdighed, tager patienternes bekymringer alvorligt og foretager en individuel tilpasning af behandlingen.

En af artiklerne undersøger smertepatienters opfattelse af recovery som et udtryk for 'udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse' [79]. Forfatterne konkluderer, at patienternes opfattelse af recovery er mere kompleks end hidtil antaget i

undersøgelser, hvor effekten udelukkende måles ved reduktion eller fravær af smerterne. I denne undersøgelse [79] omfatter recovery-oplevelsen af 'ødelagt identitet' og forholder sig herigennem til den identitetsforandring, som er en konsekvens af livet med smerter. Smertepatienterne giver i undersøgelsen udtryk for en gensidig påvirkning af og interaktion mellem tre domæner, som på systematisk vis akkumulerer deres erfaringer med smerter:

- Det ene domæne handler om 'opmærksomhed på symptomerne', hvor undersøgelsen påpeger, at patienterne både tænker i at blive smertefri, i reduktion af smerter og i accept af tilstanden og altså ikke i et enten-eller.
- Det andet domæne, 'forbedret funktionsevne', drejer sig om evnen til at håndtere en bred vifte af dagligdagens små og store gøremål – personlig hygiejne, husarbejde, mobilitet, motion, fritidsaktiviteter etc.
- Det tredje domæne vedrører en 'acceptabel livskvalitet' som ifølge patienternes definition inkluderer sociale faktorer (at kunne være sammen med venner og familie, være uafhængig af andre), søvn, fysisk sundhed (mindre træthed og mere energi), psykologisk sundhed (fx at have positive tanker og forestillinger om fremtiden).

At disse domæner er gensidigt afhængige betyder også, at de for smertepatienterne er lige vigtige og lige ønskelige [79]. Med dette recovery-perspektiv præsenteres vi for en model, hvor patienternes erfaringer med og vurderinger af deres smerter, deres opfattelse af livskvalitet og deres oplevelse af funktionsevne medierer deres oplevelse af smertetilstanden. Det er artiklens hensigt, at den viden på længere sigt kan udgøre et fundament til, hvordan man kan måle recovery som ramme for en tidlig indsats.

5.3.2 Konsekvenser for livet og hverdagen

Litteraturen har et anseligt fokus på de omfattende konsekvenser et liv med smerter har for patienterne. I langt de fleste studier knytter patienternes erfaringer med hverdagslivet sig tæt til deres erfaringer med almen praksis / sundhedsvæsenet, hvad enten undersøgelsesens vinkel er patienternes erfaringer med et liv med smerter [86, 87, 91, 103], patienternes erfaringer med håndtering af smerterne [79, 81, 89] eller relationen mellem disse to dimensioner [77, 84, 85, 92].

De fleste studier påpeger smerternes omfattende påvirkning af patienternes og deres familiers liv, både fysisk, psykisk og socialt, ligesom de har afgørende betydning for patienternes oplevelse af livskvalitet og funktionsevne [86, 87, 91]. Der er tale om individuelle erfaringer over generelle temaer [91]:

- Alvorlige fysiske påvirkninger, som ofte følges af tanker om død og selvmord.
- Psykiske reaktioner, idet smerterne påvirker patienternes psykiske og emotionelle velbefindende i negativ retning. Eksempelvis oplever mange sig selv som en fiasko, fordi der er mange aspekter i tilværelsen, man ikke magter.
- Påvirkninger af patienternes sociale liv, idet smerterne har stor indflydelse på familieforhold og det øvrige sociale liv med venner og kolleger, som ofte opleves som negativt eller nedprioriteres som konsekvens af smerterne
- Påvirkning af arbejdsforhold, hvor de fleste oplever, at det er vanskeligt at fastholde et arbejde, og at livet med smerter påvirker ens karriere.

Fokus på patienternes erfaringer med smerter og smerteforløb viser desuden, at patienterne oplever et dilemma i forhold til omverdenens accept af deres tilstand. Hvor man kan tale om en absolut privat vished for den lidende, så kan smerter være en absolut tvivlsom størrelse for udenforstående [104]. Det er således vanskeligt for andre mennesker at observere smertens progression eller dele dens lidelser, og for patienter at validere smerten som en 'objektiv' del af verden, både over for de nærmeste og over for sundhedsprofessionelle. Resultatet bliver ofte, at mange smertepatienter oplever sig mødt med mistro og mistillid.

Et studie peger på, at patienter definerer det at leve med smerter metaforisk, som 'at leve med et monster' [91]. Andre studier viser konkret, hvorledes det dominerende træk ved erfaringen med smerter er, at de påvirker alle aspekter af hverdagslivet [86, 87], eksempelvis at patienterne mister kontrollen og føler sig magtesløse, at de af og til er på grænsen til desperation, at det påvirker seksualliv, at de har en følelse af social isolation, at de er bekymrede - for arbejdsløshed, for infertilitet og for hvorledes det påvirker deres børn. Konkluderende peger studierne på en sygdomsforståelse, som er både kompleks, altomfavnende og individuel, og de efterlyser en multidimensionel (biopsykosocial) tilgang med anerkendelse af patienternes erfaringer.

Nogle studier knytter eksplicit sådanne oplevelser og erfaringer til patienternes møde med almen praksis og deres relation til lægen. Artiklerne undersøger en række barrierer, som patienterne møder i deres relation til og samarbejde med lægen, hvilket en af artiklerne beskriver som 'uopfyldte forventninger' [92]. Patienter kan eksempelvis have en oplevelse af, at lægen ikke lytter til deres erfaringer, eller giver udtryk for at smerterne ikke opfattes som reelle, de kan føle sig afvist, og patienter undgår på den baggrund at berøre psykosociale emner for ikke at blive stempet som 'neurotiske'. Andre studier refererer til patienterfaringer, der handler om morfinrecepter, der begrænses; der henvises ikke til specialister; behandlingen afsluttes brat; der tilbringes ikke nok tid med patienten; [77, 85, 90, 92]. Et enkelt studie konkluderer, at patienterne kan opleve uoverensstemmende og modsatrettet rådgivning, hvilket kan afstedkomme diagnostisk usikkerhed [78]. Sådanne erfaringer stemmer overens med kvantitativt orienterede undersøgelser, der påviser manglende tilfredshed blandt smertepatienter med den behandling de modtager (se kapitel 2).

Et studie [77] undersøger konsekvenserne af de barrierer, som patienterne oplever i deres relation til den praktiserende læge. Ifølge dette studie er en forankring af smertehåndtering i en biomedicinsk model med til at understøtte oplevelsen af barrierer mellem læge og patient. Patienternes oplevelse af ikke at blive anerkendt i deres sygdomsforståelse medfører et tab af tillid, samt at de stiller spørgsmålstegn ved lægens ekspertrolle. Troværdigheden kommer således i fare. Derfor fortsætter patienterne i deres søgning efter årsagsforklaringer med at bruge den biomedicinske model i deres sygdomsforståelse, selvom lægen tilbyder andre og supplerende forklaringsrammer, som mange af studierne påpeger med henvisning til recovery-tilgangens potentiale for udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse.

5.3.3 Patienternes ønsker og behov samt selvhjælpsstrategier

Flere af studierne peger på, at inddragelse af patienternes erfaringer med selvhjælp kan være et godt udgangspunkt for forhandlingen om en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse. En række af artiklerne viser, at det er karakteristisk for smertepatienter,

at de har et initialt, længerevarende forløb, hvor de før kontakt til den praktiserende læge har afprøvet forskellige strategier [83, 84, 90]. Et studie viser, at når patienterne henvender sig til den praktiserende læge, forventer de ofte meget konkrete behandlingstilbud, og er ikke indstillet på detaljerede, afklarende samtaler, herunder om psykosociale problemer [90]. Et andet studie anfører, at mange patienter undgår at søge hjælp, dels af ovennævnte grunde, og dels fordi de ikke ønsker at tage medicin for smerter [83].

Flere studier understreger, at der ikke findes nemme og hurtige løsninger for smertepatienter. Tværtimod gennemgår de ofte en lang og kompleks proces, som involverer en serie af vanskelige personlige overgange. I denne proces er de ofte involveret i hyppige interaktioner med forskellige sundhedsprofessionelle [84]. Mange smertepatienter udvikler i denne proces selvhjælpsstrategier i en 'stræben mod at mestre vekslende smerter' [89]. Sådanne strategier er individuelt tilrettelagte, men kan systematiseres i følgende kategorier: 'at skabe mening i smerterne', 'opgive' eller 'aktivt at gøre noget'. Mange søger at håndtere smerterne ved at være meget forsigtige med fysiske aktiviteter, undgå alkohol og kaffe, drikke mere vand; forsøge at sove ordentligt; opsøge informationer; opsøge alternative behandlinger. Andre studier finder andre kategorier og konkrete strategier: fysisk aktivitet; fordeling og modificering af krævende aktiviteter; følelsesregulering og forskellige afværgemanøvrer [76, 91]. Samlet set beskriver artiklerne selvhjælpsstrategierne som de udfolder sig i patienternes hverdag som forsøg på at 'normalisere' tilværelsen i en tilpasning til den nye situation. Flere artikler påpeger de ulige ressourcer, som mennesker har i deres håndtering af sygdom [76, 82], eksempelvis kan mange godt føle en forpligtelse til selvhjælpsstrategier, som ikke altid er i overensstemmelse med en tilsvarende evne til og mulighed for aktivt at gennemføre disse.

Patienternes selvhjælpsstrategier reflekterer i større eller mindre grad deres relation til og forhandling med den praktiserende læge. Det understreger, at patienterne aktivt foretager valg og træffer beslutninger i en kombination mellem personlige erfaringer og professionelle anbefalinger [81]. Eksempelvis er strategier som at tage sin medicin, at lave sine øvelser og at anvender varme alt sammen strategivalg, som er relateret til kombination af personlige erfaringer og råd fra almen praksis.

Både sundhedsprofessionelle og patienter ønsker at støtte evnen til selvhjælpsstrategier, men studier viser, at der er forskel mellem de to grupper i forhold til, hvad de oplever som god hjælp og / eller information om dette. Patienterne giver udtryk for, at de mangler viden om, hvordan de bedst muligt kan påtage sig et personligt ansvar med udgangspunkt i deres individuelle situation, mens de sundhedsprofessionelle mere fokuserer på adfærdsendringer som det primære aspekt af selvhjælpsstrategier. Et studie foreslår, at informationsmateriale udarbejdes på baggrund af mere patientinvolvering [94]. I et andet studie fremgår det, at strategierne udgør en kombination af støtte og behandling fra både familie, venner og kolleger, fra sundhedssystemet og fra alternative behandlere. Disse forskellige terapeutiske veje er en del af patienternes selvhjælpsstrategier, som er vigtige for sundhedsprofessionelle at være opmærksomme på og inddrage i en tidlig indsats [93].

5.3.4 Skabelse af partnerskaber

Som det fremgår, er patienternes individuelle erfaringer tæt sammenvævede med deres relation til lægen, hvilket bl.a. afspejler sig i, at næsten samtlige artikler undersøger patienternes ønsker og behov for afklaring, støtte og behandling. Et studie konkluderer, at støtte

og behandling bør tage afsæt i patienternes egne strategier [82], mens andre studier på lignende vis beskriver, at faktorer som patientinvolvering samt at patienterne bliver taget alvorligt og bliver lyttet til er væsentlige elementer i etablering af partnerskaber [78, 85, 91]. Et studie understreger behovet for en individuel tilpasset tilgang som en forudsætning for skabelse af en troværdig relation mellem parterne [76], mens andre nævner behovet for tilstrækkelig tid samt fokus på medicinering og medicinsanering [83]. Mange patienter ønsker, at biopsykosociale faktorer adresseres, blandt andet gennem anerkendelse af de mange selvhjælpsstrategier patienterne ofte har udviklet, herunder hjælp med at prioritere selvhjælpsstrategier [89]. Flere artikler nævner, at det ud fra patienternes perspektiv er væsentligt at informere om diagnostisk usikkerhed, om konfliktende viden og at forholde sig til den multidimensionelle påvirkning, som patienterne oplever [77, 78, 86].

I flere artikler er begreber som 'patientinvolvering', 'shared care' og 'patient-centered care' centrale for etablering af et hensigtsmæssigt samarbejde om smertehåndteringen mellem læge og patient. Der anbefales eksempelvis en 'bottom-up-model' [82] eller et samarbejde defineret som 'a compassionate partnership' [85]. Artiklerne foreslår hermed et recovery-orienteret perspektiv, som har som mål at forandre sygdommes betydning i den enkeltes liv og generere muligheder og håb for fremtiden [76, 77]. Recovery-perspektivet udgør således et bud på en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse, som samtidig er brugbar for handling i almen praksis i forhold til patienter med smerter.

Flere af studierne peger på et behov for kvalificering af praktiserende læger i forbindelse med håndtering af inddragelse af patienternes erfaringer [84, 85, 87, 91, 94]. Enkelte studier foreslår specialisering af praktiserende læger (smertepraktiserende læge) eller specialsygeplejerske som samarbejdspartner for den praktiserende læge [84, 87, 88, 91]. I interviewundersøgelsen finder vi en betragtelig udvidelse af mulighederne for et mere individuelt tilrettelagt samarbejde, som er helt essentielt for patienterne.

5.4 Interviewundersøgelse

Interviewene får i rapporten status som kommentarer til litteraturgennemgangen, således at forstå, at interviewene bidrager på tre måder: som *bekræftelse*, som *supplement* og som *resonans*. Som bekræftelse henvises til, at de samme temaer, overvejelser og argumenter fremført i interviewene kan identificeres i den udvalgte litteratur. Det vil ganske kort blive nævnt, hvor det er relevant, mens hovedvægten vil blive som supplement - bidrager interviewene med viden, som ikke er afdækket i litteraturstudiet - samt som resonans, dvs. hvilken dybde og nuancer tilføjer interviewene litteraturstudiet.

Intervieweren har placeret sig i rollen som lytter til patienternes erfaringer gennem deres narrativer. Narrativer baserer sig på en situeret viden, hvor lytter og fortæller i fællesskab konstruerer narrativet [96, 97, 105, 106]. Denne resonans bidrager til at berige forskernes analyse og læsning af både litteraturen og interviewene, hvilket her illustreres fint med én af respondenternes kommentarer:

*Ja, der er man jo tæt på hinanden, ikke også. Der er man inde, hvor vi taler.
Hvor vi ikke snakker (latter) (mand, erfaren smertepatient).*

5.4.1 Udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse

Interviewpersonerne er som nævnt rekrutterede, så de repræsenterer både erfarne og nye smertepatienter. Det er mest eksplicit blandt de nye smertepatienter, at de kæmper for at bevare 'normaliteten'. De vil gå en tur, de vil løbe, de vil tilbage til arbejde:

Jeg vil gerne have en plads i det pulserende liv (kvinde, ny smertepatient),

Men også blandt de erfarne patienter fylder kampen for 'normalitet' meget, skønt tilpasset en kontekst med et liv med mange smerter og lange perioder med forværring af tilstanden. Det er en kamp, der bæres af håbet om at slippe for smerterne, om at genfinde sin funktionsevne og opretholde en rimelig livskvalitet. Ud over at foregå i et indre univers er den kamp ofte beskrevet blandt interviewpersonerne, som noget der karakteriserer deres relation til sundhedsvæsenet, i de fleste tilfælde den praktiserende læge. De ønsker at blive taget alvorligt, slippe for uvished, komme ud af følelsen af at være i et limbo og at få hjælp til at håndtere det, de kalder en 'skyggesygdom', forstået som at fejle noget, som ingen kan se [107]. De har en bekymring for at blive mistænkeliggjort, fordi de kan opleve at blive mødt med:

Så alvorligt kan det da heller ikke være, og kom nu bare og du skal bare træne lidt mere og tage dig lidt sammen... (kvinde, ny smertepatient).

Bevisbyrden placeres hermed hos patienterne, og bringer dem i et afhængighedsforhold til lægen, fordi de ved, at det ligger i dennes hænder at vurdere, handle eller udtale sig.

Ja, jeg kommer ikke til at sige noget andet eller voldsommere end det, jeg fejler, for at blive hørt. Det er ikke. Men det er da, det kan jo være dem, der skal udtale sig om mig, som får betydning for, hvad jeg kan få af støtte eller muligheder for at arbejde eller studere, eller hvad der skal foregå. Hvor jeg er afhængig af, at de forstår mig og er enige (kvinde, ny smertepatient).

Her beskrives det umulige dilemma for patienter uden entydig diagnose eller i længerevarende afklaringsforløb, hvor de er afhængige af lægens udtalelser over for social- og / eller arbejdsmarkedssektoren. Oplevelsen af at have en 'skyggesygdom', noget 'ikke-virkeligt' forekommer ikke kun i relation til lægen, men også til den omgivende verden, som her antydet:

Altså, med den sygdom jeg har, der kan man ikke altid se på mig, hvis jeg for eksempel har en sygedag herhjemme og så skal jeg selvfølgelig også prøve at gå ud og komme så meget i gang igen som muligt, ikke. Så kan naboer (lille latter) og andre ikke altid se, at jeg er syg. Og de kan ikke se, at det har taget mig en halv dag at komme ud af sengen og komme i bad og få tøj på. Så det er usynligt. Og det kan også nogle gange overfor lægerne være svært at forklare, hvor slemt man har det (kvinde, ny smertepatient).

Patienterne er meget opmærksomme på, at de i mødet med lægen befinder sig i en ramme af forhandling, skønt udtalt. Derfor er det så vigtigt for dem at føle sig 'hørt'. I interviewpersonernes narrativer genfinder vi meget tydeligt de to sygdomsforklaringsmodeller, som også blev identificeret i litteraturstudiet (biomedicinske model og biopsykosociale model). I interviewene fremstilles modellerne med patienternes egne betegnelser, som forskellen mellem *at forklare* og *at forstå*. I deres optik er lægen optaget af at finde forklaringer, hvilket flere patienter selvfølgelig også er, men der, hvor det ikke lykkes, oplever de, at der ikke bliver lyttet til dem. Én siger, at hun er ret ligeglad med hvad diagnosen hedder, bare

lægen vil give nogle svar, som hun kan arbejde videre med (kvinde, ny patient). Flere af de erfarne smertepatienter har oplevet en mangeårig søgen efter forklaringer og at blive sendt fra den ene udredning til den anden, for så at endelig at blive henvist til en smerteklinik og der få at vide, at der ikke er noget at se, og at de må lære at leve med smerterne. De fortæller, at det føles ydmygende og frustrerende, at man selv skal læse sig til 'problematisk og ikke-forklarlige smerter' eller at man må henvende sig til den alternative behandlerverden. Blandt de nye patienter er det største skrækscenarie at ende med 'uforklarede smerter':

Lige nu er jeg jo meget der, hvor jeg søger årsag. Altså, jeg kunne rigtig godt tænke mig at blive undersøgt og få scannet hver en lille nakkehvirvel (lille latter), for at se om der er et eller andet. Kan man gøre et eller andet? Så jeg i hvert fald får en forklaring på, hvad er det, der gør at det vender tilbage...? Men jeg har jo ikke forholdt mig til tanken, hvad så hvis en eller anden undersøgelse siger, jamen det her, det er noget, som vi ikke kan gøre noget ved og symptomerne er noget, du skal forholde dig til? Den tanke har jeg jo ikke tænkt igennem på den måde, at jeg har taget den ind! (kvinde, ny smertepatient).

Det er bemærkelsesværdigt og for så vidt også ny viden, at både de erfarne og nye smertepatienter så udpræget fokuserer på, at den tidlige fase er præget af forhandling, hvor begge grupper af smertepatienter eksplicit efterlyser støtte og hjælp fra deres praktiserende læge. Både erfarne og nye patienter kæmper med forskellen mellem *at forklare* og *at forstå*. De oplever at være placeret i et limbo, og at de balancerer på en knivsæg i forhold til, hvem der har initiativet til at åbne for 'det værst tænkelige scenarie', nemlig ikke at kunne finde en årsagsforklaring. Selv erfarne patienter leder stadig efter en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse. I deres oplevelse af den tidlige fase som et forhandlingsrum efterlyser flere, at lægen er initiativtager, og nogle efterlyser, at der løbende bliver lavet en form for status eller en handleplan i forbindelse med smerteforløb, som gerne involverer en rundbordssamtale med deltagelse af andre sundhedsprofessionelle og også af social og arbejdsmarkedssektoren.

5.4.2 Konsekvenser for livet og hverdagen

I litteraturstudiet blev begrebet 'ødelagt identitet' identificeret som en væsentlig metafor for patienternes erfaringer. Det genfinder vi også i patientinterviewene. Ikke overraskende hos de erfarne smertepatienter, men også blandt de nye, hvor erfaringer med smerter er relativ kortvarig. Analysen af interviewene viser, at opfattelsen af en ødelagt identitet er et helt centralt udtryk for erfaringer med smerter. Det er måden, hvorpå patienterne kommunikerer om deres erfaringer med smerter. Der er henvisninger til mangel på søvn, stivhed i kroppen og indtag af medicin hos alle respondenterne, men når de skal italesætte erfaringerne og konsekvenserne anvender de ofte billeder fra deres sociale, eksistentielle og psykiske liv. Nogle af disse præsenteres her:

En ødelagt identitet:

Og jeg begyndte at miste selvværd. Min identitet fik et ordentligt knæk og til sidst så troede jeg ikke på, at jeg kunne nogen ting. Jeg var dum til alt. Jeg havde aldrig været god til noget, hverken i forbindelse med tidligere job eller hobbies, eller kunne eller evnede på nogen måde, til sidst var jeg bare ingenting. Reduceret til én, der bare var en belastning for mig selv, for min

familie, for samfundet. I det hele taget bare til besvær (kvinde, erfaren smertepatient).

Ja. Jeg har jo ikke ... altså jeg har ikke forholdt mig til, hvorvidt det her er noget som jeg sådan skal bøvle med. Hverken sådan i lang tid, hvor jeg sådan tænker ti måneder, det er faktisk lang tid. Men jeg har ikke forholdt mig til, at det er noget, jeg ikke kommer af med. Det har jeg ikke. Og jeg tror ikke lige, at jeg kan tænke tanken til ende, sådan lige. Det synes jeg ville være ... altså, så tænker jeg, at så må jeg jo finde en eller anden alternativ måde at omgås det på. Fordi, jeg vil ikke lade det påvirke mit liv på den måde. Altså, ja ... jamen, det er for pokker da ikke noget jeg skal gå med. Det kan da ikke passe (kvinde, ny smertepatient).

Det sociale liv:

Fordi at de (smerterne) bliver provokeret meget ofte, når jeg er sammen med andre mennesker. Altså, jeg kan ikke rumme det der samvær, samtidig med at jeg har smerterne. De tager min opmærksomhed og min energi. Så jeg bliver hurtigt træt. Så det begrænser jo, altså, mit sociale liv. (mand, erfaren smertepatient).

Jamen, det har betydet en hel del, fordi jeg har jo har siddet låst lidt fast derhjemme i min lejlighed og har ikke kunnet gøre så meget. Og ja, sådan været lidt indelukket på det punkt, kan man sige. Ikke kunnet komme ud og gøre nogle ting og snakke med andre og sådan noget ... Fordi min daværende kæreste, når hun kom hjem, så havde hun jo en masse til at fortælle fra sin hverdag. Og jeg har jo ikke rigtigt noget at byde ind med. Jeg har siddet og set lidt fjernsyn og kigget ud i luften ... (mand, ny smertepatient).

Arbejdet:

Ja, altså, det jeg kan mærke, det er at mit helbred, det bliver mere og mere påvirket. Og jeg tror ikke, at det kan blive ved, som det gør i øjeblikket. Fuldtidsarbejde. Så enten så skal det være noget mere selvstændig virksomhed, eller også så skal jeg have en eller anden funktion, hvor jeg kan flexe noget mere ... Det gør, at jeg bliver taget af de mere interessante projekter ... altså jeg kan ikke forstå, hvorfor man skal så langt ud, så man bliver fyret, fordi man har for meget sygdom, ikke også. Det har jeg det rigtigt svært ved, i hvert fald, ikke også ... det er jo det, der har holdt mig fra ikke at komme ned endnu, i hvert fald. Fordi at det har så store konsekvenser økonomisk og alt muligt, ikke også, ikke? (mand, erfaren smertepatient).

Altså, jeg kunne ligesom sige, hvad jeg havde gjort og fået at vide, at du gør alt hvad du kan for at komme tilbage, ikke. Jeg træner og jeg prøver at passe på mig selv. Og det kan de godt se, men hvor meget kan jeg klare? Og kan jeg klare at komme tilbage? ... Så jeg har været der i en lang årrække og har også været med til at skulle have tingene til at hænge sammen. Praktisk og økonomisk. Så jeg kan godt se de her ting. Men det er jo ... jeg er meget glad for at være der og den måde vores arbejde er på. Og så er det dermed også meget af min identitet, der er opbundet på den kvalitet, vi har der og den måde, vi arbejder på, Ja

så det er da et stort skifte, hvis ikke det lykkes. Men der er jo forståelse, men også både de og jeg er jo en lus mellem to negle, eller hvad skal man sige. Fordi, der er nogle ting, der skal gå op i en højere enhed ... (kvinde, ny smertepatient).

Selv mord³:

Og så tror jeg, som smertepatient, at det er vigtigt, at man kommer op engang imellem, hvor man ikke kommer ind, fordi at nu er man ved at begå selvmord. Men fordi at man måske lige skulle have en obs på, hvordan står det til nu? Det tror jeg, at det kunne være godt. At sundhedsvæsenet tog én ind. Bare at sige, jamen, nu er der gået et år siden vi har snakket sammen, men er der et eller andet, ikke også? ... Alt efter, hvad man nu har behov for, den enkelte patient. Nogle har behov for mere end andre, ikke også. Men derfor, hvis man skal bevares på arbejdsmarkedet, så nytter det ikke noget, at man først kommer, når man bider i græsset, ikke også. Så har man brug for at komme ind før, det tror jeg på (mand, erfaren smertepatient).

Jamen, altså, så vil jeg for eksempel flytte for mig selv. Fordi, så kan jeg isolere mig fuldstændigt, jo. Altså, når jeg bor alene jo. Og så kunne jeg måske også tage mit liv. Men altså, det tror jeg også, det er – efterhånden så er det også blevet lidt svært for mig (mand, erfaren smertepatient).

Børn:

Jamen, altså, det er svært at have en datter, som man mens hun vokser op, ikke kan løfte. Ikke også, Ikke? Og ikke kan gøre dit og dat sammen med. Det synes jeg (mand, erfaren smertepatient).

Altså, det er jo ikke - jeg vil bare også sådan, når man kan hjælpe til børnenes fritidsinteresser, ikke. Jamen, jeg kan ikke hjælpe med at slæbe noget, når de skal på spejderlejren. Eller lige stå post eller et eller andet, selvom jeg har været spejder selv, altså. Jeg kan bage en kage eller købe én hos bageren, hvis det er en dårlig dag. Altså. Fordi, så kan jeg tilbyde det. Og jeg kan ikke tilbyde andet. Og det ville jeg egentlig gerne kunne (kvinde, ny smertepatient).

Humør:

Jamen, det er jo en belastning oven i hatten, kan man sige. I forhold til de udfordringer som jeg står med i mit liv, som jeg selv har valgt, kan man sige. Fordi vi har selvfølgelig hænderne fulde med det liv vi lever. Men det er en belastning i forhold til at have de smerter, jeg har ... Og det gør jo, at lunten bliver kortere. Det gør det. Det påvirker mit humør og mit overskud. Ja. Selvom jeg siger til mig selv: Det skal ikke styre mig (lille latter). Men det gør det. Ja. Det er frustrerende at være i. Ja. Men ja (kvinde, erfaren smertepatient).

Livet med smerter er vanskeligt, uanset om de er af kort eller lang varighed. Jo længere tid der går, jo mere brydsomt, men det er bemærkelsesværdigt, hvor stor overensstemmelse

³ Der er øget risiko for selvmordsforsøg blandt kroniske smertepatienter i Danmark. (Stenager E, Christiansen E, Handberg G, Jensen B. Suicide attempts in chronic pain patients. A register-based study. Scand J Pain 2014;4-7).

der er mellem de erfarne og de nye patienters erfaringer. Brudstykkerne af deres fortællinger peger ind i deres sociale og relationelle liv, hvorfor en tidlig indsats må bygge på individuelle livsomstændigheder, ressourcer og erfaringer.

5.4.3 Patienternes ønsker og behov samt selvhjælpsstrategier

Interviewene med smertepatienterne viser et højt aktivitetsniveau og en stor kreativitet i at engagere sig i og afprøve mange forskellige selvhjælpsstrategier i forsøg på at lindre smerterne. Eksempelvis fysioterapi og mange forskellige former for fysisk aktivitet, hverdagsstrategier, som selv at tage en stol med, når man skal på besøg, anvendelse af meditation eller engagement i spirituelle sider af tilværelsen som hinduisme og / eller troen på genfødsel, 'ekstremcykling', hvor antallet af kilometer på landevejen er omvendt proportional med smertefølelsen, eller anvendelse af alternative terapiformer.

Smertepatienterne efterlyser, at der i deres behandling og forløb i sundhedsvæsenet vises en interesse for og en anerkendelse af disse selvhjælpsstrategier, da de udgør en væsentlig dimension i smertepatienternes erfaringsunivers.

I forlængelse heraf har de flere ønsker og behov som adresseres til både sundhedsvæsenet, til it-platforme og til patientforeninger. Mange er yderst tilfredse med patientforeningerne:

Det er guld ... Det giver os vilje. Det giver os håb (kvinde, erfaren smertepatient).

De oplever her mulighed for at udveksle erfaringer med ligestillede, og det nævnes af flere, at det giver en form for selvtillid og øget selvværd ikke at være alene med sine smertef erfaringer. Der er dog nogle, som beklager at 'patientforeningerne altid holder møde i dagtimerne' og at it-platformene ikke i alle tilfælde fungerer optimalt, hvilket man er meget afhængig af, når man bor i mindre samfund. Flere ønsker, at også sundhedsprofessionelle deltager i disse informationskanaler, så de kan 'snakke' med, diskutere og 'holde os på sporet'. I det hele taget efterlyses en større overskuelighed over muligheder og tilbud, også fra sundhedsprofessionelles side:

... det har været sådan lidt tilfældigt. De informationer jeg har fået (kvinde, ny smertepatient).

Såvel litteratstudiet som patientinterviewene præsenterer diskussioner om 'det psykiske'. Flere patienter opponerer mod tidligt i forløbet at blive mødt med tanker og overvejelser over, om de mon har en depression og et deraf følgende tilbud om antidepressiv medicin. De oplever det som at blive mødt med, at 'smerterne er noget som foregår i dit hoved'. Hverken i litteraturen eller i interviewene forbinder patienterne deres smertetilstand med noget psykologisk, og de tager afstand fra psykologiske og / eller psykosomatiske diagnoser. For dem handler psykiske faktorer mere om at kunne have positive tanker og håb for fremtiden. Flere har derimod været tilfredse med kognitiv terapi, som de har fået tilbudt via smerteklinik:

Men de psykologsamtaler jeg fik, de var faktisk vældig gode. Fordi hun gav mig sådan et overblik. Hun gav mig sådan en sætning, som jeg har i hovedet. Når jeg står op om morgenen og får drukket min morgenkaffe og har været i bad og har fået tøj på, så er du ligesom i gang. Det var sådan noget hun lærte mig. Så er du ligesom i gang. Okay. Så langt, så godt, ikke også. Og så lærte hun mig

det der med at få delt dagene op i intervaller. Altså, du går 8 timer på arbejde. Så har du 8 timer fri og så sover du i 8 timer. Det giver 8 timer til at komme sig i (kvinde, erfaren smertepatient).

Disse patienterfaringer og -vurderinger stemmer fint overens med et af resultaterne i denne MTV's teknologiafsnit, hvor der ikke er fundet en association mellem dårlig prognose eller udvikling af kroniske smertetilstande og psykiske symptomer som angst og depression (se s. 64).

5.4.4 Skabelse af partnerskaber

I interviewene som i litteratstudiet er der en opmærksomhed på, at personlige erfaringer er tæt knyttet til relationen til den praktiserende læge. Den praktiserende læge karakteriseres af patienterne, som en *livline* (kvinde, ny patient). Patienterne er opmærksomme på, hvordan deres henvendelse opfattes:

Men man kan jo mærke tydelig forskel på at blive modtaget, altså, taget imod og være åben overfor det, jeg siger (kvinde, ny patient).

Som nævnt er patienterne opmærksomme på, at de deltager i en forhandling uden at det vilkår måske er helt eksplicit i deres samtale med lægen. Under flere af interviewene bliver dette vilkår pludselig tydeligt for patienterne, hvorved de bliver opmærksomme på, at det også er muligt for dem at invitere til forhandling, som én her ræsonnerer sig frem til:

Ja, så man kan sige, at som patient i denne boldgade, der er det min egen opgave at være meget mere tydelig overfor min læge, kan man sige ... og videre ... desværre at man som patient skal kæmpe for sin egen undersøgelse og behandling. Det tror jeg ikke er unormalt (kvinde, erfaren patient).

Patienterne anskueliggør her de spændinger, der kan være i relationen til lægen, hvis deres forventninger til afklaring og behandling ikke imødekommes, men det præciseres også, at patienterne ønsker en forhandling, som kan føre til positiv forandring:

Fordi det er også glædeligt for mig, at der er fokus på, at man kan gøre tingene anderledes og man eventuelt kunne gøre dem bedre. Og så også på den måde prøve at inddrage nogle erfaringer. Fra mig som patient (lille latter) (mand, erfaren smertepatient).

Derudover giver patienterne udtryk for også at inkludere den sociale sektor, hvilket bidrager med ny viden i forhold til, hvad litteraturstudiet viser. Man kan næsten tale om en 'ménage à trois', da det i mange af patienternes fortællinger fremgår, at socialsektoren har stor betydning for deres smerteforløb, og at de kunne ønske sig, at der var mulighed for at koordinere og samarbejde i højere grad, end det i dag er tilfældet. Ofte udtrykker patienterne sig på samme måde om socialsektoren, som de gør om sundhedssektoren:

Jamen, jeg følte ikke, at jeg blev lyttet til. Jeg følte det faktisk ikke. Altså, det hedder sig jo at sådan en socialrådgiver jo skal afklare, hvad det er for nogle kompetencer jeg har, for at se, hvordan jeg kan komme videre. Men jeg følte jo ikke, at jeg blev lyttet til. Altså, der blev truffet nogle beslutninger, hvor jeg slet ikke var draget ind i. Den tredje arbejdsprøvning, de satte mig til, det var noget, de selv havde fundet på. Altså, der var jeg slet ikke blevet spurgt (mand, erfaren smertepatient).

eller som her:

Nej (lille latter) der skete ikke og en hat. Og jeg har faktisk skrevet både til vores borgmester her i kommunen, fordi det skal ikke bare gå uhørt hen. At de bruger et helt år af min tid, bare for at sige til mig: Vi kan ikke hjælpe dig. Og så skal jeg bare ende på kontanthjælp og så skal jeg sælge min bil og jeg skal sælge mit hus og jeg skal ... nej - (kvinde, erfaren smertepatient).

Fra patienternes perspektiv giver det god mening at etablere et partnerskab mellem patient, socialsektor og praktiserende læge, da de oplever deres hverdag med smerterne som et sammenhængende hele mellem smertesymptomer, funktionsevne og livskvalitet. Det vil også give god mening at undersøge, hvordan de pårørende bedst inddrages i et sådant samarbejde. Ud fra patienternes perspektiv er det derfor mest hensigtsmæssigt at adressere de spændinger, modsætninger og opsplittings, der måtte være mellem social- og sundhedssektor, helt tidligt i forløbet, som følgende uddrag af et interview peger på:

Interviewer: Konfronterer du dem nogensinde med det, de er uenige om?

Kvinde, ny patient: *Ja (lille latter) men de har jo stadigvæk deres idé om, hvad der skal til. Og de er jo faglige begge to. Så ja-*

Interviewer: Så du står ligesom der?

Kvinde, ny patient: *Ja, det kan godt være lidt -, men det anerkender de så også. Men derfra og til at ændre på det, det -*

5.5 Sammenfatning og diskussion

Formålet med patientperspektivet er at undersøge patienters erfaringer med smerteforløb med henblik på at afsøge betingelser, der skal være til stede for at håndtere og behandle kroniske smerter. Der er særligt med fokus på mulighed for tidlig identifikation af risiko for udvikling af kroniske smerter, samt hvorledes partnerskab mellem patient / pårørende og behandlere bedst muligt etableres.

Hvad angår litteraturgennemgange finder vi valget af databaser og kilder hensigtsmæssig, da vi er blevet præsenteret for et bredt udvalg af artikler fra et varieret udsnit af sammenlignelige internationale studier. I alt blev inkluderet 19 artikler, hvis kvalitet blev vurderet ved hjælp af CASP.

Med litteraturstudiets udvælgelseskriterier er smertepatienter og smertepatienters forløb bredt defineret. Denne tilgang har vi valgt for at sikre inklusion af artikler, som adresserer både smertepatienters erfaringer og deres erfaringer med smertebehandlingsforløb. Denne bredde viser sig anvendelig, da det ikke var muligt at finde artikler med fokus på kriteriet om patienternes erfaringer med tidlig indsats. Det betyder dog ikke, at tidlig indsats ikke er reflekteret ind i analysen. Det står tværtimod helt centralt i interviewene og i den narrative tilgang til patienternes erfaringer med smerter og smerteforløb.

I overensstemmelse med analysespørgsmålene har vi i udvælgelsen lagt vægt på at undersøge smerter på tværs af diagnoser ud fra antagelsen om, at smertepatienter på tværs af diagnoser oplever de samme typer af konsekvenser som følge af deres smerter og har samme typer af erfaringer med behandlingsforløb. Spørgsmålet om partnerskab med

pårørende har vi ikke kunnet identificere i litteraturen. Spørgsmålet om partnerskab med lægen, med andre sundhedsprofessionelle og med social- og arbejdsmarkedssektoren er for patienterne mere påtrængende, både i litteraturen og i interviewene.

Fire centrale temaer blev identificeret i litteraturen: 'udviklingen af en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse', 'konsekvenser for livet og hverdagen', patienternes ønsker og behov' samt 'skabelse af partnerskab'. Temaerne blev udvalgt ud fra et analytisk perspektiv, som ser kommunikation og forhandling mellem patient og læge som en ramme for at forstå patienternes erfaringer med smerter og smerteforløb. Identifikationen af temaer har været medvirkende til at samle litteraturens mangefacetterede udsagn til konstruktionen af en ny tilgang til smerteområdet via recovery-modellen. Litteraturgennemgangen bidrager derfor med ny viden, både ved at kæde patienternes erfaringer med smerte og deres smerteforløb sammen og ved at foreslå en anvendelse af en tilgang afprøvet og dokumenteret fra et andet område i sundhedsvæsenet, nemlig psykiatrien. I eftersøgning af mere viden på området anbefaler projektgruppen nærmere at undersøge, hvordan en indsats, byggende på denne tilgang, kan håndteres og dokumenteres.

Litteraturstudiet viser, at der ved identifikation og udredning af smerteproblematikker foregår en forhandling om afklaring mellem patient og læge om at finde frem til en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse. Det finder sted inden for en biomedicinsk og / eller en biopsykosocial forståelsesramme. Det særlige fokus binder smertepatienter og læger relationelt sammen på den måde, at selv hvor patienterne bliver bedt om at fortælle om deres erfaringer med smerter, som vi har konstateret det i interviewundersøgelsen, så fokuserer de på relationen til lægen, idet de henviser hertil som en kortere eller længere forhandlingsrelation. I de udvalgte artikler er der en interesse for at belyse dette forhold med henblik på at optimere smerteforløb.

I interviewundersøgelsen finder vi resonans for det analytiske blik på mødet mellem patient og læge som et rum for forhandling. Interviewpersonerne efterlyser en sammenhængende og fælles sygdomsforståelse, som vi også har identificeret i litteraturstudiet. Interviewene bidrager desuden med den nye viden, at både erfarne og nye patienter i udpræget grad fokuserer på den tidlige fase af deres smerteforløb, hvor begge grupper eksplicit efterlyser støtte og hjælp fra deres praktiserende læge med henblik på bedre at kunne håndtere deres smerter og potentielt undgå udvikling af smerterne. Interviewene bekræfter og udvider endvidere betydningen af lægens centrale relationelle rolle i fortællingen om smerter og smerteforløb. I forbindelse med en tidlig indsats vil det være vigtigt at gøre denne dimension tydelig ved risiko for udviklingen af kroniske smerter. Desuden tydeliggøres det i interviewene, at også relationen til social- og arbejdsmarkedssektoren er tilsvarende betydningsfuld.

Såvel nye som erfarne smertepatienter efterlyser en afklaringsproces, som fra en tidlig fase har fokus på et trestrengt perspektiv og samarbejde: symptom forfølgelse, funktionsdygtighed og livskvalitet skal iværksættes samtidig med udarbejdelse af handleplaner for alle tre domæner. Det biomedicinske perspektivs fokus på afklaring og forklaring iværksættes på domænerne symptom og funktionsevneundersøgelsen, og det biopsykosociale perspektivs fokus på forståelse overlapper på funktionsevnedomænet og på domænet for en acceptabel livskvalitet.

Figur 13: Model for tidlig indsats ud fra et patientperspektiv



Modellen afspejler patienternes erfaringer, ønsker og behov i forbindelse med en tidlig indsats for at reducere udvikling af kroniske smerter. Pilenes røde farve indikerer en tidsdimension: jo længere tid der går jo mindre er chancen for at finde en biomedicinsk forklaring på smerterne og jo større er behovet for at forstå, hvordan den enkelte i samarbejde med lægen bedst håndterer smerter, funktionsevne og livskvalitet. Tidligt i forløbet opridses de tre domæners betydning og indbyrdes sammenhæng i forbindelse med smerter, og der aftales handleplaner for alle tre domæner.

6 Organisation

Delkonklusion: organisationsperspektiv

Formålet med organisationskapitlet er at beskrive organiseringen af den nuværende indsats til smertepatienter samt at undersøge mulige modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter.

Den organisatoriske analyse er foretaget ved hjælp af et systematisk litteraturstudie med inklusion af 12 studier, fortrinsvis forløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og guidelines samt en interviewundersøgelse blandt centrale sundhedsprofessionelle aktører involveret i indsatsen til smertepatienterne.

Den nuværende organisering beskrives mest præcist som en 'seriel samarbejdsmodel', forstået som en række udrednings- og behandlingsopgaver struktureret i serielle forløb på tværs af fagdiscipliner og sektorer. De indledende vurderinger, den primære behandling og tovholderfunktionen er placeret i almen praksis. Øvrige centrale sundhedsprofessionelle aktører er praktiserende specialiserede behandlere, hospitalsspecialer samt smertecentre og smerteklinikker. Analysen viser, at den samlede indsats er karakteriseret ved manglende retningslinjer, stor praksisvariation og regionale forskelle. Desuden udfordres indsatsen af begrænset kommunikation og koordination mellem de tværdisciplinære og tværsektorielle overgange, og af lange ventetider på specialiseret udredning og behandling. Især disse aspekter skaber barrierer for muligheder for en tidlig og målrettet indsats til smertepatienter.

På baggrund af litteraturstudiet identificeres to modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats. Det drejer sig om 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering' og 'Integreret hierarkisk behandling'. Særlig den førstnævnte vurderes til at være anvendelig i organisering af en tidlig og målrettet indsats. Men der findes ikke studier af modellernes økonomiske og kliniske konsekvenser og effekter, hvorfor projektgruppen anbefaler, at der planlægges og gennemføres studier af dette for at kunne foretage et begrundet valg af fremtidig model. Det er endvidere projektgruppens vurdering, at en styrkelse af indsatsen til smertepatienter kan ske inden for rammerne af den aktuelle serielle organisationsmodel ved at adressere de udfordringer, som er fundet på baggrund af organisationsanalysen, nemlig fokus på standardisering af den formelle og uformelle kommunikation, koordinering, rollefordeling og arbejdstilrettelæggelse.

6.1 Indledning

Som en del af denne MTV er der gennemført en organisatorisk analyse af den aktuelle organisering af indsatsen⁴ til smertepatienter samt af potentielle organiseringer af tidlig og målrettet indsats til smertepatienter. Analysens første del begrundes i et fravær af en beskrivelse af, hvordan indsatsen til smertepatienter er organiseret i en dansk kontekst.

⁴ Indsats dækker her både vurdering, udredning / diagnostik, behandling og opfølgning.

Analysens anden del er gennemført for mulige organisatoriske svar dels på teknologiperspektivets resultater, der peger på behov for at styrke behandlingen af smertepatienter gennem tidlig og stratificeret indsats, og dels på patientperspektivets efterlysning af bedre organisering af indsatsen generelt og tilrettelæggelse af tidlig indsats specifikt. Det er derfor væsentligt i en national og international kontekst at undersøge organisatoriske modeller for tilrettelæggelse af tidlig indsats samt belyse mulighederne for implementering af sådanne modeller i en dansk kontekst.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af formål, analysespørgsmål og anvendte metoder. Dernæst følger beskrivelse af den aktuelle organisering af indsatsen efterfulgt af præsentation af mulige organisatoriske modeller til tidlig og målrettet indsats. Afslutningsvis diskuteres og perspektiveres resultater af organisationskapitlets analyser.

6.1.1 Formål

Formål med organisationsanalysen er:

1. At beskrive organisering af den aktuelle indsats til smertepatienter i Danmark.
2. At beskrive modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter.

6.1.2 Analysespørgsmål

Organisationskapitlets analyser struktureres omkring to sæt af analysespørgsmål, der er relateret til analysens todelte formål:

Analysespørgsmål del 1:

- Hvordan er indsatsen til smertepatienter organiseret i dag? Herunder:
 - Hvordan vurderes behandlingsbehovet hos den praktiserende læge og andre relevante sundhedsprofessionelle?
 - Hvordan foregår vurderingen af smertepatienters risiko for at udvikle nedsat funktions- og / eller arbejdsevne blandt praktiserende læger i dag?

Analysespørgsmål del 2;

- Hvilke erfaringer findes nationalt og internationalt for organisering af tidlig indsats til smertepatienter?
- Hvordan kan organisering af tidlig indsats til smertepatienter potentielt implementeres i Danmark?
- Hvilke organisatoriske udfordringer og konsekvenser vil det medføre for praksis?

6.2 Metode

Da der ikke i tilstrækkelig grad findes litteratur om organiseringen af den nuværende indsats til smertepatienter i Danmark er denne del af undersøgelsen baseret på en interviewundersøgelse med sundhedsprofessionelle aktører i almen praksis samt på offentlige og private smertecentre, fordelt på landets fem regioner. Belysningen af nationale og internationale erfaringer med organisering af tidlig indsats til smertepatienter er baseret på et systematisk litteraturstudie. Søgstrategi, in- og eksklusionskriterier, kvalitetsvurdering mv., som er ensartet for de fire MTV-perspektiver, er beskrevet i kapitel 3 om metode.

Nedenstående beskrives de metodemæssige aspekter, som er specifikke for organisationsafsnittet.

6.2.1 Litteraturstudiet

In- og eksklusionskriterier

Udvælgelsen af litteratur til belysning af organisationsperspektivet blev begrænset til studier foretaget i en henholdsvis dansk, norsk, svensk, engelsk, skotsk, canadisk og hollandsk kontekst med henblik på sammenlignelighed med organisatoriske strukturer i det danske sundhedsvæsen. In- og eksklusionskriterier var desuden, at litteraturen skulle belyse organiserings- og implementeringsaspekter i forbindelse med tidlig indsats / risikostratificering / stepped care.

Kvalitetsvurdering

Kvaliteten af de inkluderede studier blev vurderet ved hjælp af EUnetHTA's 'HTA Adaptation Toolkit' til vurdering af MTV'er [108], 'AGREE Instrument' til vurdering af guidelines og kliniske retningslinjer [109], og CASP til vurdering af øvrige kvalitative studier (for beskrivelse af CASP, se kapitel 3). Hvad angår AGREE-vurderingen anvendte vi på et overordnet niveau tjeklisten til at kvalitetsvurdere kvaliteten, men vi foretog ikke en graduering af studiernes kvalitet.

6.2.2 Interviewundersøgelsen

Interviewundersøgelsen blev gennemført som telefoninterview med to centrale grupper af sundhedsprofessionelle aktører i smerteudrednings- og behandlingsregi: alment praktiserende læger samt centrale læger og sygeplejersker på offentlige og private tværfaglige smertecentre. Den øvrige praksissektor, de specialiserede behandleres og hospitalspecialernes funktioner og opgaver i indsatsen til smertepatienterne er søgt afdækket gennem de praktiserende lægers og læger / sygeplejersker på smertecentrenes indblik heri. Det kan ikke udelukkes, at en direkte inddragelse af disse aktører i interviewundersøgelsen ville have bibragt andre synspunkter og perspektiver på indsatsen til smertepatienterne.

Udvælgelse af interviewpersoner

Via de fem regionale praksiskoordinatorer blev to praksiskonsulenter for hver region udvalgt og kontaktet med henblik på deltagelse i interview. Praksiskonsulenterne blev udvalgt på baggrund af deres funktion inden for smertebehandlingsområdet, og derigennem deres viden om og erfaring med hvad der karakteriserer almen praksis inden for smerteudredning og behandling. Af de i alt 10 kontaktede læger deltog seks i interviewene (to fra Region Hovedstaden, en fra Region Midtjylland, en fra Region Sjælland og to fra Region Syddanmark).

Samtlige regionale tværfaglige smertecentre blev kontaktet med henblik på interview af en af deres centrale læger og / eller sygeplejersker (Smertecenter Syd, Neurologisk Afdeling, Aarhus Sygehus, Smertecenter Rigshospitalet, Tværfagligt Smertecenter Aalborg, Tværfagligt Smertecenter Herlev og Regionalt Smertecenter Køge). Derudover blev tre af landets ni private tværfaglige smertecentre kontaktet under hensynstagen til en geografisk spredning. Herfra deltog overlæger fra henholdsvis SmerteCenter Skørping, Den Private Smerteklinik Herlev og Allévia Tværfaglige Smertecenter i interviewundersøgelsen.

Gennemførelse af interview og analyse

Der blev gennemført i alt 15 interview med afsæt i en interviewguide udarbejdet af to projektgruppemedlemmer. Guiden blev informeret af organisationsanalysens analyse-spørgsmål og kommenteret af øvrige projektgruppemedlemmer (se bilag 3 for interview-guides). Hvert interview varede 30 -45 minutter. Interviewene blev med informanternes samtykke optaget og efterfølgende transskriberet. Der blev foretaget en tematiseret analyse med afsæt i en tematisk kodning af interviewtransskriberingerne og ud fra gentagne læsninger af transskriberingerne.

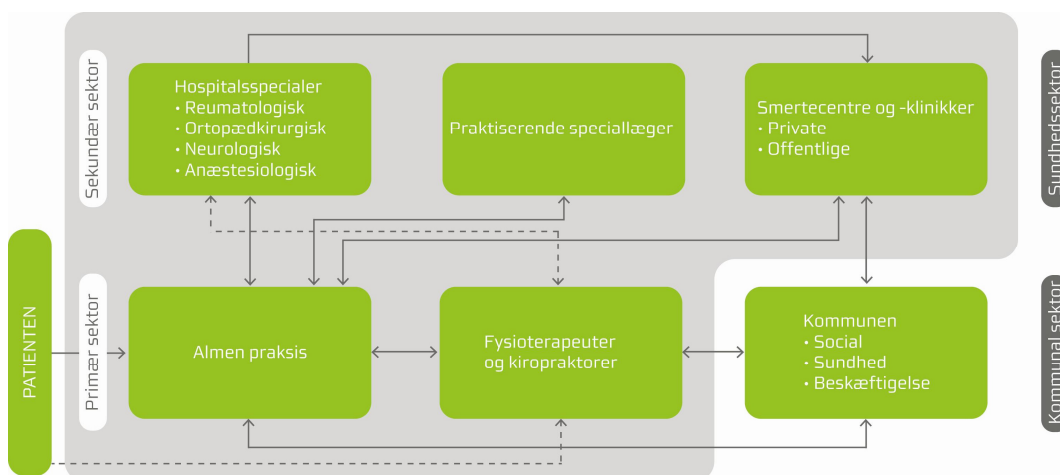
6.3 Interviewundersøgelse: den aktuelle organisering

Nedenfor beskrives den aktuelle organisering af indsatsen til smertepatienter i Danmark, hvad angår vurdering, udredning og behandling. Da beskrivelsen er frembragt og struktureret på baggrund af analyse af interviewmaterialet udgør den ikke nødvendigvis en udtømmende beskrivelse.

6.3.1 Model for smertebehandlingens aktuelle organisering

De involverede fagprofessionelle aktører og deres indbyrdes forbindelser i den aktuelle indsats til danske smertepatienter er illustreret i figur 14.

Figur 14: Nuværende organisering af indsatsen til smertepatienter



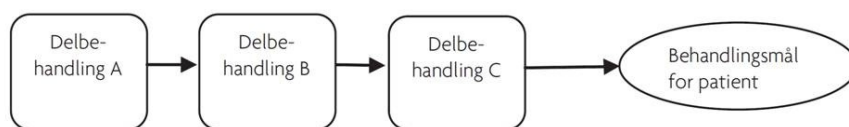
Figuren viser, at smertepatienter håndteres på tværs af såvel forskellige specialer som forskellige sektorer. Modellen kan karakteriseres ved hjælp af den amerikanske organisationsteoretiker James D. Thompson's [111] modeller for tværdisciplinært samarbejde, som bl.a. Løvschall et al. har anvendt i en dansk sundhedsfaglig kontekst⁵ [110]. Løvschall et al. anvender Thompson's teoretiske modeller til at kategorisere og beskrive tværsektorielle samarbejder og behandlingsforløb på rygområdet. Der differentieres mellem

⁵ Thompson's [111] teoretiske samarbejdsmodeller er valgt som teoretisk afsæt med den begrundelse, at de for praksis repræsenterer relevante og identificerbare idealtyper for samarbejdsrelationer og forløb, og herigennem bidrager til at diskutere hensigtsmæssigheder og udfordringer ved forskellige organiseringsformer. Nyere organisatorisk teori om tværsektorielle forløb, fx Alter C, Hager J. Organizations working together. London: Sage Publications, 1993 og Seemann J, Antoft R. Shared Care: samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus, København: FLOS, 2002, lægger mere vægt på netværksbaserede modeller, og ville derfor formentlig forholde sig kritisk til teoriens tilstrækkelighed i forhold til at diskutere hensigtsmæssige organiseringsformer og samarbejde.

fire samarbejdsmodeller, henholdsvis 'den uafhængige samarbejdsmodel', 'den parallelle samarbejdsmodel', 'den serielle samarbejdsmodel' og 'den gensidige samarbejdsmodel'. Det ligger uden for rammerne af denne MTV at beskrive de enkelte samarbejdsmodeller mere indgående, men de udfoldes, hvor det er relevant i beskrivelsen af den aktuelle organisering.

Overordnet har organisering af smerteforløb samme karakteristika som den serielle samarbejdsmodel, som er kendetegnet ved en horisontal opdeling af arbejdsopgaver mellem de involverede fagprofessionelle. De enkelte arbejdsopgaver følger efter hinanden i en kæde, hvor det som den ene faggruppe gør, får indflydelse på det, den næste gør. Den serielle samarbejdsmodel er illustreret i figur 15.

Figur 15: Den serielle samarbejdsmodel



Illustrationen af samarbejdsmodellen er udviklet af Løvschall et al. (2010).

I overensstemmelse med den serielle samarbejdsmodel karakteriseres smertepatienternes forløb ved, at forskellige fagprofessionelle aktører udfører forskellige delhandlinger knyttet til udredning og behandling. På den måde bevæger patienterne sig i serielle forløb frem og tilbage mellem de forskellige involverede specialer og sektorer, afhængig af resultaterne af de enkelte udredninger og behandlinger. Patientens forløb bliver oftest indledt i almen praksis, og praktiserende læge fungerer som 'tovholder' for det samlede patientforløb (jf. figur 14). Især overgangene mellem de enkelte delbehandlinger kan være en udfordring i serielle forløb [110], hvilket udfoldes senere i dette kapitel. Nedenfor beskrives de involverede aktører og deres indbyrdes relationer.

6.3.2 Sundhedsprofessionelle aktører i organisering af smertebehandling

Almen praksis

De praktiserende læger beskriver smertepatienter som en patientgruppe, der fylder meget i almen praksis. Gruppen er tidskrævende, da den udgør en betragtelig del af den samlede patientgruppe, som henvender sig i almen praksis. Af flere af de interviewede praktiserende læger skønnes det, at min. halvdelen af deres patienter henvender sig i almen praksis på grund af smerter. Dertil kommer, at patientgruppen i både det akutte og det planlagte arbejde optræder i forhold til mange typer arbejdsopgaver, fx udredning, behandling, henvisning, receptudskrivning og kontrolbesøg. Almen praksis har således flere væsentlige funktioner i relation til smertepatienter. Funktionerne drejer sig om udredning, vurdering og diagnostik, herunder at udelukke tilstedeværelsen af akut somatisk sygdom, at varetage primær behandling samt, som nævnt at varetage tovholderfunktionen i forhold til det samlede patientforløb.

For majoriteten af smertepatienter er praktiserende læge den indledende kontakt med sundhedsvæsenet, og den initiale udredning og vurdering foregår dermed her. For en mindre del af patientgruppen udgør fysioterapeut eller kiropraktor den første kontakt (jf. figur 14). Udredningsforløbet afhænger af smerternes genese hos den enkelte patient, men indbefatter overordnet fysisk undersøgelse og anamnese med henblik på at udelukke

akut sygdom og herefter, evt. suppleret med yderligere analyse af smerternes karakter, at vurdere behovet for behandling. Der kan i forbindelse med udredningen være behov for at inddrage hospitalsspecialer og andre specialiserede behandlere. På baggrund af udredningens resultater påbegyndes smertebehandlingen, der afhænger af smerternes genese. Overordnet er der tale om en kombination af farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling, fortrinsvis samtaleterapi og fysioterapi. Behandlingen i almen praksis kan suppleres af behandling ved relevante hospitalsspecialer og specialiserede behandlere.

Det fremgår af interviewene, at den lægefaglige vurdering i forhold til både udredning og behandling i høj grad beror på den enkelte praktiserende læges faglige erfaringer, skøn og de tilstedeværende behandlingsmuligheder i den aktuelle region. Anvendelsen af kliniske retningslinjer er yderst begrænset på grund af deres udbredte fravær på smerteområdet. Det har bl.a. den konsekvens, at der mellem de praktiserende læger er en betydelig variation i tilgangen til og behandlingen af smertepatienter.

De to idealtypiske sygdomsforklaringsmodeller, som præsenteres i patientperspektivet - den biomedicinske og den biopsykosociale model - kan genkendes i den måde, de praktiserende læger omtaler tilgang til og behandling af smertepatienter. De to modeller er i varierende grad i spil blandt de praktiserende læger. Nogle praktiserende læger giver udtryk for en behandlingstilgang, som primært er i overensstemmelse med den biomedicinske forklaringsmodel, hvor identifikation og behandling af smerter er orienteret mod biologiske 'fejl', og behandlingen er af farmakologisk art [102]. Andre praktiserende læger omtaler i højere grad indsatsen til smertepatienter i overensstemmelse med den biopsykosociale forklaringsmodel i samtidige og interagerende fysiologiske, psykologiske og sociale termer. Tilsvarende er de i behandlingen orienteret mod en indsats, der kan rumme alle tre aspekter, omend de tre elementer vægtes forskelligt i forhold til, hvad der er relevant og ønskværdigt for den enkelte patient. Det gælder for denne gruppe af læger, at den farmakologiske behandling suppleres af ikke-farmakologisk behandling som fx samtaleterapi og fysioterapi. Endelig kan de to modeller være overlappende, idet nogle af lægerne italesætter en bevægelse fra den biomedicinske til den biopsykosociale forklaringsmodel efterhånden som smertepatienternes sygdomsforløb skrider fremad og behandlingsmuligheder udtømmes.

Hospitalsspecialer og specialiserede behandlere

Som en del af udrednings- og behandlingsforløbet i almen praksis (og for nogle patienters vedkommende hos fysioterapeuter og kiropraktorer) kan hospitalsspecialer og / eller specialiserede praktiserende behandlere i primær og sekundær sektor inddrages (jf. figur 14). Disse indbefatter fortrinsvis reumatologer, neurologer, anæstesiologer og ortopædkirurger på sygehusene samt praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og neurologer⁶.

⁶ I Sundhedsstyrelsens eksisterende Specialevejledning for anæstesiologi (juni 2013) fremgår det, at specialet bl.a. indgår i det multidisciplinære samarbejde omkring diagnostik og behandling af kroniske non-maligne smerter (<3-6 mdr.). På et generelt organisatorisk niveau forventes kroniske smertepatienter varetaget som "shared care" mellem primær sektor og smertecentre/-klinikker. Det fremgår af specialevejledningen, at behandlingen af kroniske non-maligne smertetilstande bør foregå i tværfaglige teams på sygehuse, og på regionsfunktionsniveau bør de komplekse kroniske non-maligne smertetilstande, som kræver en multidisciplinær tilgang ud fra biopsykosociale perspektiver, foregå i et tværregionalt samarbejde med inddragelse af såvel offentlige som private hospitaler og smertecentre. Overordnet vurderes det hensigtsmæssigt med en øget profylaktisk indsats med henblik på at reducere risikoen for udvikling af kroniske smertetilstande.

Henvisning til specialiserede behandlere og / eller hospitalsspecialer foretages hovedsageligt af to årsager. Dels som en supplerende professionel vurdering af patienten, herunder at gennemføre specialiserede undersøgelser som MR-scanning eller røntgen, og dels med henblik på udredning og behandling af somatiske årsager til smerten, fx en diskusprolaps, dårlig hofte mv. Hvilket speciale henvisningen bliver rettet mod afhænger af patientens symptomer. For kiropraktorerne og fysioterapeuterne gælder endvidere, at de for nogle patienters vedkommende bliver inddraget som en del af behandlingsforløbet i almen praksis.

Det fremgår af interviewene med de praktiserende læger, at hospitalsspecialerne og de specialiserede behandlere kun bliver inddraget for et mindretal af smertepatienterne, uden at denne andel dog kan specificeres. Desuden fremgår det, at hovedparten af patienterne, som bliver sendt til specialiseret udredning og behandling, efterfølgende kommer tilbage til almen praksis (jf. figur 14). Endelig giver nogle af de interviewede læger udtryk for, at der er betydelige ventetider, særligt til hospitalsspecialerne. Det behandles yderligere i senere afsnittet.

Tværfaglige smertecentre

For gruppen af smertepatienter, hvor behandling i almen praksis og blandt relevante specialiserede behandlere og hospitalsspecialer ikke er tilstrækkelig, tilbydes specialiseret behandling på smerteklinikker. Inden for og på tværs af regionerne findes forskellige typer af smerteklinikker. Overordnet kan skelnes mellem *monofaglige smerteklinikker*, *tværfaglige smerteklinikker* og *tværfaglige smertecentre*. Differentieringen beror på klinikernes personalesammensætning og deraf behandlingstilbud. Mens de monofaglige smerteklinikker varetages af læger og sygeplejersker og alene består af optimering af den farmakologisk smertebehandling, forvaltes de tværfaglige smerteklinikker og -centre af et tværfagligt sammensat personale, og behandlingstilbuddet er her tværdisciplinært. Forskellen mellem de tværfaglige smertecentre og -klinikker er, at smertecentrene foruden patientbehandling varetager forsknings- og udviklingsopgaver samt undervisning. Såvel de monofaglige smerteklinikker som de tværfaglige smertecentre og smerteklinikker er placeret i både offentligt og privat regi. Beskrivelsen her tager udgangspunkt i de tværfaglige smertecentre og fokuserer på deres indbyrdes ligheder, mens de væsentligste forskelle beskrives senere i afsnittet⁷.

Henvisning til et smertecenter sker primært fra praktiserende læge og i nogle tilfælde fra hospitalsspecialer (jf. figur 14). Det interviewede sundhedspersonale fra smertecentrene skønner, at 75-95 % af deres patienter henvises fra praktiserende læge, mens de resterende 5-25 % henvises fra hospitalsafdelinger⁸. Desuden vurderer de interviewede praktiserende læger, at under 1 % af det samlede antal smertepatienter henvises til specialiseret behandling på et smertecenter eller en smerteklinik. På tværs af smertecentrene gælder, at behandling er målrettet en klart defineret patientgruppe, hvilket afspejles i veldefinerede kriterier for henvisning og afvisning af patienter. For at kunne blive behandlet på et smertecenter skal patienterne have non-maligne, kroniske smerter

⁷ Smerteklinikken, Neurologisk Afdeling, Aarhus Sygehus adskiller sig væsentligt fra de øvrige smertecentre både hvad angår patientmålgruppe, behandlingstilbud og tilgang, og inkluderes således ikke i den samlede beskrivelse. En kort beskrivelse af smerteklinikken findes under '6.3.4 Regionale forskelle'.

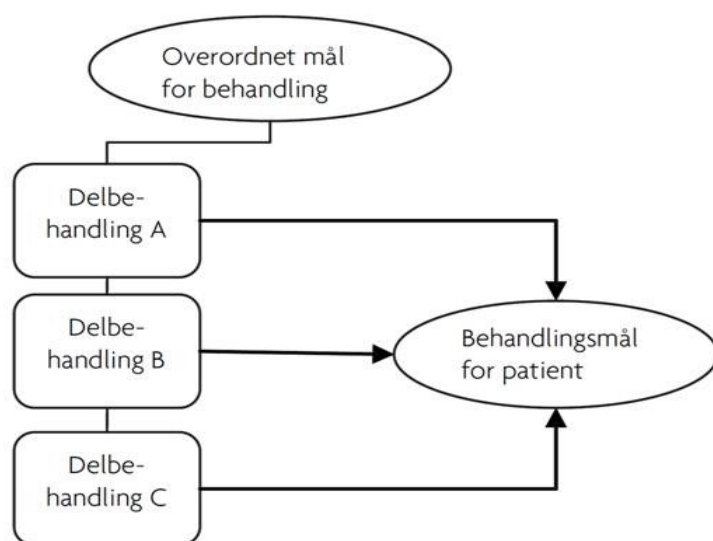
⁸ I Region Syddanmark henvises dog udelukkende fra praktiserende læger.

med en varighed over 6 måneder. Hertil kommer, at patienter skal være færdigudredte og færdigbehandlede i de relevante specialer. For hovedparten af smertecentrene er der ikke begrænsninger i forhold til smertelokalisation, dog gælder for smertecentrene i Region Hovedstaden og Region Sjælland, at hovedpinepatienter viderehenvises til Dansk Hovedpinecenter i Glostrup. Mellem smertecentrene er der dog mindre forskelle i hyppigheden af forskellige typer af smertelokalisationer, men fælles for dem er, at størstedelen af patienter er rygpatienter. De enkelte smertecentres behandlingskapacitet udgør ca. 400-500 nye patienter årligt. De fleste af smertecenterlægerne vurderer, at der bliver henvist det dobbelte antal patienter, hvilket resulterer i lang ventetid på behandling (uddybes nedenfor).

Af interviewene med sundhedspersonale i smertecentrene fremgår det, at behandlingen tager udgangspunkt i den biopsykosociale forklaringsmodel. Det afspejles i smertecentrenes sammensætning af fagprofessionelle aktører, som med mindre variationer smertecentrene imellem rummer både læger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere. Den biopsykosociale tilgang afspejles også i tilrettelæggelsen af behandlingsforløb, der alle organiseres helhedsorienteret og tværdisciplinært i en række af delbehandlinger inden for et koordineret overordnet behandlingsforløb (se nedenfor).

Med henvisning til Thompson's (1967/2003) teoretiske modeller for tværdisciplinært samarbejde er det karakteristisk for organiseringen af behandlingsforløb på smertecentrene, at det udformes som et kombineret 'serielt' og 'parallelt' forløb [110, 111]. Teoretisk betyder det, at behandlingsforløb og samarbejde delvist er struktureret sådan, at de enkelte delbehandlinger foregår parallelt og samtidigt inden for rammerne af et fælles besluttet overordnet behandlingsmål, og delvist sådan at den ene delbehandling serielt følger efter den anden i en besluttet rækkefølge [110]. Det serielle forløb og samarbejde er illustreret i figur 15 ovenfor. Det parallelle forløb og samarbejde er illustreret i figur 16 nedenfor.

Figur 16: Den parallelle samarbejdsmodel



Illustrationen af samarbejdsmodellen er udviklet af Løvschall et al. (2010).

Den kombinerede serielle og parallelle samarbejdsmodel praktiseres på smertecentrene sådan, at behandlingsforløbet består af et serielt indledningsforløb bestående af en

indledende konsultation med grundig fysisk undersøgelse, anamnese og gennemgang af medicinliste hos læge og sygeplejerske, på de fleste smertecentre suppleret med vurdering hos fysioterapeut og psykolog, og efterfølgende en tværfaglig konference med deltagelse af alle smertecentrets faggrupper. På konferencen bliver det videre behandlingsforløb fastlagt og efterfølgende præsenteret for patienten. Behandlingsforløbet foregår herfra som et parallelt forløb bestående af en række forskellige delbehandlinger varetaget af de forskellige faggrupper, men i en tæt tværfaglighed og med opgaveglidning over faggrænser. Delbehandlingerne indbefatter med mindre variationer smertecentrene imellem:

- Medicinsanering og medicinoptimering varetaget af læge og sygeplejerske.
- Drøftelser af smerteopfattelsen, introduktion til den biopsykosociale forklaringsmodel, livsstilssamtaler omfattende KRAMS-faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion og stress) varetaget af sygeplejerske og evt. suppleret af læge.
- Kognitiv terapi med fokus på smertemestring, accept af situationen og behandling af problemstillinger som angst og depression, varetaget af psykolog. Kognitiv terapi tilbydes både individuelt og i grupper. I nogle smertecentre kombineres den kognitive terapi med kurser i mindfulness.
- Smerteskoler i nogle smertecentre, dvs. gruppeforløb om smerter og redskaber til håndtering af smerte og funktionsevnenedsættelse, varetaget af en sammensat gruppe af fagprofessionelle (sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer, læger og i nogle tilfælde socialrådgivere).
- Fysioterapi med fokus på ændring af uhensigtsmæssige bevægemønstre, træning og instruktion i øvelser til hjemmetræning med henblik på fastholdelse eller øgning af patientens funktionsevne, varetaget af fysioterapeut.
- Støtte til kommunikation med kommunen om afklaring af sociale og arbejdsmarkedsrelaterede sager, varetaget af socialrådgiver.

Forløbet sammensættes for hvert enkelt patient med udgangspunkt i patientens individuelle behandlingsbehov og ønsker, og under hensyntagen til hvad der er mest presserende samt mest hensigtsmæssigt i forhold til den tværdisciplinære tilrettelæggelse af behandlingerne. Undervejs i det parallelle behandlingsforløb foretages statusvurderinger sammen med de involverede fagprofessionelle.

Med henvisning til Thompson og til Løvschall et al. er det centralt for tværdisciplinære samarbejder og behandlingsforløb, at delbehandlingerne er koordinerede. Smertecentrenes konkrete koordineringsmekanismer er sparsomt udfoldet i interviewene, men det fremgår, at de parallelle delbehandlinger overordnet bliver koordineret inden for rammerne af et samlet behandlingsmål. Det er et behandlingsmål, som i overensstemmelse med smertecentrenes biopsykosociale tilgang, er at støtte patienterne i at opnå en forbedret livskvalitet gennem smertelindring, forbedret smertemestring og optimeret funktionsevneniveau. Behandlingsmålet indbefatter således ikke nødvendigvis helbredelse. Behandlingsforløbet afsluttes med en konsultation med samme læge og sygeplejerske, som foretog den indledende konsultation. Konsultationen finder sted, når patienten vurderes velbehandlet eller ikke kan tilbydes yderligere behandling. Behandlingsforløbet strækker sig typisk over seks måneder til halvandet år. Efter afsluttet behandling i smertecentret overgår patienten til almen praksis (jf. figur 14).

På trods af de mange lighedspunkter mellem de offentlige og private smertecentre adskiller de sig på flere områder. Den umiddelbart mest iøjnefaldende forskel er ventetid

på behandling. Hvor ventetiden på de offentlige smertecentre gennemsnitligt er ca. et år (med en spredning fra seks uger til op mod to år), er ventetiden til de private smertecentre ca. en til fire uger. Den lange ventetid på de offentlige smertecentre behandles yderligere senere i afsnittet. Også henvisningsprocedurerne adskiller sig. Mens henvisning til offentlige smertecentre foregår fra både praktiserende læger og hospitalsafdelinger, er majoriteten af henvisninger til de private smertecentre omvisiterede patienter fra offentlige smertecentre blandt de patienter, som ønsker at benytte rettigheden til privat aktør i henhold til 'det udvidede frie sygehusvalg', som følge af behandlingsgarantien. Foruden omvisiterede patienter modtages selv- og forsikringsbetalende patienter på de private smertecentre.

Endelig skal nævnes, at de offentlige og private smertecentre i vid udstrækning tilbyder samme typer behandling, men at delbehandlingerne i privat regi er udformet som en række moduler, der er oprettet i en kontrakt mellem Danske Regioner og de private smertecentre, som er godkendt til at udføre tværfaglig smertebehandling under det udvidede frie sygehusvalg. Behandlingsplanen bestående af modulerne skal godkendes af den henvisende enhed, før behandlingsforløbet kan påbegyndes. Behandlingsplanen og modulsammensætningen kan undervejs i patientforløbet revideres og / eller udvides, hvis arbejdet med patienten viser behov for det. Dette sker ved anmodning til det offentlige smertecenter, hvorfra patienten er henvist. Nogle praktiserende læger og læger på de offentlige tværfaglige smertecentre omtaler behandlingen på de private smertecentre som af dårligere kvalitet end behandlingen på de offentlige smertecentre, som en konsekvens af behandlingens strukturelle udformning.

6.3.3 De tværsektorielle og tværdisciplinære relationer

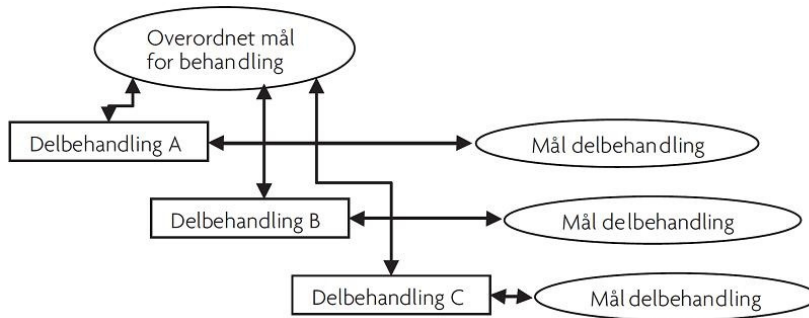
Som nævnt i indledningen af analysen kan organiseringen af den samlede sundhedsfaglige indsats til smertepatienter overordnet karakteriseres som en række delbehandlinger ordnet i serielle forløb på tværs af sektorer og specialer. Med henvisning til Thompson og Løvschall et al. er kommunikation mellem og koordination af delbehandlingerne afgørende for et virksomt serielt forløb. En væsentlig forudsætning for en velfungerende organisering af indsatsen er dermed, at der mellem de involverede fagprofessionelle, som er ansvarlige for de enkelte delbehandlinger, foregår en aktiv og fremadrettet kommunikation i forbindelse med 'overlevering' af patienten, og desuden at de enkelte delbehandlinger tilrettelægges og koordineres efter klare mål for det samlede forløb [110, 111].

Med disse principper indlejret i den serielle samarbejdsmodel er smerteindsatsens tværdisciplinære og tværsektorielle relationer og overgange utilstrækkelige. Baseret på såvel de praktiserende lægers udsagn som udsagn fra smertecentrenes læger er overgangene snarere karakteriseret ved begrænset kommunikation, forstået som fortrinsvis passiv og bagudrettet informationsoverlevering i form af skriftlige henvisninger og epikriser. Også koordineringen forekommer mangelfuld sammenlignet med fordringerne i den serielle samarbejdsmodel. På tværs af interviewene fremgår det, at smertebehandlingen er karakteriseret ved en selvstændig tilrettelæggelse af de respektive aktørers delbehandlinger inden for rammerne af egne retningslinjer, specifikke viden og opstillede behandlingsmål frem for i forhold til det samlede patientforløb og patientens samlede situation.

Forløbenes tværsektorielle og tværdisciplinære kommunikation og koordinering er på den baggrund frem for en 'seriel samarbejdsmodel' snarere karakteriseret ved en 'uafhængig

samarbejdsmodel'. Denne korresponderer netop med en situation, hvor opgaverne er horisontalt specialiserede mellem forskellige aktører, og hvor den overordnede målsætning med smertebehandlingen er det eneste, som koordinerer forløbene. Det er en samarbejdsmodel, som ikke fordrer egentlig kommunikation mellem aktørerne, men lader sig begrænse til passiv og bagudrettet informationsoverlevering [110, 111]. Den uafhængige samarbejdsmodel er illustreret i figur 17 nedenfor.

Figur 17: Den uafhængige samarbejdsmodel



Illustrationen af samarbejdsmodellen er udviklet af Løvschall et al. (2010).

Afslutningsvis skal det nævnes, at patientforløbene struktureres på den måde, at den sundhedsprofessionelle aktør, som har den pågældende patient i behandling, fungerer som den styrende behandler, dvs. fx den der udskriver medicin og har den primære kontakt til patienten. Hvis denne aktør er smertecentret eller en anden specialiseret behandler, informeres den praktiserende læge løbende gennem epikriser, da den praktiserende læge fortsat fungerer som den generelle tovholder på patientens forløb.

6.3.4 Regionale forskelle

Mellem de enkelte regioner er der trods de oven for beskrevne omfattende ligheder også organisatoriske forskelle i indsatsen til smertepatienterne. Det er forskelle, som relaterer sig dels til den praktiske organisering internt i regionerne og dels til varierende initiativer rettet mod forbedring af indsatsen.

Der er forskel på mulighederne for specialiseret smertebehandling imellem regionerne, og dermed også hvilke henvisningsmuligheder de praktiserende læger har i forhold til de komplicerede patienter. Mest fremtrædende er Smerteklinikken, Neurologisk Afdeling, Aarhus Sygehus, Region Midtjylland, som i modsætning til de øvrige regioners offentlige smertecentre ikke behandler alle typer af smertepatienter. Af interviewet med Smerteklinikken fremgår det, at kun patienter med neurogene smerter, dvs. smerter der skyldes beskadigelse af eller forstyrrelser i nervesystemet, behandles her. Personalesammensætningen og behandlingstilbuddet er dog som ved de øvrige smertecentre tværdisciplinære. Manglen på et offentligt smertecenter betyder, at de øvrige smertepatientgrupper i Region Midtjylland bliver omvisiteret til private smertecentre eller til andre specialiserede behandlere, fx Rygcenter Silkeborg. Dog er der i øjeblikket ved at blive etableret et tværfagligt smertecenter uden begrænsninger i patientmålgruppen.

Mellem de øvrige regioner er der forskel på antallet af tværfaglige smertecentre. I Region Nordjylland er der et smertecenter, i Region Syddanmark tre smertecentre og i Region

Sjælland samt Region Hovedstaden to. Endelig er der, som ovenfor nævnt, forskel mellem regionerne på varighed af ventetid til behandling på offentlige tværfaglige smertecentre.

Hvad angår de regionale forskelle i initiativer rettet mod forbedring af indsatsen til smertepatienterne rummer dette to aspekter; dels forbedring af de tværdisciplinære og tværsektorielle samarbejder, dels optimering af de sundhedsprofessionelle aktørers kompetenceniveau. Med hensyn til samarbejderne har smertecentrene i Region Syddanmark fx etableret en smertehotline, hvor praktiserende læger har mulighed for at konsultere smertecentrenes specialister vedrørende håndtering og behandling af akutte og kroniske smertepatienter. Også Smertecenter Køge tilbyder lignende telefonrådgivning til praktiserende læger. Disse forskellige initiativer kan betragtes som udvidelser af 'det uafhængige samarbejde', som overordnet karakteriserer relationerne, jf. ovenfor, i retning mod tværdisciplinære og tværsektorielle serielle samarbejdsrelationer.

Hvad angår kompetenceudvikling arrangerer fx Smertecenter Syd i Region Syddanmark 'gå hjem-møder' for praktiserende læger. Formålet er at forbedre de praktiserende lægers kendskab til og kompetencer inden for smertebehandling, så flere smertepatienter kan varetages i almen praksis. På lignende vis tilbyder bl.a. Regionalt Smertecenter Køge, det private tværfaglige smertecenter Allévia i Region Midtjylland og Region Sjælland, og Den Private Smerteklinik i Herlev undervisning i smertebehandling for de praktiserende læger i deres tolvmandsgrupper (dvs. lokale efteruddannelsesgrupper).

6.3.5 Udfordringer ved den aktuelle organisering

Mellem de praktiserende læger og smertecentrenes læger og sygeplejersker er der ensartede synspunkter på organiseringsformens centrale udfordringer og løsninger herpå. Der er mindre forskelle i ordlyden og vægtningen af de valgte problematikker, afhængig af aktørernes forskellige placering i udrednings- og behandlingsforløbet. Desuden skal det påpeges, at løsningsforslag under interviewene blev fremsat på et forholdsvis uspecifikt niveau, hvilket afspejles i beskrivelsen af dem. Særligt to udfordringer påpeges på tværs af interviewene: **de tværdisciplinære og tværsektorielle overgange mellem smertebehandlings forskellige aktører og ventetider på specialiseret udredning og behandling.**

I forhold til førstnævnte peger de interviewede læger på ringe tilgængelighed til de øvrige behandlere i patientforløbene, på ringe mulighed for faglig sparring om patienterne samt på manglende koordinering af de enkelte delbehandlinger i forhold til det samlede patientforløb. Generelt vurderer de interviewede læger, at det kan have konsekvenser for patientens oplevelse af forløbet i form af usammenhængende forløb, for lange forløb i forhold til at kunne optimere behandlingen samt 'at blive kastet rundt' i systemet. Det er udtalelser, som generelt kan genkendes fra interview med patienter om deres vurderinger og oplevelser af behandlingsforløb (se kapitel 5).

De interviewede læger er blevet spurgt til løsningsforslag og forslag til optimering af patientforløb, og her fremhæver de også forbedringer i forhold til de tværsektorielle og tværdisciplinære relationer og overgange. Mere specifikt drejer det sig om et ønske om samarbejde mellem de praktiserende læger, speciallæger og smertecentrene i tilknytning til udredning og tilrettelæggelse af behandlingsplaner for patienterne. Fx foreslås anvendelse af en 'shared care'-funderet tilgang, hvor specialister fra smertecentrene og evt. andre fagprofessionelle, og de praktiserende læger samarbejder om udredning og

behandling i almen praksis. Der foreslås også etablering af tværfaglige og tværsektorielle konferencer udgående fra almen praksis, hvor fælles behandlingsplaner og behandlingsmål kan udvikles, og delbehandlingerne kan koordineres. Desuden foreslår flere læger initiativer, der kan forbedre den løbende kommunikation og faglige sparring mellem smertebehandlingens aktører. Sådanne initiativer er som nævnt i afsnittet om regionale forskelle allerede iværksat på individuelt initiativ enkelte steder i regionerne. Til trods for disse initiativer understreger de udfordringer og løsningsforslag, som italesættes af de interviewede læger og sygeplejersker, den mangelfulde koordinering og kommunikation i overgangene mellem delbehandlingerne, den manglende integration af de enkelte delbehandling og de manglende retningslinjer, som karakteriserer smertebehandlingens fortrinsvis serielt tilrettelagte forløb.

Den anden centrale udfordring ved den nuværende organisering af indsatsen, som de interviewede læger påpeger, er de lange ventetider, som finder sted på alle niveauer i smertebehandlingens organisering. Med ventetider på op mod to år er især adgangen til smertecentrene problematisk. Flere praktiserende læger fortæller, at de i flere tilfælde ikke har henvist relevante patienter til smertecentrene på grund af ventetiderne. Det også til trods for den etablerede behandlingsgaranti, der sikrer mulighed for behandling på private smertecentre, fordi de praktiserende læger som tidligere beskrevet oplever, at behandlingen på de private smertecentre er af en dårligere kvalitet. Ventetiden på såvel udredning som behandling opleves som problematisk, da den står i vejen for den tidlige udredning og efterfølgende behandling, som både af forskning og af de interviewede læger anses for at være afgørende for et godt og succesfuldt behandlingsforløb, og ikke mindst for en god prognose i forhold til at undgå at smerterne bliver kroniske. De lange ventetider betyder desuden ifølge flere smertecenterlæger, at tidlig indsats over for nyligt vurderede subakutte patienter heller ikke lader sig gøre, da ressourcerne aktuelt bruges på at nedbringe ventetider blandt kroniske smertepatienter. Det betyder, at de nytilkomne patienters smertetilstand også når at blive kronisk før udredning afsluttes og tværfaglig behandling igangsættes⁹.

Som løsning på disse udfordringer prioriterer de interviewede læger reduktion af ventetiderne. Mere specifikt opfordrer lægerne til politisk prioritering af smerteområdet ressourcemæssigt med henblik på at kunne udvide dels smertecentrenes kapacitet, så ventelisterne som minimum kan nedbringes til acceptable tre måneder, og dels hospitalspecialernes kapacitet, så udrednings- og behandlingsgarantien her kan blive håndhævet.

Desuden understreger flere læger fra både almen praksis og smertecentrene, at indsatsen bør tilrettelægges, så der, med henblik på at fastlægge patientens risiko for udvikling af kroniske smerter og smerternes sværhedsgrad, allerede i den subakutte fase pågår vurdering af smertepatienter i almen praksis og / eller på hospitalerne, eventuelt med supervision fra smertecentrene. Flere af smertecentrenes læger påpeger, at det vil kræve kompetenceudvikling blandt de praktiserende læger inden for smertehåndteringsområdet

⁹ For at sikre patientrettigheder vedr. adgang til specialiseret behandling har Helsedirektoratet i Norge udarbejdet nationale guidelines for forskellige grupper af sygdomsproblematikker, herunder smertetilstande. Der er formuleret retningslinjer for, hvilke grupper af patienter der skal prioriteres i forhold til specialiseret behandling, og for hvad der er medicinsk acceptable ventetider på specialiseret behandling for smertepatienter (Hara KW, Borchgrevink P. National guidelines for evaluating pain - Patient's legal right to prioritise health care at multidisciplinary pain clinics in Norway implemented 2009. *Scand J Pain* 2010;1:60-3).

at kunne varetage denne opgave. Kompetenceudvikling skal endvidere sikre, at de praktiserende læger bliver i stand til at foretage en kategorisering af smertepatienterne, så kun de sværeste patienter viderehenvises til specialiseret behandling på smertecentrene. De øvrige patienter skal optimalt kunne behandles i almen praksis, evt. i en form for 'shared care' model med smertecentrene og / eller øvrige specialiserede behandlere.

Endelig opfordrer både praktiserende læger og smertecentrenes læger og sygeplejersker til, at der udarbejdes retningslinjer for tilrettelæggelse af udrednings- og behandlingsforløb. Hensigten er bl.a. at reducere antallet af patienter, som unødigt sendes til specialiseret behandling samt tilgængelighed af let håndterbare værktøjer til anvendelse i forhold til kategorisering af smertepatienterne.

Opsummerende fremgår det af interview med sundhedsfagligt personale, at udfordringer og forslag til løsninger især knytter sig til formelle og uformelle strukturelle aspekter i den nuværende organisering. Det drejer sig om kommunikation, koordinering, arbejdstilrettelæggelse og tilgængelighed. Det er projektgruppens vurdering, at det med henblik på at imødekomme disse udfordringer organisatorisk er hensigtsmæssigt at tilrettelægge indsatsen til smertepatienter i overensstemmelse med det serielle forløbs krav til virksomme forløb. Det indbefatter netop, at der mellem de involverede fagprofessionelle, som er ansvarlige for de enkelte delbehandlinger, pågår en aktiv og fremadrettet kommunikation i forbindelse med overlevering af patienten, samt at der tidligt i patientforløbene bliver opstillet tydelige behandlingsmål for det samlede forløb, som de enkelte delbehandlinger kan tilrettelægges og koordineres efter [110, 111]. Desuden peger projektgruppen på, at det er hensigtsmæssigt at tilrette organiseringen sådan, at patientforløb tilrettelægges på et tidligt stadie, og at behandlingsmål og sammensætningen af delbehandlinger sker på baggrund af en kategorisering af patienterne ud fra smerteintensitet, risiko for udvikling af kroniske smerter og behandlingsbehov.

6.3.6 Den kommunale sektor

Ovenstående beskrivelse af smertebehandlingens organisering og udfordringer har koncentreret sig om den sundhedsfaglige indsats, de sundhedsfaglige aktører og de sundhedsfaglige relationer. Imidlertid indgår den kommunale sektor som en væsentlig del af indsatsen, især for gruppen af komplicerede smertepatienter. Samarbejdet med den kommunale sektor er en væsentlig del af de interviewedes udsagn om udfordringer og løsningsforslag. Fx udtrykkes af flere smertecenterlæger, hvordan behandling på smertecentret ofte forsinkes eller må stoppes som en konsekvens af patientens uafklarede sociale situation i kommunalt regi. På den baggrund efterspørger blandt lægerne bedre integration, øget kommunikation og samarbejde med den kommunale sektor i smertebehandling. Også blandt patienter bliver der givet udtryk for et behov for integration af de sociale og de kliniske problematikker, som er konsekvenser af et liv med smerter (se kapitel 5). Undersøgelse af dette er imidlertid ikke en del af denne MTV's formål, hvorfor det blot er nævnt her, som et aspekt samtlige aktører finder helt centralt i en optimeret indsats.

6.4 Litteraturstudiet: Potentielle organisatoriske modeller

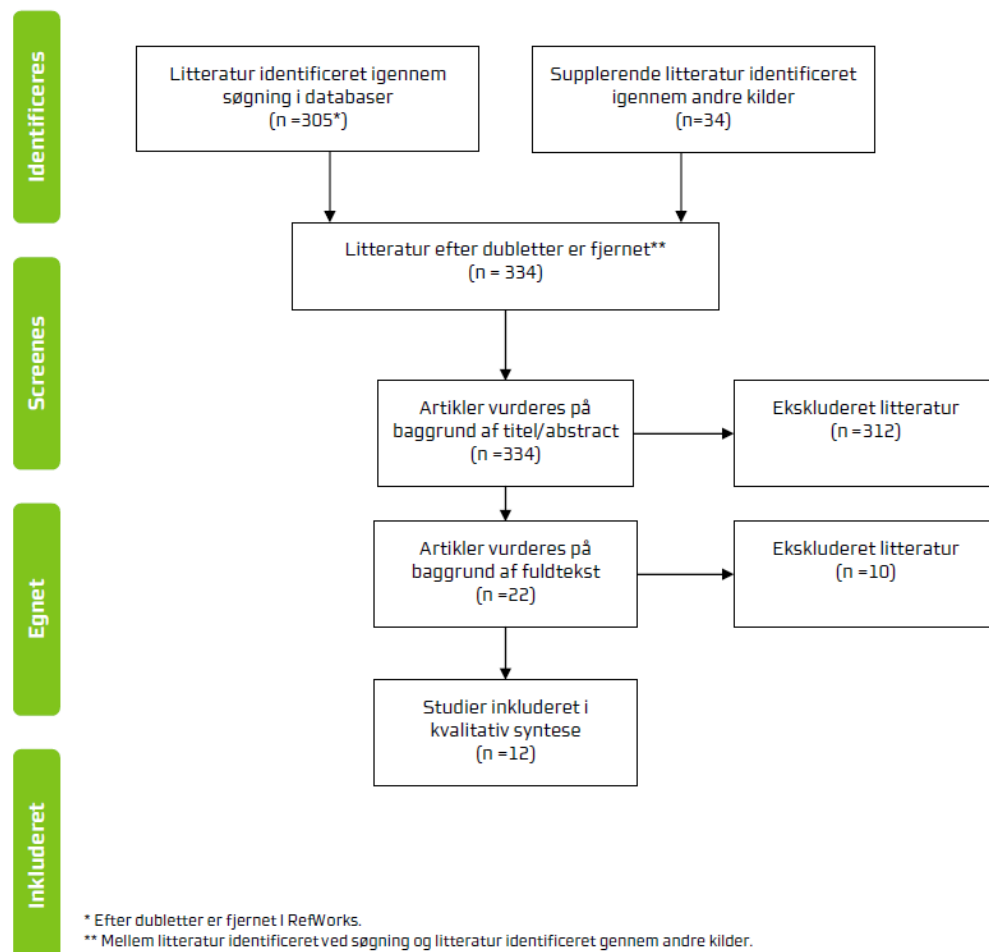
I denne del af analysen beskrives to modeller til organisering af indsats til smertepatienter. Modellerne tager begge udgangspunkt i den tidlige og koordinerede indsats til patienter

med subakutte smerter, som ovenfor påpeges som et afgørende element i en optimal indsats. Modellerne er identificeret på baggrund af det udførte systematiske litteraturstudie af nationale og internationale erfaringer med tidlig indsats til smertepatienter, og det diskuteres efterfølgende, hvordan sådanne erfaringer potentielt kan implementeres i en dansk kontekst. I diskussionen af dette inddrages også data fra interview med læger. Indledningsvis beskrives litteratursøgningens resultater.

6.4.1 Resultat af litteratursøgningen

Der fremkom i alt 305 studier ved den systematiske litteratursøgning og 34 studier fremkom ved søgningen efter sekundærlitteratur (jf. metodekapitlet, kapitel 3). Efter fjernelse af dubletter resulterede dette i 334 studier. Ved læsning af studiernes titler og abstracts blev der udvalgt 22 studier til gennemlæsning i fuldttekst, og der blev efterfølgende inkluderet 12 studier i litteraturstudiet. De forskellige faser i litteraturudvælgelsen er illustreret nedenfor i figur 18.

Figur 18: In- og eksklusion af studier, organisation



Den inkluderede litteratur omhandler følgende diagnoser eller symptomer: kroniske non-maligne smerter generelt [112-114], kroniske uspecifikke / generaliserede smerter [115], lænderygsmerter [116-119], fibromyalgi [120], nakkesmerter [121] og funktionelle lidelser [122].

Den inkluderede litteratur indbefatter forløbsprogrammer [117-119, 123], kliniske retningslinjer [113-115, 122] og guidelines [120, 121], en MTV [112] og et litteraturreview [116]. I tabel 14 gives en oversigt over den inkluderede litteratur, hvor også kortfattede kommentarer til studierne kvalitet fremgår.

Tabel 14: Inkluderede studiers karakteristika, organisation

Studie årstal / land	Publikationstype	Formål	Indhold	Kvalitet
British Pain Society (2007) England	Klinisk retningslinje	At udforme en evidensbaseret og praksisbaseret guideline for smertehåndtering til anvendelse blandt klinikere.	Organisatorisk beskrivelse af et smertehåndteringsprogram til behandling af patienter med kroniske smerter, herunder struktur, sundhedsprofessionelle aktører, patientforløb, delbehandlinger, henvisningsprocedurer og ressourcer.	Anbefalinger baseret på evidens. Dog intet metodeafsnit, som gør læseren i stand til at følge udvælgelsen og kvaliteten af den inddragede evidens. Efterlever i øvrigt AGREE's kvalitetskriterier, dog med manglende implementeringsovervejelser.
Dobkin & Boothroyd (2006) Canada	MTV	At undersøge, hvordan sundhedsfaglig behandling af personer med kroniske smerter er organiseret, samt om der findes evidens, der undersøger betydningen heraf for outcome, både hvad angår patienters helbred og tilfredshed og organisatoriske faktorer.	Undersøgelse af organiseringen af behandlingsindsatsen over for kroniske non-maligne smertepatienter i henholdsvis Quebec, Frankrig, USA og Australien. Herunder undersøges forskellige organisatoriske delelementer som arbejdsdeling, sundhedsprofessionelle aktører, interdisciplinært samarbejde og koordinering, samt organiserings betydning for outcome, både hvad angår patienters helbred og tilfredshed og organisatoriske faktorer.	Processen omkring litteraturudvælgelse og gennemgang forekommer valid og transparent. Dog mangler oversigt over udvalgt litteratur samt oplysninger omkring kvalitetsvurdering. MTV'en forekommer emnemæssigt at være meget relevant. Bygger på kvalitetsvurderet evidens, systematisk indsamlet og behandlet. Vurderet ved hjælp af EUnetHTA.
Fitzcharles et al. (2012) Canada	Guideline	At udarbejde evidensbaserede guidelines for diagnosticering og behandling af personer med fibromyalgi.	Præsentation af konkrete anbefalinger til identifikation, udredning og behandling af patienter med fibromyalgi. Der anbefales tidlig identifikation i almen praksis samt behandling i overensstemmelse med principperne i 'stepped care'.	Bygger på kvalitetsvurderet evidens, systematisk indsamlet og behandlet. Efterlever AGREE's kvalitetskriterier med undtagelse af specificering af implementering og monitorering.
Gatchel (2005) USA	Review	At beskrive behovet for tidlig intervention over for patienter med lænderygsmarter, og for evidensbaserede guidelines for håndteringen af patienter med akutte lænderygsmarter i primær sektor.	På baggrund af foreliggende litteratur en beskrivelse af eksisterende tilgang til håndtering af patienter med lænderygsmarter samt af en alternativ tilgang organiseret i overensstemmelse med principperne i stepped care og tidlig intervention.	Det fremgår ikke af artiklen, hvorvidt der i udarbejdelsen af reviewet er anvendt systematiske metoder til udvælgelse og kvalitetsvurdering. Vurderet ved hjælp af CASP.
Guzman et al. (2008) Canada / USA	Klinisk guideline	At udforme evidensbaserede guidelines for klinikere i primær sektor omkring den bedste måde at vurdere og behandle patienter med nakkesmerter på.	Det anbefales at indledende vurdering af patienter med nakkesmerter fører til klassifikation af patienterne til én af fire kategorier (I - IV) baseret på sværhedsgraden af smerten og dennes indvirkning på patientens hverdagsliv. For hver af de fire patientkategorier anbefales et specifikt behandlingsforløb.	Bygger på kvalitetsvurderet, peer-reviewed litteratur, systematisk indsamlet og vurderet ved hjælp af GRADE. Efterlever AGREE's kvalitetskriterier, især hvad angår de metodiske aspekter. Dog sparsomme oplysninger om implementering og monitorering.

Studie årstal / land	Publikationstype	Formål	Indhold	Kvalitet
Map of Medicine (2012) England	Klinisk retningslinje / flowchart	At præsentere en evidensbaseret og praksisinformeret 'care map' over patientforløb for smertepatienter, som forbinder eksisterende viden og gældende 'services' for patientgruppen.	Beskrivelse af organiseringen af patientforløb for smertepatienter med fokus på initial vurdering og tidlig intervention. Patientforløbet indbefatter en stratificeret behandlingsindsats ud fra smerteintensitet.	Udviklet på baggrund af systematisk litteraturgennemgang. Fortrinsvis baseret på sekundærlitteratur Litteraturvurdering foretaget på basis af velafprøvede instrumenter. Efterlever i øvrigt AGREE's kvalitetskriterier, Især hvad angår præcisering af metode og klarhed i formuleringen af anbefalinger. Dog svagheder i forhold til beskrivelsen af implementering og monitorering, ligesom patienternes perspektiv ikke er inkluderet.
Map of Medicine (2013) England	Klinisk retningslinje / flowchart	At præsentere en evidensbaseret og praksisinformeret 'care map' over patientforløb for patienter med kroniske non-maligne smerter, herunder fibromyalgi, som forbinder eksisterende viden og gældende 'services' for patientgruppen.	Beskrivelse af organiseringen af patientforløb for patienter med kroniske non-maligne smerter, inkl. fibromyalgi. Patientforløbet indbefatter en stratificeret behandlingsindsats, ud fra smerteintensitet.	Samme kommentarer som til Map of Medicine (2012) - se ovenfor.
Region Hovedstaden (2012) Danmark	Forløbsprogram	At sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i et sygdomsforløb med henblik på at sikre den bedst mulige behandling af patienten.	Præsentation af organisatoriske anbefalinger til indsatsen i praksissektoren, til hospitalsindsatsen, til den kommunale indsats, samt i forhold til det samlede og tværsektorielle patientforløb. Indsatsen anbefales at indbefatte stratificering af patienterne på baggrund af smerteintensitet og type.	Efterlever overordnet AGREE's kvalitetskriterier. Dog med undtagelse af specifikke metodiske overvejelser, samt beskrivelse af implementerings- og monitoreringsforhold.
Region Midtjylland (2013) Danmark	Forløbsprogram	At sikre, at indsatsen for patienter med lænderygsmerter er af høj sundhedsfaglig kvalitet, samt at der sikres sammenhængende patientforløb på tværs af det samlede sundhedsvæsen.	Præsentation af organisatoriske anbefalinger til indsatsen i praksissektoren, til hospitalsindsatsen, til den kommunale indsats samt i forhold til det samlede og tværsektorielle patientforløb. Der fokuseres på vigtigheden i at patienter modtager en kvalificeret, rettidig og systematisk indsats fra første kontakt i praksissektoren, med henblik på at undgå kronicitet. Dette indbefatter stratificering af patientgruppen med henblik på særlig indsats over for gruppen af patienter med risiko for kronicitet.	Efterlever overordnet AGREE's kvalitetskriterier, dog med undtagelse af udfoldelse af implementerings- og monitoreringsaspekter.

Studie årstal / land	Publikationstype	Formål	Indhold	Kvalitet
Region Sjælland (2012) Danmark	Forløbsprogram	At sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats over for patienter med rygproblemer.	Præsentation af organisatoriske anbefalinger til behandling af patienter med rygproblemer, både internt i sundhedsvæsenet og kommunerne samt på tværs. Det anbefales at organisere behandlingsindsatsen på baggrund af en stratificering af patientgruppen.	Efterlever overordnet AGREE's kvalitetskriterier, dog med undtagelse af udfoldelse af implementerings- og monitoreringsaspekter. Desuden fremgår ikke, hvorvidt patienternes perspektiv er inkluderet i udviklingen af forløbsprogrammet.
Region Syddanmark (2012) Danmark	Forløbsprogram	At sikre, at indsatsen for patienter med lænderygsmærter er af høj sundhedsfaglig kvalitet, samt at der sikres sammenhængende patientforløb på tværs af sundhedsvæsenet.	Præsentation af organisatoriske anbefalinger til udredning og behandling af patienter med lænderygsmærter. Herunder anbefalinger om stratificering på baggrund af risikoen for kronicitet.	Efterlever overordnet AGREE's kvalitetskriterier, dog med undtagelse af udfoldelse af implementerings- og monitoreringsaspekter samt udførlig beskrivelse af metoden.
Rosendal et al. (2013) Danmark	Klinisk retningslinje	At udarbejde en vejledning som kan opkvalificere den fremtidige behandling af patienter med funktionelle lidelser. Funktionelle lidelser er her defineret ved lidelser, hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom, eller lidelser, hvor individet i sygelig grad er bekymret for sit helbred.	Præsentation af den foreliggende viden om funktionelle lidelser samt af konkrete anbefalinger for udredning, diagnostik og behandling, herunder tilrettelæggelsesaspekter. Anbefaling om at behandling følger et stepped care-princip, som bygger på samarbejde mellem praktiserende læge og psykiater.	Efterlever overordnet AGREE's kvalitetskriterier. Dog med undtagelse af beskrivelse af implementerings- og monitorerings forhold, ligesom patienternes perspektiv ikke er inkluderet i udviklingen af retningslinjerne.

Litteraturen er karakteriseret ved, at de organisatoriske aspekter om vurdering, udredning og behandling af smertepatienter begrænser sig til overordnede anbefalinger til struktureringen af patientforløb i forhold til tidsforløb og indsatser. Litteraturen bærer således præg af manglende konkrete beskrivelser af, hvad specifikke organiseringer betyder for organisatoriske aspekter som ressourcer, faciliteter, kompetencer, samarbejdsrelationer og koordineringsmekanismer. Litteraturen befinder sig således på et andet analyseniveau end de udfordringer og forslag til optimeret indsats, som de interviewede sundhedsprofessionelle fremhæver. I forlængelse heraf fremsættes i litteraturen heller ikke entydige og fyldestgørende anbefalinger til konkrete udrednings- og behandlingsindsatser hos alle de involverede sundhedsprofessionelle aktører i smerteindsatsen, hvorfor sådanne anbefalinger også i vid udstrækning er fraværende i den forestående modelbeskrivelse. Det skal også bemærkes, at hovedparten af studierne ikke beskriver de organisatoriske modeller eksplicit, ligesom definition af tidlig indsats og subakutte smerter ikke præciseres. De modeller for organisering af tidlig indsats til smertepatienter, der her fremstilles, er derfor i vid udstrækning 'trukket ud' af studierne retningslinjer for behandlingsforløb. Enkelte studier beskriver dog modellerne eksplicit [112, 116].

De to modeller for tilrettelæggelse af tidlig vurdering og behandling af smertepatienter, som blev identificeret i litteraturen, er henholdsvis **'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering'** og **'Integreret hierarkisk behandling'**. For begge modeller gælder, at de som central præmis har, at vurdering og behandling af smertepatienter bør igangsættes tidligst muligt med henblik på at reducere risikoen for kronificering af smerterne og indvirkning på funktions- og arbejdsevne. De organisatoriske konsekvenser og forudsætninger for modellerne beskrives i det omfang, litteraturen tillader det.

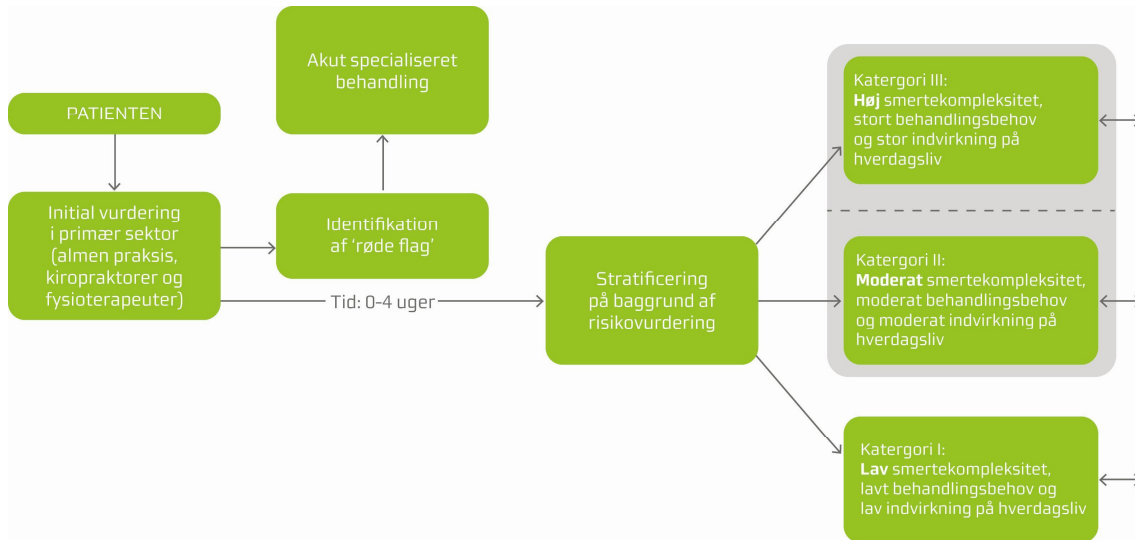
De to modeller er idealtyper. I praksis er modeller og deres behandlingstyper dermed vanskelige definitivt at adskille, da behandlingsindsatsen ofte er tilrettelagt med elementer fra begge modeller [116]. Der er i forhold til de inddragede studier således foretaget en begrundet vurdering af, hvilken model de i største omfang understøtter. Hvad angår de danske studier, er deres behandlingsindsatser besluttet placeret inden for modellen 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering', hvilket er begrundet i en fortolkning af de konkrete beskrivelser af studierne anbefalinger for vurdering og behandling. Dette også selvom behandlingsindsatsen i forløbsbeskrivelsen for Region Midtjylland [119] og Rosendal et al. [122] skrives ind i principperne for 'stepped care', jf. modellen for 'integreret hierarkisk behandling'.

6.4.2 Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering

Det har på baggrund af de internationale studier Map of Medicine [114], Map of Medicine [115] og Guzman et al. [121] samt de fire danske regionale forløbsprogrammer for rygpatienter [117-119, 123] og Rosendal et al. (2013) været muligt at udlede en organisationsmodel for tidlig indsats til smertepatienter, som tager afsæt i et princip om 'stratificering af udrednings- og behandlingsindsatsen på baggrund af risikovurdering'. Med stratificering på baggrund af risikovurdering menes en stratificering, som er foretaget på baggrund af en vurdering af smerternes intensitet og indvirkning på patienternes hverdagsliv og funktionsevne samt af behandlingsbehovet. Modellen præsenteres i forhold til kroniske non-maligne smerter generelt [114], patienter med generaliserede smerter, inkl. fibromyalgi [115], patienter med nakkesmerter [121], patienter med funktionelle lidelser [122] og patienter med ryglidelser (de fire danske forløbsprogrammer) [117-119, 123].

Modellens overordnede princip består i på et tidligt stadie at identificere subgrupper af patienter, som kræver hver deres specifikke behandlingsindsats. Formålet er, ifølge Guzman et al., at sikre, at alle patienter fra start modtager den rette og tilstrækkelige behandling. Modellen er illustreret i figur 19.

Figur 19: Model for stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering



Som det fremgår af figuren, indledes patientforløbet med en initial vurdering i praksis-sektoren, fortrinsvis foretaget af den praktiserende læge. Vurderingen består overordnet af en grundig udredning af patienten. Der er mindre variationer i udredningens mere specifikke indhold studierne imellem, hvilket formentlig kan relateres til studierne diagnose-specifikke fokus, men på et overordnet niveau indeholder udredningen følgende:

- Grundig anamnese bestående af: symptom- og / eller sygdomsforløb, vurdering af indvirkning på livssituation og funktionsevne, generelt helbred, medicinforbrug og symptomer ved forskellige typer af aktiviteter og bevægelser.
- Grundig klinisk undersøgelse og symptomudredning.

Som en central del af den initiale vurdering identificeres patienter, som har symptomer på mulig underliggende alvorlig patologi, og som derfor kræver akut udredning. Disse symptomer går under betegnelsen 'røde flag' og indbefatter bl.a. generel sygdomsfølelse med feber og vægttab, udtalte eller progredierende lammelser, traumer, tidligere eller nuværende cancer, indtag af steroider, stivhed i muskler og led om morgenen af over én times varighed, skæve blodprøver, samt tørhed i mund og øjne [114, 115, 117, 119]. Disse patienter henvises akut til specialiseret undersøgelse, udredning og behandling.

For den øvrige patientgruppe danner den initiale vurdering afsæt for risikovurdering af patienternes smertetilstand, som resulterer i en stratificering af patienterne i et antal kategorier. Mellem de inkluderede studier er der mindre forskelle i tidspunktet for risikovurderingen i forhold til den initiale vurdering, men for alle foretages risikovurdering ved en aftalt konsultation 0-4 uger efter første konsultation (jf. figur 19). Dels skyldes det, at den initiale vurdering ofte foretages ved en akut konsultation, og der derfor ikke er afsat tid til at foretage risikovurdering, og dels er det i overensstemmelse med god behandlings-

praksis, da smerterne for en gruppe af patienter fortager sig uden yderligere behandling i løbet af nogle uger [114, 119, 121].

På samme måde som med den initiale udredning er der mindre variationer i risikovurderingens specifikke indhold og metoder på tværs af studierne, men med udgangspunkt i de samme overordnede elementer. Risikovurderingen består således overordnet i en lægefaglig vurdering af patientens fysiske smerter og psykosociale vilkår. Den foretages på baggrund af information om symptom- og sygdomsforløb, indblik i den biopsykosociale sygdomshistorie samt yderligere klinisk undersøgelse relateret til den indledende kliniske undersøgelse [114, 115, 117, 119, 121]. Map of Medicine [114] og flere af de danske forløbsprogrammer anbefaler, at den lægefaglige risikovurdering understøttes af stratificeringsværktøjer som Keel STarT Musculoskeletal Tool [114] Keel STarT Back Tool [114, 119, 123] og Neck Disability Index [121], afhængig af den specifikke smertelokalisation. Et nyere klinisk randomiseret kontrolleret forsøg har fundet, at risikostratificering understøttet af STarT og efterfølgende indsats målrettet patientens risikoprofil har en positiv effekt på både funktionsevne, smerter, omkostninger og patienttilfredshed hos patienter med rygsmerter. Inden for rygområdet er anvendelse af dette redskab derfor såvel nationalt som internationalt anbefalet som hjælp til risikostratificering af patientgruppen [119, 124]. I en dansk kontekst er STarT da også i nogen grad en integreret del af forløbsprogrammerne for rygpatienter. Det gælder for både Region Midtjylland og Region Syddanmark, at forløbsprogrammet for praksissektoren indbefatter en lægefaglig risikovurdering understøttet af STarT. Det skal dog bemærkes, at værdien af STarT som stratificeringsværktøj ikke er eftervist i en dansk kontekst [119, 123].

I de inkluderede studier fremgår det, at smertepatienterne stratificeres systematisk til én af et antal patientkategorier på baggrund af den lægefaglige risikovurdering. I studierne er der mindre forskelle i antallet af kategorier¹⁰ samt i forhold til hvilke specifikke parametre risikostratificeringen foretages på baggrund af. Fælles for studierne er dog en systematisk kategorisering på baggrund af smerternes kompleksitet, deres indvirkning på hverdagslivet og / eller funktionsevne samt behandlingsbehovet. Der kan overordnet skelnes mellem tre kategorier (jf. figur 19):

- Kategori I: Lav smertekompleksitet, lavt behandlingsbehov og lav indvirkning på hverdagsliv.
- Kategori II: Moderat smertekompleksitet, moderat behandlingsbehov og moderat indvirkning på hverdagsliv.
- Kategori III: Høj smertekompleksitet, stort behandlingsbehov og stor indvirkning på hverdagsliv.

Patientens kategoriplacering afgør den videre udredning og behandling. Samlet set anbefales i den inkluderede litteratur følgende i forhold til behandling og udredning for de forskellige kategorier:

- Kategori I: Hovedvægt på egenbehandling med intervalvise lægekontroller. Der anbefales ikke yderligere undersøgelse og udredning, men at lægen afsætter tid til en afklarende og beroligende samtale med patienten om smerterne. Det er et

¹⁰ I Guzman et al. beskrives fire kategorier, i Map of Medicine 2012 og 2013 to kategorier, i de danske forløbsbeskrivelser to-fire kategorier og i Rosendal et. al 2013 tre kategorier.

væsentligt element af behandlingsforløbet, at patienten bliver undervist i egen sygdom og har kendskab til mestringsredskaber for at undgå eller reducere indvirkning på hverdagslivet. Patientuddannelsen kan suppleres af kortvarig farmakologisk symptombehandling.

- Kategori II-III¹¹: Yderligere undersøgelse og udredning er nødvendig for tilrettelæggelse af rette behandling. Behandlingen tilrettelægges i alle tilfælde inden for en biopsykosocial forståelsesramme, og med afsæt i en interdisciplinær indsats, der har fokus på behandling af smerterne uafhængig af smerternes oprindelse eller årsag. På samme måde som ved kategori I lægges vægt på patientuddannelse og egenomsorg i forhold til smerterne, fx gennem smertehåndteringskurser (se British Pain Society [113] for en uddybelse af et sådant). På baggrund af den udvidede undersøgelse og udredning tilrettelægges en individuel behandlingsplan, der indeholder forskellige typer af farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling i almen praksis og hos relevante specialiserede behandlere og smertecentre. Intervalvise lægekontroller indgår som en del af behandlingen.

Patienter kan i nogle tilfælde undervejs i behandlingsforløbet flyttes fra en kategori til en anden, fx hvis behandlingen viser sig utilstrækkelig, eller der opstår væsentlige symptomer på ændring af smertetilstanden [114, 119].

Organisatoriske forudsætninger for modellens effektivitet

Som en forudsætning for modellens effektivitet specificerer kun de danske forløbsprogrammer flere organisatoriske forhold. Relevant, systematisk og hurtig kommunikation og informationsudveksling mellem involverede sundhedsprofessionelle aktører fremhæves som en forudsætning for det velkoordinerede og dermed effektive forløb. I flere af forløbsprogrammerne anbefales her anvendelse af elektronisk kommunikation i henhold til MedComs standarder¹² [118, 119]. Som yderligere koordineringsmekanismer fremhæves i forløbsprogrammerne en afklaret opgavefordeling mellem de involverede sundhedsprofessionelle aktører; at der mellem de sundhedsprofessionelle og patienten eksisterer en fælles og ensartet målsætning med forløbet; samt at de involverede sundhedsprofessionelle aktører har de nødvendige kompetencer. Tilstrækkelig uddannelse og kompetencer blandt smertebehandlingens sundhedsprofessionelle fremhæves desuden mere generelt som en afgørende forudsætning for modellens effektivitet [117, 118]. Endelig fremhæves på tværs af forløbsprogrammerne brugen af en tovholder på det samlede patientforløb med henblik på at sikre, at behandlingen er koordineret tværfagligt og tværsektorielt – også i forhold til kommunen, hvis denne er inddraget som aktør i forløbet. Forløbsprogrammerne anbefaler, at den praktiserende læge varetager rollen som tovholder [117-119].

6.4.3 Integreret hierarkisk behandling

Det har på baggrund af studierne Fitzcharles et al. [120], Gatchel [116] og Dobkin & Boothroyd [112] været muligt at udlede en organisationsmodel for tidlig indsats funderet i

¹¹ Kategori II og III lader sig på baggrund af den foreliggende litteratur ikke entydigt adskille, hvad angår behandlingsindsatserne.

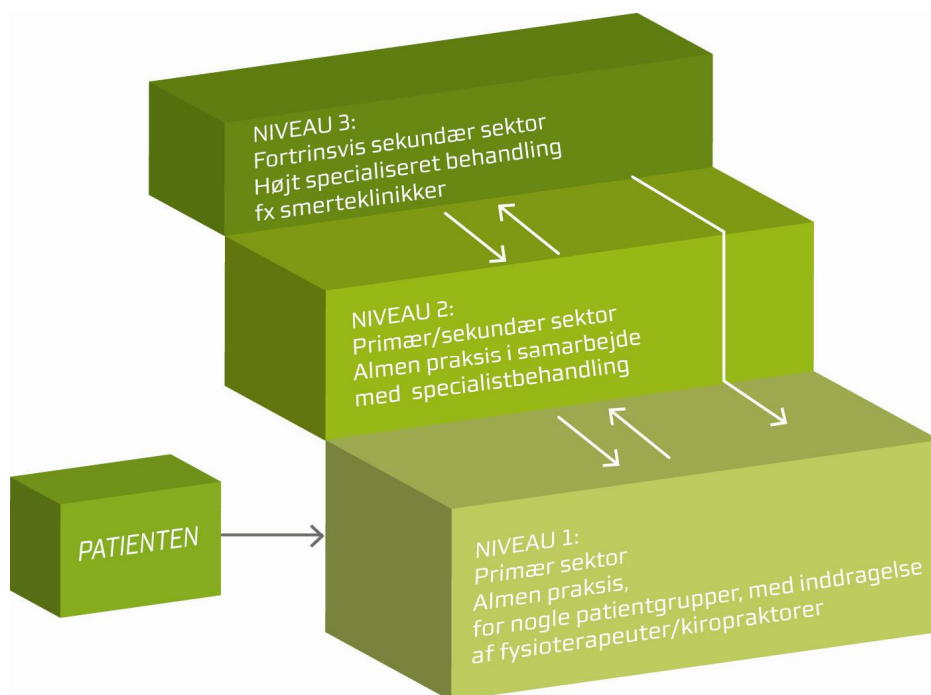
¹² Konkrete anbefalinger til henvisningskommunikation og epikriser fremgår af forløbsprogrammerne.

et princip om 'integreret hierarkisk behandling'. Modellen præsenteres i studierne i forhold til non-maligne smerter generelt [112, 116] og patienter med fibromyalgi [120].

Den integrerede hierarkiske model fremgår af såvel Fitzcharles et al., Gatchel og Dobkin & Boothroyd som forankret i princippet om 'stepped care', dvs. at smertepatienterne gradvist tilbydes en mere kompleks, specialiseret og intensiv behandling, hvad angår menneskelige ressourcer, faciliteter og udstyr, som behandlingsbehovet øges. Formålet er at sikre, at den rette behandling tilbydes patienten på det rette tidspunkt i behandlingsforløbet med henblik på at effektivisere behandlingsforløbene [112]. Desuden finder Dobkin & Boothroyd, at denne organisering indvirker positivt på patienternes oplevelse af deres forløb som integrerede samt på effektmål som smerteintensitet, funktionsevne og livskvalitet [112]. Dette studie påviser således en sammenhæng mellem organisationsform og patientudbytte, hvilket understøttes af Gatchel [116].

Modellen begrænser sig til *behandling* af smertepatienter og udstikker således ikke retningslinjer for *udredning* af smertepatienterne. Patienter med symptomer inden for kategorien 'røde flag', jf. ovenfor, er også udgrænsede på tidspunktet for modellens anvendelse. Modellen er illustreret i figur 20.

Figur 20: Model for integreret hierarkisk behandling



Som det fremgår af figuren, bliver behandlingen for alle smertepatienter indledt på modellens første og laveste specialiseringsniveau, i primær sektor. Alment praktiserende læger varetager den primære behandling på dette niveau, dog i nogle tilfælde kombineret med behandling hos andre sundhedsprofessionelle aktører i primær sektor så som fysioterapeuter eller kiropraktorer. Hvorvidt samarbejdet med disse sundhedsprofessionelle gør sig gældende afhænger af den praktiserende læges faglige vurdering af patientens smertekompleksitet og behandlingsbehov [112]. Ifølge to af studierne, Fitzcharles et al. og Gatchel, forbliver størstedelen af patientgruppen på modellens første niveau. Hvor stor en procentdel denne andel udgør, fremgår ikke af studierne.

For gruppen af smertepatienter, hvor der ikke opnås behandlingsmæssigt fremskridt ved behandling på første niveau, igangsættes behandling på modellens niveau 2. I et enkelt studie er dette tidsangivet til at foregå ved vedvarende smerter 6-8 uger efter start af en smerteepisode [116]. På dette niveau bliver behandlingen fortsat varetaget i almen praksis, men med et intensiveret samarbejde med relevante specialister og speciallæger i hospitalsregi, fx reumatologer, ortopædkirurger eller neurologer. [112, 122]. Behandlingen specificeres af Gatchel [116] at indbefatte fysiske øvelsesprogrammer, kognitiv adfærdsterapi, fysioterapi, evt. kontakt med psykolog samt udvidet besøgshyppighed hos praktiserende læge, naturligvis afhængigt af smerteokalisationen.

Modellens tredje og sidste niveau indeholder højt specialiseret, kompleks og intensiv smertebehandling varetaget af tværdisciplinære teams. Af Gatchel [116] fremgår, at behandlingen på dette niveau kan foretages i primær sektor, evt. i et samarbejde med sundhedsprofessionelle aktører i sekundær sektor, såfremt de tilstrækkelige kompetencer og ressourcer er til rådighed. Ellers varetages den højt specialiserede behandling ifølge Gatchel fortrinsvis i sekundær sektor, gerne i et højt specialiseret tværdisciplinært smertecenter. Behandling på dette niveau er forbeholdt den gruppe af smertepatienter, som på grund af deres smerter kompleksitet ikke har opnået tilstrækkelig behandling på modellens to første niveauer [112, 116, 120].

Dobkin & Boothroyd og Gatchel fremhæver tre forhold, som er væsentlige i forhold til anvendelse af modellen. For det første indbefatter den hierarkiske organisering ikke, at patientforløb nødvendigvis er ensrettede eller fremadskridende. Tværtimod er der en dynamisk tilgang til patientforløb, således at patienter kan bevæge sig mellem modellens niveauer, hvormed modellen tager i betragtning, at patienters tilstand kan forbedres, stabiliseres og forværres over tid, jf. figur 20. For det andet betones det, at patienter på alle niveauer bør inddrages som aktive samarbejdspartnere i behandlingen af deres smerter. For det tredje påpeges, at behandlingen på hvert af modellens tre niveauer er individuelt tilrettelagt og almindeligvis består i en kombination af farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling[se også 120].

Organisatoriske forudsætninger for modellens effektivitet

Modellens effektivitet forudsætter flere organisatoriske faktorer, som bør karakterisere den samlede behandlingsindsats [112, 120]. Et væsentligt forhold er, at der pågår en tilstrækkelig kommunikation og koordinering mellem de sundhedsprofessionelle aktører på og imellem modellens enkelte niveauer med hensyn til opgavefordeling i forhold til behandlingen, medicinudskrivelser, beslutninger i relation til det samlede behandlingsforløb og dets delbehandlinger samt beslutninger om henvisninger til involverede sundhedsprofessionelle. Tilstrækkelige kompetencer blandt de involverede sundhedsprofessionelle bliver også fremhævet som en central koordineringsmekanisme, ligesom tilstrækkelig uddannelse mere generelt understreges som en afgørende forudsætning for modellens effektivitet. Studierne anbefaler desuden, at der på hvert behandlingsniveau anvendes evidensbaserede retningslinjer for behandling af patienterne, således at diagnostik, udredning og behandling foregår ensartet og på baggrund af den bedst opnåede evidens. Endelig fremhæver Dobkin & Boothroyd brugen af en 'care manager' (eksempelvis en sygeplejerske eller praktiserende læge), som er ansvarlig for tilsyn med patientens samlede be-

handlingsforløb, med henblik på at fremme integrationen på tværs af behandlingsniveauer og sundhedsprofessionelle aktører [112].

6.4.4 Modellernes anvendelighed i Danmark

Med de to præsenterede modeller tilbydes to organiseringsmåder for tidlig og koordineret indsats til smertepatienter, som både rummer ligheder og forskelle. Begge modeller har som central præmis, at vurdering og behandling indledes tidligt i forløbet med henblik på at reducere risikoen for kronicitet, ligesom de stiller enslydende organisatoriske forudsætninger op for deres virksomhed. Men i den konkrete tilrettelæggelse af patientforløbene og i dennes underliggende strategi adskiller modellerne sig. Den stratificerede model lægger vægt på tidlig stratificering af patienterne i subkategorier med henblik på at tilbyde differentieret behandling fra starten af patientforløbene, afhængig af deres risikoprofil og / eller smerternes kompleksitet. Den hierarkiske model er derimod karakteriseret ved, at patienterne påbegynder enslydende behandlingsindsats og patientforløb, som trinvis bliver intensiveret og specialiseret i overensstemmelse med sygdomsforløbets progression.

Projektgruppen vurderer, at anvendelse af de to modeller i organiseringen af indsatsen til smertepatienter i en dansk kontekst stiller nogle fordringer til modellernes genkendelighed, dels i forhold til deres teoretiske overførbarhed til en dansk kontekst, og dels i forhold til deres krav til de praktiske forhold, der karakteriserer det aktuelle danske sundhedsvæsen.

Hvad angår førstnævnte udgør et centralt parameter for anvendelighed den geografiske overførbarhed. Litteraturen, som de beskrevne modeller bygger på, er udvalgt fra lande, hvis sundhedssystemer er sammenlignelige med det danske sundhedssystem, hvad angår den overordnede organisering. Som modeller betragtet vurderes de præsenterede modeller på den baggrund at være anvendelige i en dansk kontekst, dog med en opmærksomhed på lokale forhold, der kan udgøre specifikke udfordringer. I de danske regionale forløbsprogrammer og i Rosendal et al. [122]. findes anbefalinger om indsatsen til deres specifikke patientgrupper, som er i overensstemmelse med de centrale principper i modellen 'stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering', hvilket yderligere indikerer, at der her er tale om en model, som kan tilpasses danske forhold. På denne baggrund vurderer projektgruppen, at modellerne på et teoretisk plan forekommer overførbare til en dansk kontekst.

Imidlertid er det projektgruppens vurdering, at de to modeller samlet set og hver især stiller forskellige fordringer til praksis, som set i forhold til den nuværende organiseringsmåde og dennes udfordringer vanskeliggør deres overførbarhed. Samlet set gælder for modellerne, at centrale forudsætninger for deres virksomhed er elementer så som tilstrækkelig kommunikation og koordinering på tværs af delbehandlinger og niveauer i modellernes patientforløb, tilstrækkelige kompetencer blandt de involverede sundhedsprofessionelle aktører, anvendelse af retningslinjer for udredning og behandling samt fælles behandlingsmål. Disse elementer udgør jf. interview blandt relevante sundhedsprofessionelle aktører centrale udfordringer i den aktuelle danske indsats til smertepatienter, og kan derfor vanskeliggøre anvendelse af modellerne.

Hertil kommer, at modellerne hver især stiller yderligere krav til praksis, hvis de skal fungere hensigtsmæssigt. Modellen 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering'

fordrer mulighed for højt specialiseret behandling fra begyndelsen af behandlingsforløbet, såfremt patienten ved risikovurderingen vurderes at have behov for det. Dette krav korresponderer ikke med de nuværende praksisrammer, idet den aktuelle lange ventetid på specialiseret udredning og behandling er en barriere. Hertil kommer, at modellen stiller krav om eksistensen af klare kriterier for kategorisering af patienterne på baggrund af deres risikoprofil, og let anvendelige kategoriseringsredskaber til anvendelse i almen praksis, hvilket på nuværende tidspunkt ikke findes.

Hvad angår modellen 'Integreret hierarkisk behandling' stilles på samme måde krav om eksistensen af klare og let anvendelige kriterier for, hvornår behandling på et givent niveau skal vurderes utilstrækkeligt, og patienten dermed skal tilbydes behandling på næste trin, som aktuelt ikke findes. Desuden kan det indvendes, at idet tidlig indsats i litteraturen vurderes at have afgørende betydning for behandlingsforløbets virksomhed, kan det forekomme uhensigtsmæssigt, at behandling af alle patienter indledes på laveste behandlingsniveau, såfremt behandlingsbehovet allerede ved initial vurdering hos nogle patienter vurderes at være højt specialiseret.

På baggrund af disse betragtninger er det projektgruppens vurdering, at modellerne på det teoretiske plan er genkendelige og mulige at overføre til en dansk kontekst, men at der set i forhold til udfordringerne i den aktuelle organisering af indsatsen til smertepatienter stilles fordringer i modellerne, som vanskeliggør den praktiske overførbarehed, eller som kræver bearbejdning før en meningsfuld integration af modellerne er mulig.

6.5 Sammenfatning og diskussion

6.5.1 Sammenfatning af hovedresultater

Formålet med kapitlet var dels at beskrive organiseringen af den aktuelle indsats til smertepatienter i Danmark, og dels at identificere og beskrive modeller til potentiel fremtidig organisering af tidlig indsats til smertepatienter. Der blev gennemført et systematisk litteraturstudie af 12 nationale og internationale studier, fordelt på fortrinsvis forløbsprogrammer, guidelines og kliniske retningslinjer, men også et litteraturreview og en MTV indgik. Studierne omhandlede patienter med non-maligne smerter generelt, smerter i ryg og nakke samt patienter med fibromyalgi og med generaliserede smerter. Desuden blev der gennemført telefoninterview med seks praktiserende læger og ni læger og / eller sygeplejersker på offentlige og private tværfaglige smertecentre, fordelt på landets fem regioner.

Indsatsens aktuelle organisering

Organisering af den aktuelle indsats til smertepatienter i Danmark beskrives på baggrund af analysen som en seriel samarbejdsmodel, forstået som en række udrednings- og behandlingsopgaver, struktureret i serielle forløb på tværs af fagdiscipliner og sektorer. Patientens forløb indledes fortrinsvis i almen praksis, og praktiserende læge fungerer i det samlede patientforløb som tovholder. Indsatsen er overordnet karakteriseret ved manglende retningslinjer, stor praksisvariation og regionale forskelle. Foruden den praktiserende læge er de centrale sundhedsprofessionelle aktører inkluderet i indsatsen: praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, forskellige hospitalsspecialer samt smertecentre. De tværdisciplinære og tværsektorielle overgange mellem indsatsens

aktører karakteriseres ved begrænset og passiv kommunikation og koordinering, hvilket er i overensstemmelse med den uafhængige samarbejdsmodel.

Desuden viser analysen, at praktiserende læge, ud over tovholderfunktionen, varetager flere væsentlige opgaver og funktioner i indsatsen til smertepatienter så som vurdering, udredning og primær behandling. Vurderingen af patienters behandlingsbehov og deres risiko for udvikling af kroniske smerter beror i høj grad på den enkelte praktiserende læges erfaringer, lægefaglige skøn og tilgængelige behandlings- og / eller henvisningsmuligheder. Der er mellem de praktiserende læger en betydelig praksisvariation i deres behandling og tilgang til patienterne fra en biomedicinsk til en biopsykosocial forklaringsmodel. Som en del af udrednings- og behandlingsforløbet i almen praksis kan hospitalsspecialer og / eller de specialiserede praktiserende behandlere i primær og sekundær sektor inddrages.

Hvad angår smertecentrene findes der både monofaglige og tværfaglige centre, og såvel offentlige som private centre. Med undtagelse af de monofaglige smertecentre, som udelukkende varetager farmakologisk behandling, viser analysen, at behandling på smertecentrene bliver tilrettelagt i overensstemmelse med den biopsykosociale model. Indsatsen er tilrettelagt som tværdisciplinære kombinerede serielle og parallelle patientforløb. Der er mindre regionale forskelle i den konkrete udformning af smertecentrenes organisering og behandlingsindsatser, ligesom der er mindre forskelle mellem de offentlige og private smertecentre.

Analysen peger på, at indsatsens overordnede serielle organisering udfordres på særligt to områder. De tværdisciplinære og tværsektorielle overgange mellem indsatsens sundhedsprofessionelle aktører opleves ukoordinerede og mangelfulde, hvad angår kommunikation og muligheden for faglig sparring. Desuden er der betydelige ventetider på specialiseret udredning og behandling på hospitaler og smertecentre med negative konsekvenser for muligheden for tidlig indsats. Projektgruppen vurderer på baggrund af analysen, at det kan være hensigtsmæssigt at organisere indsatsen i overensstemmelse med den serielle samarbejdsmodels krav til virksomme forløb og tværsektorielle samarbejder, og at initiere patientforløb i den subakutte fase med udgangspunkt i en kategorisering af smertepatienterne ud fra deres risikoprofil. Det forudsætter klare og entydige retningslinjer for, hvordan risikoprofilen fastlægges. Disse retningslinjer findes aktuelt ikke.

Nationale og internationale erfaringer med organisering af tidlig indsats

På baggrund af litteraturgennemgangen af de nationale og internationale erfaringer med organisering af tidlig indsats blev der i analysen identificeret to modeller for tilrettelæggelse af tidlig vurdering og behandling af smertepatienter, henholdsvis 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering' og 'Integreret hierarkisk behandling'. Begge modeller har som central præmis, at vurdering og behandling indledes på et tidligt tidspunkt med henblik på at reducere risikoen for kronicitet og smerternes indflydelse på funktions- og arbejdsevne. Den førstnævnte model er karakteriseret ved, at der i umiddelbar forlængelse af den indledende vurdering af smertepatienterne foretages en stratificering af patienterne i tre-fire subkategorier på baggrund af en risikovurdering af deres smertetilstand. Formålet er at tilbyde differentieret behandling fra starten af patientforløbene i overensstemmelse med smerternes kompleksitet og indvirkning på hverdagen. Den anden model er forankret i princippet om 'stepped care' og er karakteriseret ved, at alle patienterne påbegynder enslydende behandlingsindsats og patientforløb, som trinvis

intensiveres og specialiseres efterhånden som sygdomsforløbet og behandlingsbehovet udvikler sig.

De inkluderede studier i litteraturgennemgangen stammer fra lande, hvis sundhedsvæsen er sammenligneligt med det danske, og begge de identificerede modeller er derfor på det teoretiske plan genkendelige og mulige at implementere i en dansk kontekst. Modellerne stiller dog samlet set og hver især forskellige fordringer til praksis, som set i forhold til den aktuelle organiseringsmåde, og i særdeleshed dennes udfordringer, vanskeliggør modellernes overførbarehed, og derfor kræver bearbejdning før en meningsfuld implementering af modellerne kan lade sig gøre. Det gælder særligt tilstrækkelig kommunikation og koordinering, tilstrækkeligt kompetenceniveau blandt de involverede sundhedsprofessionelle aktører, tilgængelighed til specialiseret behandling og klare kliniske retningslinjer.

6.5.2 Perspektiver

Analyserne viser tydeligt, at tidlig indsats også i en organisatorisk sammenhæng, udgør et nøgleord i forhold til at optimere indsatsen til smertepatienter. På den baggrund understøtter analyserne såvel teknologikapitlets som patientkapitlets resultater. Samtidig viser organisationsanalyserne, at tidlig indsats bør følges af en klart struktureret og koordineret udrednings- og behandlingsindsats med tydelige kliniske retningslinjer. Organisationskapitlet understøtter hermed både erfarne og nye patienters efterlysning af ikke bare tidlig indsats men et fra starten planlagt tværdisciplinært behandlingsforløb, som kan reducere de problemer i form af manglende koordinering af og tvivl om ansvar for deres forløb, som patienterne oplever i den nuværende indsats (se patientperspektivet, kapitel 5).

På baggrund af litteraturstudiet præsenteres to forslag til, hvordan en tidlig og klart struktureret indsats potentielt kan blive organiseret. Imidlertid er det vanskeligt på baggrund af analyserne at anbefale én af de to organisationsmodeller frem for en anden. Det skyldes først og fremmest, at der ikke er fundet studier, som undersøger modellernes kliniske og økonomiske konsekvenser og effekter. Projektgruppen anbefaler derfor, at der foretages studier af disse forhold, som kan bidrage til at begrunde valget af fremtidig organisationsmodel. Med dette sagt vurderer projektgruppen, at det potentielt er mest hensigtsmæssigt at tilrettelægge en fremtidig organisering i overensstemmelse med modellen 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering'. Det skyldes, at nogle af de centrale principper i denne model allerede optræder i de danske regionale forløbsprogrammer for lænderyglidelser, og ikke mindst at denne model i højere grad end modellen 'Integreret hierarkisk behandling' lægger vægt på princippet om tidlig igangsætning af rette behandling til alle subgrupper af smertepatienter i den subakutte fase med henblik på at undgå udvikling af kroniske smerter.

Uanset valg af model for fremtidig organisering af tidlig indsats løser modellerne ikke alene de organisatoriske udfordringer, som kendetegner den nuværende indsats til smertepatienterne. Det gælder i særdeleshed de udfordringer, som gennem analysen er blevet identificeret i relation til organiserings formelle og uformelle strukturelle elementer vedrørende kommunikation og koordinering, tilgængelighed hos de involverede aktører, arbejdstilrettelæggelse og (manglende) kliniske retningslinjer for konkrete undersøgelser og behandlinger. En optimering af indsatsen til smertepatienter kræver derfor, at der inden for den valgte model for fremtidig organisering indarbejdes organisatoriske ændringer rettet mod optimering af de aktuelle formelle og uformelle strukturelle udfordringer.

Projektgruppen vurderer på baggrund af organisationsanalysen, at dette med fordel kan tage udgangspunkt i en styrkelse af den nuværende serielle organiseringsform med fokus på at standardisere den formelle og uformelle kommunikation og koordinering mellem de involverede fagprofessionelle både tværdisciplinært og tværsektorielt; at der opstilles klare og fælles behandlingsmål for det samlede patientforløb; at der etableres retningslinjer for arbejdstilrettelæggelsen; og endelig at der såvel formelt som uformelt sikres enighed om rollefordelingen mellem de involverede aktører.

I forhold til implementering af modellerne er det endvidere væsentligt at være opmærksom på, at de lange ventetider på specialiseret behandling udgør en barriere i forhold til tidlig indsats for den gruppe af smertepatienter for hvem højt specialiseret udredning og behandling er nødvendig. De interviewede læger peger på øgede ressourcer til specialiseret behandling for at styrke kapaciteten, men især smertecenterlægerne understreger, at flere ressourcer ikke udgør hele løsningen. Smertecenterlægerne fremhæver også kompetenceudvikling inden for smertehåndteringsområdet for at almen praksis og i et vist omfang hospitalerne kan varetage en større andel af smertebehandlingen. For almen praksis' vedkommende indbefatter denne kompetenceudvikling ifølge nogle smertecenterlæger desuden en intensivning af samarbejdet med øvrige sundhedsprofessionelle aktører i primær sektor, fortrinsvis kiropraktorer og fysioterapeuter.

Foruden ventetidsproblematikken kræver en meningsfuld integration af modellerne en udvikling af klare og let anvendelige kriterier og kategoriseringsredskaber til at sikre den rette placering af patienterne i modellernes kategorier og / eller niveauer. Sådanne redskaber bør erstatte den nuværende skøns- og erfaringsmæssige vurdering, som pågår i almen praksis. I forlængelse heraf vanskeliggør begrænset viden om patientpopulationen og henvisningsmønstre en tilpasning af den nuværende organisering til et eventuelt valg af model, jf. kapitel 2 om beskrivelse af forekomst af smertepatienter. Der er dermed behov for et bedre overblik over patientgruppen for at kunne sige noget om kapacitets- og resourcebehov på modellernes niveauer. Projektgruppen anbefaler, at der udvikles og gennemføres studier heraf. Endelig forudsætter implementering af modellerne en udvikling af fyldestgørende organisatoriske og kliniske anbefalinger til de konkrete udrednings- og behandlingsindsatser, samt henvisningsprocedurer, som i de nuværende modelbeskrivelser er fraværende, og som i den aktuelle smerteindsats i høj grad pågår på baggrund af skøns- og erfaringsmæssig vurdering.

Opsamlende er det projektgruppens vurdering, at den fremtidige organisering af indsatsen til smertepatienter tilrettelægges mest hensigtsmæssigt i en kombination af implementering af en ny overordnet organisationsmodel for tidlig indsats i overensstemmelse med modellen 'Stratificeret behandling på baggrund af risikovurdering' og en forbedring af faktorer, som i den nuværende organisering udgør en række udfordringer for implementering af modellen. Dog vil en optimering af de nuværende organisatoriske udfordringer inden for rammerne af den aktuelle serielle organisationsmodel, med fokus på standardisering af den formelle og uformelle kommunikation, koordinering, rollefordeling og arbejdstilrettelæggelse, også i sig selv kunne styrke indsatsen til smertepatienterne.

7 Sundhedsøkonomi

Delkonklusion: sundhedsøkonomi

Formålet med sundhedsøkonomikapitlet er at beskrive omkostningseffektiviteten af forskellige strategier målrettet subakutte smertepatienter. Antallet af studier, der undersøger omkostningseffektiviteten af indsatser til subakutte smertepatienter, er sparsom. Resultaterne i dette kapitel er baseret på en kritisk litteraturgennemgang af fem studier, heraf fire sundhedsøkonomiske analyser af tidlig intervention / risikostratificering målrettet patienter med lændesmerter samt et omkostningsstudie om smerteintensive sygdomme.

Den inkluderede litteratur er kvalitetsvurderet og efterfølgende er der udarbejdet en GRADE-analyse på tre af de sundhedsøkonomiske analyser, omfattende 231-567 patienter med lændesmerter. Analysen anvendes til at vurdere kvaliteten af evidensen inden for følgende omkostningsgrupper:

- Omkostninger i primær- og sekundærsektoren
- Interventionsomkostninger
- Medicinomkostninger
- Produktivitetstab

GRADE-analysen indikerer, at indsatser der indebærer tidlig intervention / risikostratificering er omkostningseffektive sammenlignet med sædvanlig praksis. Kvaliteten af evidensen er dog vurderet til at være lav til meget lav. Endvidere viser omkostningsstudie fra Dansk Sundhedsinstitut (DSI), at der er store socioøkonomiske konsekvenser forbundet med smerteintensive sygdomme i Danmark. På baggrund af disse resultater tyder det på, at der er potentiale for en samfundsøkonomisk gevinst forbundet med en tidlig intervention / risikostratificering over for denne patientgruppe.

Det skal nævnes, at studierne stammer fra lande, hvis sundhedssystemer er væsentligt forskellige fra det danske, og at de kun koncentrerer sig om en delpopulation, nemlig patienter med lændesmerter, hvorfor generalisering til andre grupper af smertepatienter i en dansk kontekst skal foretages med forsigtighed. Derudover kan det være vanskeligt at vurdere, hvilke effekter der skyldes tidlig indsats / risikostratificering, og hvilke effekter der skyldes selve indholdet i den efterfølgende intervention.

7.1 Indledning

I Danmark er der mange smertepatienter, og disse patienter oplever ofte begrænsninger i deres dagligdag og derved også deres arbejdsliv på grund af smerter (se kapitel 2). Dette bidrager bl.a. til, at patientgruppen er samfundsmæssigt omkostningstung [11]. Der findes meget begrænset litteratur om omkostningseffektiviteten af indsatser målrettet smertepatienter, og den eksisterende litteratur er samtidig ofte af dårlig kvalitet. Det manglende evidensgrundlag er med til at besværliggøre beslutningstagning på området.

Som det fremgår af kapitel 6 om organisation er den indsats, der ydes i dag, ikke særlig systematiseret. Internationalt kan der identificeres forskellige tendenser, såsom stratificering og tidlig intervention, men der findes kun meget begrænset litteratur herom, specielt når man beskæftiger sig med den samlede patientgruppe med subakutte smerter, dvs. på tværs af diagnoser og smertelokalisationer. Det gør det samtidigt vanskeligt studiemæssigt at afgrænse patientgruppen.

I denne MTV's teknologikapitel er der fundet faktorer, der synes at have betydning for risikoen for udvikling af nedsat funktionsevne på tværs af smertelokalisation. Anvendeligheden af disse faktorer, er endnu ikke undersøgt hverken i videnskabelige studier eller i praksis. Med udgangspunkt i resultaterne fra kapitel 4 om teknologi, er der i kapitel 6 om organisation udarbejdet en analyse af henholdsvis aktuelle og potentielle organiseringer af indsatser til disse patienter. En sådan organisatorisk omstrukturering er ligeledes ikke afprøvet.

For at udføre en sundhedsøkonomisk analyse af en tidlig systematisk indsats rettet mod smertepatienter i Danmark er data vedrørende ovennævnte parametre af afgørende betydning. Da det ikke har været muligt at etablere et pålideligt datagrundlag til en sundhedsøkonomisk analyse, kan en sådan analyse ikke udføres. Det betyder, at dette kapitel om sundhedsøkonomi er baseret på en systematisk litteraturgennemgang og kvalitetsvurdering af den tilgængelige relevante litteratur på området. Denne identificerede sundhedsøkonomiske litteratur omhandler dog kun en lille del af den samlede patientpopulation, der ønskes undersøgt i denne MTV, hvilket begrænser muligheden for at besvare analysespørgsmålene. Desuden fokuserer litteraturen meget på de konkrete behandlinger, hvilket ikke er fokus for denne MTV. Dette besværliggør en belysning af identifikationen og stratificeringen af patienterne. Herudfra er de eventuelle økonomiske konsekvenser for det danske samfund ved en tidlig systematisk indsats for subakutte smerte patienter vurderet.

7.1.1 Formål sundhedsøkonomi

Formålet er via en systematisk litteraturgennemgang med efterfølgende kvalitetsvurdering af evidensen at beskrive omkostningseffektiviteten af forskellige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.

Analysespørgsmål

- Hvilken national og international evidens findes for de sundhedsøkonomiske konsekvenser af en systematisk indsats målrettet subakutte smertepatienter?
- Er der potentiale for samfundsøkonomiske gevinster ved en systematisk indsats målrettet patienter med subakutte smerter i Danmark?

7.2 Metode

7.2.1 In- og eksklusionskriterier

Vi inkluderede alle typer af sundhedsøkonomiske studier hvilket bl.a. omfatter sundhedsøkonomiske evalueringer (cost-effectiveness-, cost-utility- og cost-benefit-analyser), partielle sundhedsøkonomiske evalueringer (omkostningsstudier) samt RCT'er med

beskrivelse af ressourceforbrug. Derudover blev de in- og eksklusionskriterier, som generelt er gældende for de fire perspektiver i denne MTV-rapport anvendt (se kapitel 3).

7.2.2 Kvalitetsvurdering af den udvalgte litteratur

Den inkluderede litteratur blev kvalitetsvurderet ud fra Drummond's tjekliste til vurdering af sundhedsøkonomiske evalueringer. Tjeklisten består af 10 hovedspørgsmål og 29 underspørgsmål, der bl.a. muliggør en vurdering af, hvorvidt de metodiske valg er passende, samt om resultaterne er valide [125]. Ud fra svarene i underspørgsmålene blev risikoen for bias inden for hvert hovedspørgsmål vurderet, og efterfølgende blev hvert studie kategoriseret som havende lav, moderat eller høj risiko for bias. Kvalitetsvurderingen dannede baggrund for vurderingen af risiko for bias i den efterfølgende kvalitetsvurdering af evidensen, hvilken blev udført ved hjælp af GRADE-metoden [126]. GRADE-metoden faciliterer en sammenligning af resultaterne på tværs af studierne, se kapitel 3 for yderligere informationer om GRADE.

7.3 Resultat

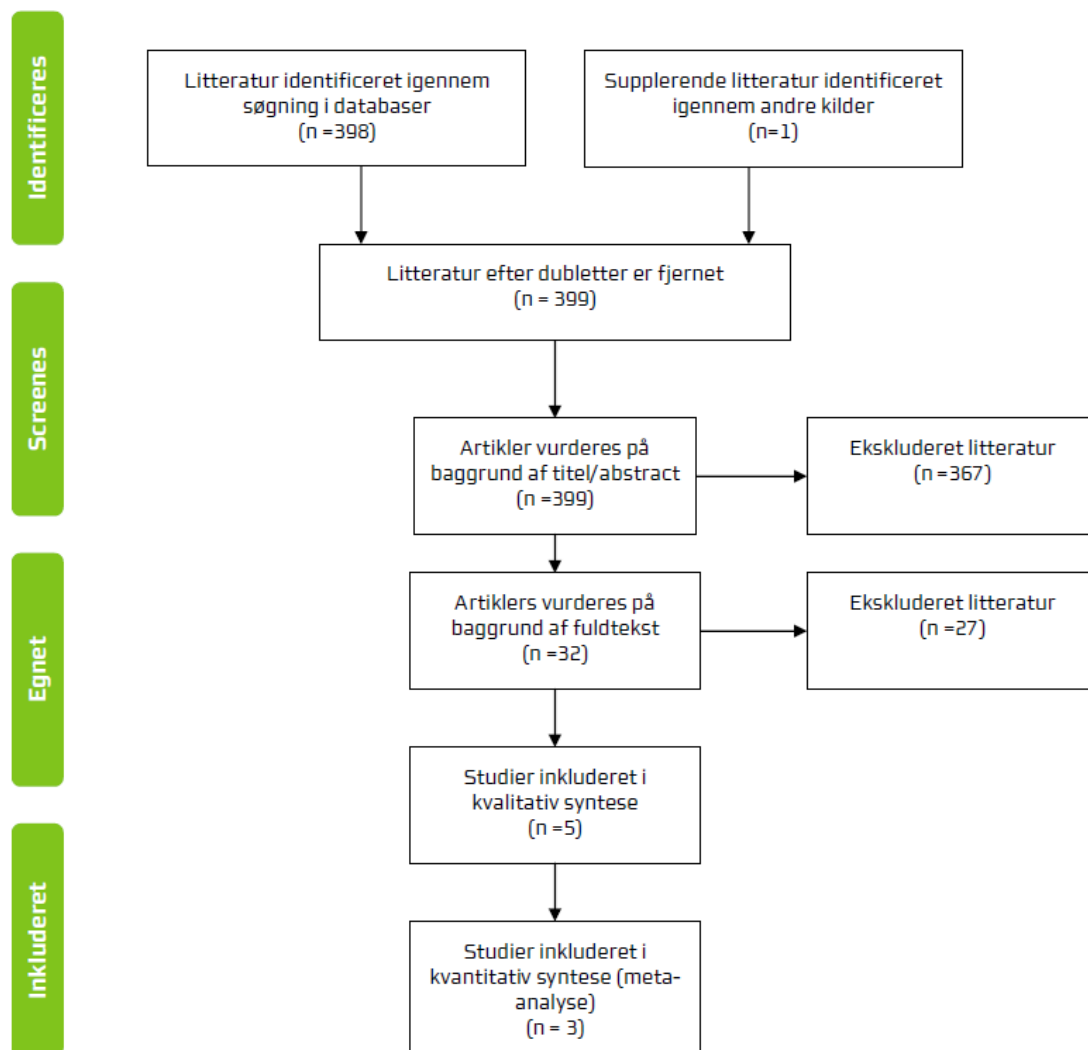
I nedenstående afsnit gives en kort beskrivelse af resultater af litteratursøgningen, samt en beskrivelse af hver af de fire inkluderede sundhedsøkonomiske analyser af tidlig intervention / risikostratificering og omkostningsstudiet fra Dansk Sundhedsinstitut [11] om smerteintensive sygdomme i Danmark samt en kvalitetsvurdering heraf. Efterfølgende bliver GRADE-evidensprofilen for fire omkostningsgrupper beskrevet.

7.3.1 Resultater af litteratursøgning

Af figur 21 fremgår litteraturudvælgelsen grafisk. Litteratursøgningen resulterede i 399 studier. På baggrund af titler og abstracts blev der ekskluderet 367 studier, da disse lå uden for denne MTV's fokus. Ved gennemlæsning af de resterende 32 studier, blev der udvalgt i alt fem studier. Tre af studierne blev vurderet egnet til at indgå i en GRADE-evidensprofil (se tabel 16). Mange studier er blevet ekskluderet fordi de omhandlede patienter med kroniske smerter, eller fordi interventionen alene bestod i medicinsk behandling.

Der fremkom to umiddelbart relevante studier, der var gennemført på baggrund af det samme RCT, henholdsvis Whitehurst et al. [127] og Hill et al. [128]. Af disse blev Whitehurst et al. inkluderet, da det samme datasæt kun bør anvendes én gang i analysen, og det blev vurderet, at Whitehurst et al. var mest relevant i kraft af et større sundhedsøkonomisk fokus.

Figur 21: In- og eksklusion af studier, sundhedsøkonomi



7.3.2 Inkluderet litteratur

Der har været enkelte in- og eksklusionskriterier, som noget af den inkluderede litteratur ikke har kunnet honorere, men da denne litteratur var den mest relevante blandt den meget begrænsede litteraturmængde, blev det besluttet at se bort fra nogle af disse forhold. Det kan nævnes, at Whitehurst et al. [127] inkluderede patienter med både akutte, subakutte og kroniske smerter, og at DSI-rapporten [11] inkluderede patienter i alle aldersgrupper, også patienter, der er yngre end den fastsatte inklusionsalder (18 år og derover). Imidlertid giver studiet den bedste vurdering af omfanget af omkostningerne for smertepatienter, der har været i kontakt med sygehuset, hvorfor det inddrages til beskrivelse af den danske situation.

Af den inkluderede litteratur omhandler fire studier patienter med lændesmerter, mens DSI-rapporten inkluderer ni forskellige patientgrupper med intensive smerter.

Overordnede karakteristika for de inkluderede studier er opstillet i tabel 15.

Tabel 15: Inkluderede studiers karakteristika, sundhedsøkonomi

Forfatter årstal land	Metode	Perspektiv	In- og eksklusionskriterier	Rekruttering	Komparatorer (antal deltagere ved baseline)	Effekt mål	Followup (måneder)
Gatchel et al. 2003 USA	Cost-effectiveness -analyse	Samfund	Inklusion: 18-65-årige, mindre end ca. 10 uger siden smerternes start, daglige konstante smerter under aktivitet, nedsat evne til at udføre job, ingen tidligere kroniske rygsmerter, fuldtidsansat ved smerternes begyndelse. Eksklusion: Cancer, fibromyalgi, behov for operation.	Lændepatienter fra ortopædiske praksis i nærheden af et medicinsk center.	Tidlig intervention (22) sædvanlig behandling (48)	Selvrapporteret smerte	12
Hagen et al. 2003 Norge	Cost-benefit-analyse	Samfund	Inklusion: 18-60 år, lændesmerter. Eksklusion: graviditet, nyligt lændetraume, potentielle alvorlige sygdomme, behandling for rygsmerter ved en anden specialist.	Lændepatienter der har været sygemeldt i 8-12 uger	Tidlig intervention (237) sædvanlig behandling (220)	Sygedage og selvrapporteret smerte	36
Rogerson et al. 2009 USA	Cost-utility-analyse	Samfund	Inklusion: mindre end 10 uger siden smerternes start, højrisikostatus (bestemt ved hjælp af forskellige scoringsskemaer), ingen tidligere lændeskader, ingen diagnosticerede kroniske smertetilstande. Eksklusion: ingen oplyste kriterier.	Lændepatienter fra lokale smerteklinikker i Dallas og gennem annoncering.	Tidlig intervention (22) sædvanlig behandling (9)	Kvalitetsjusterede leveår	12
Whitehurst et al. 2012 England	Cost-utility-analyse	Sundhedssektor	Inklusion: over 18 år, lændesmerter uanset varighed, tale forståeligt engelsk. Eksklusion: Patienter med potentielle alvorlige lidelser, alvorlig sygdom eller komorbiditet, rygoperation inden for de sidste 6 måneder, graviditet, under behandling for rygsmerter et andet sted end hos den praktiserende læge.	Lændepatienter fra 10 almene praksis blev inviteret til at komme til vurdering og behandling hos en fysioterapeut.	Stratificering (567) sædvanlig behandling (285)	Kvalitetsjusterede leveår	12
Christensen et al. 2011 Danmark	Omkostningsstudie	Samfund	Inklusion: alle patienter der blev indlagt på hospitalet i perioden 1998-2007 med mindst en af de udvalgte diagnoser (som primær- eller sekundærdiagnose), der er forbundet med smerter.	Registerstudie - derfor ingen rekruttering	1,9 mio.	Ingen	24

7.4 Beskrivelse af den inkluderede litteratur

Whitehurst et al. udgav i 2012 en engelsk cost-utility-analyse, der er baseret på en RCT, hvor der sideløbende blev indsamlet data på ressourceforbruget. Studiet har et års followup [127]. I studiet blev omkostningseffektiviteten ved en risikostratificering af lænderygpatienter i primærsektoren sammenlignet med nuværende praksis. Denne stratificering blev udført på baggrund af the Keele STarT Back Screening Tool og inddelte patienterne i henholdsvis lav, mellem og høj risiko for udvikling af kroniske smerter. Omkostningseffektiviteten er opgivet som cost-utility, idet effekten blev målt i kvalitetsjusterede leveår (QALY). Både interventions- og kontrolgruppen modtog en halv times fysioterapeutisk vurdering og indledende behandling. I interventionsgruppen modtog alle deltagere informationsmateriale samt rådgivning, der havde til hensigt at forøge aktivitetsniveauet og tilbagevenden til arbejdsmarkedet. De patienter, der ud fra stratificeringen var blevet vurderet til at være i middel- eller højriskogruppen, blev henvist til videre fysioterapeutisk behandling. Forfatterne beskriver perspektivet som værende sundhedssektor (omfatter primær- og sekundærsektoren) suppleret med en opgørelse af produktivitetstab. Omkostningsparametrene i forbindelse med sundhedssektoren blev indsamlet på flere måder: alle studierelaterede omkostninger blev indsamlet løbende og prissat efter NHS-takster, mens det øvrige ressourceforbrug i sundhedssektoren var baseret på selvrapportering ved 12 måneders followup, og til prissættelse heraf var der anvendt litteratur, takster og patient-rapporteret egenbetaling. Human kapital-metoden blev anvendt til beregning af produktivitetstab, og der blev anvendt data fra selvrapporteret arbejdsfravær og personspecifikke løndata. Omkostningerne er opgivet i pund (£) i 2008/2009-priser. QALYs blev estimeret ud fra spørgeskemaet The European Quality of Life 5-Dimensions (EQ-5D). Der blev udført flere simple sensitivitetsanalyser med henblik på at teste robustheden af resultatet, bl.a. ved at ændre på niveauet for de ydelser patienterne selv betalte for. Stratificeringsstrategien var dominant for middelrisikogruppen ved at være billigere og mere effektiv. Stratificering af højriskogruppen resulterede i en inkrementel cost-effectiveness-ratio (ICER), som er et mål for omkostningseffektiviteten, på £ 463 per QALY ved at sammenligne med kontrolgruppen. Denne ratio er under den konventionelle engelske betalingsvilje på £ 20-30.000 per QALY, og derved betragter forfatterne strategien som værende omkostningseffektiv for højriskogruppen. Blandt lavrisikogruppen rapporteres et minimalt effekttab, men besparelsen er til gengæld så stor at forfatterne mener, det er acceptabelt. Sensitivitetsanalyserne ændrede ikke på resultaterne.

To amerikanske studier omhandlede begge tidlig interdisciplinær intervention til patienter klassificeret som værende i høj risiko for udvikling af kroniske smerter [129, 130]. Klassifikationen af disse højriskopatienter foregik ikke på helt samme måde, men begge studier anvendte flere af de samme redskaber, herunder Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) [131]. Gatchel anvendte desuden the Dallas Back Pain Questionnaire [131, 132]. Studiedesign er meget ensartede, og i begge studier sammenlignes interventionen med nuværende praksis.

Det første studie er udarbejdet af Gatchel et al. og udgivet 2003 [130]. Studiet var baseret på et RCT med et års followup. Den tidlige interdisciplinære intervention foregik over en periode på tre uger og inkluderede bl.a. fysioterapi, smertehåndtering / biofeedback, didaktiske gruppesessioner samt oplæring i håndtering af egen situation, både arbejdsmæssigt og privat. Kontrolgruppens forløb er ikke beskrevet. Selvrapporterede patientdata til beregning af omkostninger og effekter blev indsamlet hver tredje måned i et år. Et af effekt-

målene var selvrapporteret smerte, der blev målt ud fra en smerteskala fra 0 til 100. Både omkostninger og effekter blev beregnet på baggrund af alle konsultationer i sundhedssektoren (uanset årsag), antal rygrelaterede fraværsdage og medicinforbrug. Derudover blev der inkluderet interventionsrelaterede omkostninger for interventionsgruppen. Prisåret er ikke oplyst, men det antages at være 2002, da artiklen blev udgivet primo 2003. I analysen indgår økonomiske elementer fra et samfundsperspektiv. De rapporterede gennemsnitsomkostninger for en patient i interventionsgruppen er \$ 12.721 per år, mens det tilsvarende er \$ 21.843 for patienterne i kontrolgruppen. Samtlige effektmål er signifikant bedre for interventionsgruppen, og derved er interventionen dominant.

Det andet amerikanske studie er udarbejdet af Rogerson et al. fra 2009 med et års follow-up [129]. I dette studie bestod den tidlige interdisciplinære intervention af kognitiv adfærdsterapi med bl.a. biofeedback / smertehåndtering og fysioterapi over en periode på tre måneder. Der blev som i studiet af Gatchel et al. indsamlet patientdata hver tredje måned efter endt behandlingsforløb. Nuværende praksis er ikke beskrevet. Artiklen er skrevet ud fra et samfundsperspektiv, og omkostningerne antages at være angivet i 2009-priser, eftersom artiklen er indsendt i september 2009. Interventionseffekten blev beregnet på baggrund af ændringer i livskvaliteten, og er angivet i QALY. Smerteniveauet blev målt med Million Visual Analog Scale (MVAS) (fra 0-100). Omkostningerne for interventionsgruppen blev beregnet til \$ 7.168 (standardafvigelse (SD) \$ 5.544) per patient og kontrolgruppen til \$ 9.546 (SD \$ 11.135) per patient. Interventionen blev vurderet til at være både billigere og bedre, men der blev ikke fundet en statistisk signifikant forskel på de to forløb.

Det sidste studie blev udført i Norge, og artiklen fra 2003 blev skrevet af Hagen et al. [133]. Denne omhandler ligeledes tidlig intervention sammenlignet med vanlig praksis, men her bestod interventionen i en let mobilisering af patienterne. Dette studie adskiller sig fra de øvrige tre studier ved ikke at have fokus på og tage hensyn til risikoen for udvikling af kronicitet. I interventionsgruppen blev patienterne modtaget på en rygklinik, hvor de blev undersøgt og interviewet. Her blev de efterfølgende informeret om vigtigheden i at forblive aktive, bl.a. med daglige gåture. Interventionsgruppen blev også instrueret i, hvordan de skulle træne og strække ud samt modtog rådgivning inden for coping. Derudover blev de opfordret til at tage kontakt til klinikken efter behov. Studiet er et RCT med tre års followup, og det indebærer en cost-benefit-analyse fra et samfundsperspektiv. Omkostningerne er opgjort i 1995-værdi. Der blev indsamlet registerdata for bl.a. offentlige udgifter i forbindelse med sygefravær og funktionsnedsættelse, henholdsvis 3, 6, 12, 24 og 36 mdr. efter det første sygefravær (inklusion). Der mangler kilder på flere af omkostningerne samt en beskrivelse af metoderne til beregning af disse, herunder produktivitetstab. Effekten af interventionen var kun signifikant forskellig fra sædvanlig praksis, når der blev set på antallet af sygedage og brugen af udstrækning, og her var det især forskelle under det første års opfølgning, der var afgørende. Nettogevinsten for samfundet (net present social value for the society) var \$ 3.497 per patient, hvilket ligeledes kunne tilskrives forskelle i det første år efter inklusion.

På baggrund af ovenstående gennemgang kan man få et indblik i de sundhedsøkonomiske aspekter inden for forskellige indsatser målrettet smertepatienter, men det er problematisk at overføre resultater fra den lille delpopulation (lændesmertepatienter) til den samlede population af subakutte smertepatienter. En faktor der bidrager til vanskeligheden ved at overføre resultaterne til den relevante gruppe af smertepatienter i Danmark

er, at litteraturen på området er yderst sparsom, og at der ikke findes tilsvarende studier fra Danmark. Således gælder det, at de samfundsøkonomiske konsekvenser ved tidlig indsats målrettet patienter med subakutte smerter ikke er belyst i en dansk kontekst.

Christensen et al. har for Dansk Sundhedsinstitut (DSI) i 2011 udgivet rapporten "Socio-economic Consequences of Pain-Intensive Diseases in Denmark" [11]. Rapporten er et omkostningsstudie med en inklusionsperiode på ti år, og hver patient blev fulgt fra et år før inklusion til to år efter. Patienterne fungerede som deres egen kontrolgruppe på baggrund af deres omkostningsniveau et år før inklusion. Smertepatienter inden for ni diagnosegrupper blev inkluderet ved indlæggelse på sygehus i årene fra 1998-2007. Følgende ni patientgrupper indgik: cancer, specifikke ryglidelser, intervertebrale diskuslidelser (intervertebral disc disorder), arthritis, posttraumatiske frakturer, multimorbiditeter, hovedpine, neuropatier og uspecifikke kroniske smerter. Der blev ikke sat en aldersbegrænsning for studiepopulationen, hvilket betyder, at der i studiepopulationen var patienter under 18 år. De yngste patienter ligger overvejende i grupperne med postfrakturer og uspecifikke kroniske smerter. Gennemsnitsalderen for studiepopulationen er 46,4 år, hvilket er over gennemsnitsalderen for den generelle danske befolkning. Cancer falder også uden for denne MTV's interesseområde, hvorfor der ikke fokuseres på omkostningerne forbundet med disse. Rapporten ser kun på omkostninger og ikke effekter. Der blev anvendt et samfundsperspektiv, hvori der blev inkluderet omkostninger i primær- og sekundærsektor, medicinomkostninger samt produktivitetstab. Omkostningsdata var først tilgængelige fra 2002 og frem, og disse er opgivet i 2010-priser. Under estimeringen af produktivitetstabets anvendtes friktionsmetoden, hvilket her betyder, at der for patienter, som gik på førtidspension, kun indregnes et produktivitetstab for de første tre måneder efter arbejdsophør. Studiet finder, at der er tale om en omkostningstung patientgruppe. Blandt de ni patientgrupper forbindes patientgruppen med uspecifikke kroniske smerter med de højeste omkostninger på ca. 8 mia. kr. i 2006. Herefter følger arthritis med 4,6 mia. kr. og intervertebrale diskuslidelser med 2,1 mia. kr. Det er ikke muligt at beregne en samlet pris for patientgrupperne, da patienter kan indgå i flere grupper på samme tid. Det langvarige sygefravær udgør omkring en fjerdedel af de samlede omkostninger. Forfatterne peger på, at resultaterne er konservative, bl.a. fordi friktionsmetoden er anvendt til opgørelse af produktivitetstab, og fordi der er valgt en kort opfølgningsperiode. Derudover bidrager det til et konservativt estimat, at der mangler relevante omkostningsparametre, så som omkostninger til hjemmehjælp og hjælpemidler, nedsat arbejdsevne når patienten er på arbejde samt indirekte omkostninger relateret til hjælp udført af fx familiemedlemmer.

7.4.1 Kvalitetsvurdering af litteraturen

Indledningsvis er de inkluderede studier kvalitetsvurderet ved hjælp af Drummond's tjekliste [125], hvilket ligger til grund for vurderingen af risiko for bias i den efterfølgende GRADE-evidensprofil. På baggrund af disse gennemgange blev det vurderet, at studierne generelt er af lav kvalitet, hvilket betyder, at de er forbundet med en høj risiko for bias. Whitehurst et al. er det eneste studie, der er vurderet til at have en moderat risiko for bias. Et overblik over denne vurdering fremgår af figur 22. I denne figur angiver et plus, at det givne vurderingsparameter er tilfredsstillende overholdt, og tilsvarende betyder et minus, at det ikke er opfyldt. Et spørgsmålstegn angiver, at det ikke er entydigt, hvorvidt den givne parameter er opfyldt tilfredsstillende eller ej, eller at spørgsmålet ikke har været relevant for undersøgelsesdesignet. Som det ses af figur 22, findes de største mangler under 'inklusion af alle vigtige parametre', 'identifikation af alle relevante omkostninger og

konsekvenser' samt 'tagen højde for usikkerheder'. Dette skyldes bl.a., at de fleste af studierne mangler sensitivitetsanalyser, og hvis disse er udført, tager de ofte ikke højde for alle de parametre, der er forbundet med usikkerhed. Endvidere mangler sikkerhedsintervaller omkring estimerne [116, 133]. Derudover mangler studierne ofte at undersøge flere omkostningsparametre for at opfylde et samfundsperspektiv fx hjælp fra pårørende, hjælpemidler, hjemmepleje mm.

I forhold til 'fyldestgørende beskrivelse af alternativerne' kan det nævnes, at kontrolgruppens forløb ikke er beskrevet i artiklerne af Rogerson et al. og Gathchel et al. [129,130], hvilket dels gør det svært at identificere forskellene i behandlingsforløbene, dels mindsker overførbareheden til en dansk kontekst. For Gathcel et al. er det desuden ikke muligt at identificere enhedsomkostninger på alle parametrene, hvilket yderligere vanskeliggør overførbareheden [130].

Figur 22: Risiko for bias vurderet ud fra Drummonds tjekliste [125]

	Well defined question	Comprehensive description of alternatives	Evidence of effectiveness	All relevant costs and consequences identified	Accurate measurement of costs and consequences	Credible valuation of costs and consequences	Adjustment for differential timing	Incremental analysis	Allowance for uncertainty	Inclusion of all issues of concern
Christensen et al., 2011	+	?	?	?	+	+	+	?	-	-
Gatchel et al., 2003	+	-	+	-	-	?	+	+	-	-
Hagen et al., 2003	+	?	?	-	+	?	+	+	-	-
Rogerson et al., 2009	+	-	+	-	+	?	+	+	+	-
Whitehurst et al., 2012	+	+	+	?	+	+	+	+	?	-

Et plus (minus) angiver at den givne parameter er tilfredsstillende (utilfredsstillende) overholdt. Et spørgsmålstegn angiver, at det ikke er entydigt, hvorvidt den givne parameter er opfyldt tilfredsstillende eller ej. Spørgsmålstegnet kan ligeledes være et udtryk for, at den givne parameter ikke er nødvendig i forhold til det anvendte studiedesign.

Når man undersøger kvaliteten af litteraturen, kan man også se på andre faktorer end dem, der behandles i Drummond's tjekliste. Disse har dog ikke indflydelse på den vurderede risiko for bias, som ses i figur 22. Der er bl.a. et stort personfrafald i forsøget af Rogerson et al., idet blot 41 ud af 121 patienter gennemfører, hvorfor datamængden er meget begrænset, især hvad angår omkostningerne, hvor der alene er kompletet data på 31

patienter [129]. Det gælder generelt for studierne, at der ikke er omkostningsdata på hele den studiepopulation, der oprindeligt er inkluderet.

7.4.2 Gradering af evidensen (GRADE)

I dette afsnit beskrives, hvordan GRADE-evidensprofilen er blevet udarbejdet. Her omtales fremgangemåden for den kvantitative analyse, men resultaterne heraf er ikke inkluderet i tabellen, da det vurderes, at disse er forbundet med for stor usikkerhed. Dette skyldes bl.a., at analysen er baseret på et meget begrænset patientvolumen, samt at kvaliteten af evidensen er vurderet som værende lav til meget lav.

Nedenstående tabel (tabel 16) er lavet med udgangspunkt i GRADE-metoden, hvor der ses på kvaliteten af evidensen inden for fire omkostningsgrupper: interventionsomkostninger, medicinomkostninger, produktivitetstab samt omkostninger i primær- og sekundærsektoren, der ikke inkluderer de tre andre omkostningsgrupper. GRADE-evidensprofilen er baseret på et til tre studier omfattende 231-567 patienter. I studierne er indsamlingen af data i forhold til de fire grupper foregået på lidt forskellig vis, og beregningerne er ikke opstillet ens, men det vurderes, at de er sammenlignelige i den her opstillede gruppering. Studierne indebærer i et vist omfang alle en initial risikostratificering, men den efterfølgende intervention indeholder forskellige elementer, hvoraf fysioterapi og rådgivning / smertehåndtering går igen i samtlige studier. Det har ikke været muligt at se isoleret på de omkostninger, der direkte kan relateres til den initiale risikostartificering, som er hovedfokus for denne MTV. I stedet ses der her på omkostningerne forbundet med indsatserne generelt fordelt på de beskrevne omkostningsgrupper. For Whitehurst et al. gælder det, at der i de fire øverste omkostningsgrupper kun er medtaget resultaterne for højrisikogruppen, da det er disse grupper de andre to studier koncentrerer sig om [124]. Studiet af Hagen et al. [133] kunne ikke på meningsfuld vis inkluderes i GRADE-evidensprofilen, da det ikke tog højde for risikoen for udvikling af kroniske smertetilstande, hvorfor patientgrupperne ikke er direkte sammenlignelige. For at kunne sammenligne omkostningerne er priserne omregnet til dansk valuta og justeret for inflation, men der er ikke justeret for købekraft i forhold til de forskellige settings. Derudover er der ikke taget højde for, at indholdet i indsatserne er forskellig i de inkluderede studier, herunder fx anvendelsen af fysioterapi, informationsmateriale og træning.

De fire nederste omkostningsgrupper er vurderet på baggrund af Whitehurst et al. alene, og for alle tre risikogrupper der er medtaget i dette studie [127]. Dette er gjort, da det er vurderet, at dette studie er det bedst udførte af højeste kvalitet, og da det er udført i England har det den højeste overførbare til danske forhold.

Som det fremgår af tabel 16 vurderes der at være fra ingen begrænsninger, alvorlige begrænsninger til meget alvorlige begrænsninger af evidensen inden for alle omkostningsgrupperne, hvilket fører til at den overordnede kvalitet af evidensen er fra lav til meget lav (1-2 ud af 4 mulige point).

Når de to til tre studier sammenlignes, ses det i forbindelse med produktivitetstab, at der er uenighed om retningen på omkostningsdifferencen, hvorfor evidensen her vurderes til at være forbundet med meget alvorlige begrænsninger. Det samme gælder for medicinomkostningerne. Derudover er studierne svære at sammenligne, da de finder sted i meget forskellige settings, hvilket kommer til udtryk i vurderingen af, hvor indirekte evidensen er.

Under kategorien unøjagtighed får det betydning, at studienes evne til at angive hvorvidt resultaterne kunne skyldes tilfældigheder, generelt er meget lav, og at der er flere estimater, hvor usikkerhed ikke angives.

Når de samme omkostningsgrupper vurderes på baggrund af Whitehurts et al. alene, ser resultatet lidt anderledes ud [127]. Da der ikke er tale om en sammenligning af flere studier, er indirekte evidens ikke relevant at se på. I forhold til inkonsistens er der for medicin og produktivitetstab identificeret et uforklarligt mønster risikogrupperne imellem, hvilket giver anledning til alvorlige begrænsninger. For unøjagtighed gælder det, at der ikke er angivet sikkerhedsintervaller for estimerne i de forskellige omkostningsgrupper, og de fleste resultater rapporteres i teksten som værende ikke statistisk signifikante, hvilket giver anledning til alvorlige begrænsninger for alle omkostningsgrupperne.

Der er beregnet omkostningsestimater, som angiver forskellen i vægtede gennemsnitsomkostninger per patient. Disse estimer er fundet ved at trække omkostningerne for en interventionspatient fra omkostningerne for en patient i kontrolgruppen inden for hvert studie, og denne differens er herefter vægtet på baggrund af studiepopulationernes størrelse, inden de til sidst summeres. Et negativt estimat betyder således, at der er færre omkostninger forbundet med interventionsgruppen end med kontrolgruppen. Disse vægtede gennemsnit er ikke angivet i dette afsnit, da det som nævnt er vurderet, at disse estimer er forbundet med stor usikkerhed; men de indikerer, at der er en besparelse. For at tydeliggøre dette har vi valgt at angive, hvor meget resultaterne varierer imellem de tre sundhedsøkonomiske analyser, som er medtaget i GRADE-evidensprofilen. Omkostningerne per patient ser ud som følger:

Primær- og sekundærsektoren:	-23.924 DKK til -366 DKK
Interventionsomkostninger:	616 DKK til 27.113 DKK
Medicinomkostninger:	-844 DKK til 35,5 DKK
Produktivitetstab:	-82.902 DKK til 1.501 DKK

Der gøres opmærksom på, at der fra Whitehurst et al.'s analyse kun er set på højrisko-gruppen, da det er den risikogruppe, der er sammenlignelig med patienterne i de andre studier.

Tabel 16: GRADE-evidensprofil: Omkostninger forbundet med tidlig intervention / risikostratificering målrettet patienter med subakutte smerter

Outcome (omkostningsgrupper)	Kvalitetsvurdering					Antal deltagere	Overordnet kvalitet
	Design	Risiko for bias	Inkonsistens	Indirekte evidens	Unøjagtighed		
Primær- og sekundærsektoren: tre studier [127, 129, 130]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Alvorlige begrænsninger (1-) b	Meget alvorlige begrænsninger (2-) c	262	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Intervention: tre studier [127, 127, 129, 130]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Alvorlige begrænsninger (1-) d	Alvorlige begrænsninger (1-) e	262	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Medicin**: to studier [127, 130]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Meget alvorlige begrænsninger (2-) f	Alvorlige begrænsninger (1-) g	Alvorlige begrænsninger (1-) h	231	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Produktivitetstab (a): tre studier [127, 129, 130]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Meget alvorlige begrænsninger (2-) i	Meget alvorlige begrænsninger (2-) j	Meget alvorlige begrænsninger (2-) k	262	Meget lav ⊕⊕⊕⊕
Primær- og sekundærsektoren: et studie [127]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Alvorlige begrænsninger (1-) l	567	Lav ⊕⊕⊕⊕
Intervention: et studie [127]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Alvorlige begrænsninger (1-) l	567	Lav ⊕⊕⊕⊕
Medicin**: et studie [127]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Alvorlige begrænsninger (1-) l	567	Lav ⊕⊕⊕⊕
Produktivitetstab (a): et studie [127]	RCT	Alvorlige begrænsninger (1-) a	Ingen alvorlig inkonsistens	Ingen alvorlig indirekte evidens	Alvorlige begrænsninger (1-) l	567	Lav ⊕⊕⊕⊕

Spørgsmål: Skal tidlig intervention / risikostratificering anvendes som indsats målrettet patienter med subakutte smerter?

Patienter / population: Lændesmertepatienter

Setting: Primærsektor i England og USA

Perspektiv: Samfund

Forkortelser: RCT: randomiseret kontrolleret studie.

* Arbejder med tre risikogrupper, her er der kun taget højde for højrisikogruppen, da dette svarer til fremgangsmåden ved Gatchel et al. og Rogerson et al.

** Rogerson et al. havde oprindeligt også set på medicinomkostninger, men de har valgt ikke at tage dem med i deres endelige analyse, da der ikke blev fundet nogen forskel mellem interventions- og kontrolgruppen.

*** Til disse vurderinger anvendes alene Whitehurst et al., og her ses på alle tre risikogrupper, der medtages i denne artikel.

a Denne kategori er baseret på resultaterne fra gennemgangen af Drummond's tjekliste, se figur 22.

- b Studierne er svære at sammenligne og overføre til en dansk kontekst, idet der er stor forskel på sundhedssystemet i USA, England og Danmark.
- c Gatchel et al. rapporterer ikke usikkerhed på sundhedssektoromkostningerne, og hverken Rogerson eller Whitehurst finder statistisk signifikant forskel.
- d Interventionerne er ikke helt ens, og dermed er omkostningerne forskellige. Interventionen i Whitehurst et al. er væsentligt billigere, bl.a. på grund af en mindre omfattende indsats og et andet sundhedssystem.
- e Interventionsomkostningerne er baseret på primærdata, men for Gatchel og Rogerson er der ikke angivet nogen variation i omkostningerne.
- f Der er ikke enighed om retningen - i Whitehurst et al. bruger kontrolgruppen færrest penge på medicin, mens det forholder sig omvendt i Gatchel et al.
- g De undersøger medicinomkostningerne på samme måde og inkluderer umiddelbart samme medicintyper - dog inkluderer Whitehurst et al. andre hjælpemidler, og det kan være det, der gør forskellen.
- h Gatchel et al. rapporterer ikke usikkerhed på nogen af estimerne og Whitehurst et al. finder kun en meget lille prisforskel på ca. 35 kr.
- i Der er ikke enighed om retningen - Gatchel et al. og Rogerson et al. finder, at interventionsgruppen har færre omkostninger forbundet med sygedage i forhold til kontrolgruppen, hvor tendensen er modsatrettet patientgrupperne i Whitehurst et al.
- j Der er ikke anvendt samme fremgangsmåde til beregning af produktionstab, og det kan desuden forventes, at der er forskellige lønniveauer i de to lande.
- k Gatchel et al. rapporterer ikke usikkerhed, og Rogerson et al. finder ikke en signifikant forskel.
- l Der rapporteres ingen statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgrupperne, når man ser på de samlede omkostninger.

7.5 Sammenfatning og diskussion

7.5.1 Sammenfatning af resultater

På baggrund af den systematiske litteratursøgning blev der identificeret fire studier omhandlende indsatser, der inkluderede tidlig intervention / risikostratificering af patienter med lændesmerter. Endvidere blev der inkluderet en rapport fra DSI[11]. De fire lænderygstudier indikerer, at en systematisk indsats over for patienter med subakutte smerter er omkostningseffektiv. Tre af disse studier indgår i GRADE-evidensprofilen, hvoraf det fremgår, at kvaliteten af evidensen for de fire valgte omkostningsgrupper er lav til meget lav. Dette skyldes flere faktorer, som fx at de fleste af studierne bærer præg af, at den sundhedsøkonomiske del ikke har været hovedfokus, hvilket kommer til udtryk i analyser, der er overfladiske og mangelfulde i forhold til de angivne perspektiver. Ud fra kvalitetsvurderingen af lænderygstudierne ses det også, at studierne overvejende er forbundet med høj risiko for bias. Studierne af Gatchel et al. og Rogerson et al. er relativt ens i forhold til design og intervention, men de resterende studier varierer, da de omhandler uens interventioner, udføres i sundhedssystemer der er struktureret forskelligt, og ikke inddrager de samme omkostnings- og effektmål [129, 130]. På baggrund af dette er der stor usikkerhed forbundet med den overordnede betragtning af, at det er omkostningseffektivt med tidlig intervention / risikostratificering målrettet patienter med lændesmerter.

Der er i den anvendte litteratur generelt arbejdet med uhensigtsmæssigt korte followup-perioder patientgruppen taget i betragtning. Denne problemstilling bliver især tydelig, når man ser på resultaterne fra Hagen et al.'s studie, der netop peger på, at de potentielle forskelle udviskes efter 12 måneder [133].

Der kan også være usikkerhed omkring de metoder til identifikation af højriskopatienter, der anvendes i studierne. I forlængelse heraf kan det desuden være uhensigtsmæssigt, at der ikke er anvendt samme identifikationsmetode i studierne. Af andre problematikker kan det nævnes, at der ved flere af studierne kan være erindringsbias i forbindelse med at huske tilbage på fx egne udgifter til medicin, er arbejdet med relativt små studiepopulationer (resulterende i brede sikkerhedsintervaller), har været stort frafald af patienter i opfølgingsperioden.

Den overordnede styrke ved de inkluderede sundhedsøkonomiske analyser er, at de alle er baseret på randomiserede kontrolleret studier (RCT), og derved som udgangspunkt er af høj kvalitet. Hvad angår rapporten fra DSI inkluderer denne data på knap to millioner individer, hvor størrelsen på studiepopulationen må anses for at give resultaterne en betydelig styrke [11]. Data kommer fra udtræk af flere nationale registre i Danmark, der generelt anses for at have høj validitet og dækningsgrad.

På baggrund af ovenstående analyse er det vanskeligt at konkludere, hvorvidt en tidlig indsats / risikostratificering generelt vil have en effekt uanset indholdet i den efterfølgende intervention, eftersom det er svært at adskille effekterne af disse forhold. Dog antyder nærværende analyse samt litteraturen generelt, at tidlig indsats / risikostratificering uanset den efterfølgende intervention kan have en positiv indvirkning på omkostningseffektiviteten af den samlede indsats.

Der fremkom ingen litteratur omhandlende tidlig intervention og / eller risikostratificering af patienter med generelle subakutte smerter, hvilket er en betydelig begrænsning i forhold til at kunne besvare analysespørgsmål i den sundhedsøkonomiske del af MTV'en. De inkluderede analyser bidrager til en forståelse af den del af populationen, der har lændesmerter, men det er svært at sige, i hvor høj grad disse resultater kan generaliseres til resten af den relevante smertepopulation. Rapporten fra DSI er begrænset til at se på omkostningerne forbundet med smerteintensiv sygdom i Danmark, og på denne baggrund kan der ikke drages konklusioner omkring omkostningseffektiviteten af en systematisk indsats for patienter med subakutte smerter i Danmark [11].

Så vidt vi har kendskab til, findes der ikke andre systematiske litteraturgennemgange på området, og derfor er det ikke muligt at sammenligne vores resultater med andres.

7.5.2 Styrker og svagheder ved den anvendte metode

Drummond's tjekliste til sundhedsøkonomiske evalueringer er en af de mest anvendte tjeklister til systematisk og kritisk vurdering af sundhedsøkonomisk litteratur, og den anbefales bl.a. af Cochrane [134]. Den tager højde for relevante parametre og er et godt redskab til kvalitetsvurdering af sundhedsøkonomisk litteratur. Tjeklisten er som udgangspunkt beregnet til hele økonomiske evalueringer (full economic evaluation), og den er derfor mindre egnet til kvalitetsvurdering af DSI's omkostningsstudie [11], hvilket kommer til udtryk ved angivelse af flere spørgsmålstejn i figur 22.

GRADE-metoden er et godt redskab til at vurdere kvaliteten af evidensen, men GRADE-metoden har på nuværende tidspunkt haft en meget begrænset anvendelse inden for den sundhedsøkonomiske litteratur. Det betyder, at metodebeskrivelsen herfor er begrænset, og der er i tilknytning til udarbejdelse af denne sundhedsøkonomiske undersøgelse derfor søgt vejledning hos en ekspert inden for området. Studierne bærer som nævnt præg af indbyrdes forskelligheder, men det blev vurderet, at de fælles træk legitimerer en sammenligning af resultaterne i en GRADE-evidensprofil. Det kan diskuteres, om denne antagelse er rimelig. Det blev besluttet at vurdere evidensen i forhold til fire omkostningsgrupper, og det er, så vidt vides, ikke gennemført på denne måde tidligere. Det er bl.a. valgt, fordi studierne ikke har opgjort effekterne i samme mål, hvorfor disse ikke kunne sammenlignes. Derudover er omkostningsgrupperne gode og relevante mål for det sundhedsøkonomiske perspektiv. GRADE-metoden giver et bedre grundlag til at besvare analysespørgsmålene, da den kan give et konkret resultat, samtidig med at den indebærer en vurdering af evidensen af dette resultat. Det er dog, som tidligere nævnt, valgt ikke at præsentere resultaterne af den kvantitative analyse, da den overordnede kvalitet er vurderet fra lav til meget lav. Dog blev der i teksten opgivet, hvordan studiernes resultater varierede inden for hver omkostningsgruppe, og i den forbindelse bør det nævnes, at disse tal alene blev justeret for inflation og ikke for købekraft. Dette er med til at understrege usikkerheden omkring den kvantitative analyse. Det blev prioriteret at udelade en justering for købekraft, da det ville fordrer en uhensigtsmæssig diskussion af, hvorvidt der skulle justeres efter købekraften i det offentlige sundhedsvæsen eller det private marked, da der både indgår private egenbetalinger og offentlige sundhedsudgifter i beregningerne.

7.5.3 Betydningen af resultaterne

Det kan diskuteres, om det er rimeligt at generalisere resultater fra en population med lændesmerter til populationen subakutte smerter generelt. Ved ensretning af identifika-

tion og intervention af subakutte smertepatienter i Danmark kan man forestille sig, at omkostningerne per patient overvejende vil ligge på samme niveau uafhængigt af smerternes oprindelse. Anderledes svært kan det være at forudsætte effekterne af denne ensretning. Den samlede litteratursøgning i forbindelse med denne MTV viser, at der overordnet set kun findes relativt få artikler om interventionseffekt blandt subakutte smertepatienter. Et større evidensgrundlag for effekterne af interventioner til denne samlede patientgruppe ville give et bedre udgangspunkt for at vurdere omkostningseffektivitet.

Den inkluderede sundhedsøkonomiske litteratur er som sagt baseret på RCT'er, og dette nævnes som en overordnet metodisk styrke, men RCT'er er også kendt for ofte at have lav ekstern validitet. I de udvalgte studier kommer det til udtryk ved flere faktorer, der som udgangspunkt ikke afspejler gængs praksis. I den forbindelse fremhæves det, at patienterne i flere af studierne ved første studiekonsultation ses af en fysioterapeut, og kontrolgruppen i et af studierne får tilbudt delelementer af interventionen.

Muligheden for at generalisere til en dansk kontekst kompliceres yderligere af, at det danske sundhedssystem er meget forskelligt fra det amerikanske, hvor studierne af Gatchel et al. og Rogerson et. al. er udført [130, 129], og ligeledes ikke er magen til hverken det engelske eller det norske sundhedssystem, hvor de resterende studier foregik. Disse forskelle kan komme til udtryk ved, at såvel den sædvanlige praksis som de afholdte omkostninger er forskellige fra det, man ville se i Danmark. Det engelske og norske system ligger tættere på det danske, hvorfor det kan antages, at disse studier giver de mest sandsynlige bud på resultaterne ved en lignende indsats i Danmark. Den sundhedsøkonomiske analyse fra England, der er baseret på et stratificeringsstudie, er umiddelbart mest relevant at udlede konklusioner på baggrund af, da det har den højeste metodiske kvalitet sammenlignet med de andre inkluderede studier. Derudover er det det nyeste studie. Interventionen i dette studie blev vurderet til at være omkostningseffektiv, hvilket i særdeleshed gjaldt for middelrysigruppen, hvor interventionen var dominant. Da denne gruppe samtidig kan forventes at udgøre en stor del af den samlede patientgruppe, er der således potentiale for, at en sådan intervention kan være omkostningseffektiv i Danmark. Derudover viste Whitehurst et al., at der var relativt store økonomiske gevinster ved indsatsen, når man så på lavrisikogrupper, hvilket kunne modsvare den ekstraomkostning, man fandt i forbindelse med indsatsen til højriskogrupper [127]. Ud fra denne betragtning kan det tænkes at være gavnligt at indføre en lignende intervention i Danmark.

Med DSI-rapporten bliver det klart, at smerteintensive sygdomme medfører betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser i en dansk kontekst [11]. Sammen med resultaterne af de inkluderede studier kan rapporten være med til at øge forventningen om mulige samfundsøkonomiske gevinster ved at intervenere på området. Derudover kan omfanget af patienter med kroniske smerter og den livskvalitetsforringelse smerterne medfører, bidrage til at gøre dette område yderst relevant at undersøge nærmere.

7.5.4 Ubesvarede spørgsmål og fremtidige studier

Der er mangel på sundhedsøkonomiske studier, der beskæftiger sig med den patientgruppe, som er fokus for denne MTV. De inkluderede sundhedsøkonomiske analyser har overordnet en lille studiepopulation, hvorfor det er vigtigt at fremtidige studier har større volumen end det, vi har observeret i de inkluderede sundhedsøkonomiske analyser. For yderligere at styrke tilliden til resultaterne af fremtidige studier skal studierne

opfølgningstid være længere end et år, hvilket var anvendt i størstedelen af analyserne. Hagen et al., som er den eneste analyse med mere end et års opfølgning, viste som nævnt, at der var en udviskning af effekten over tid. Det er væsentligt at undersøge, om dette er tilfældet i et større dansk studie, hvor risikovurderingen vil ske på baggrund af andre prædiktorer og indsatser, end dem Hagen et al. har anvendt [133].

Efter en identifikation af prædiktorer for udvikling af nedsat funktionsevne anbefales det at opstille et RCT, der kan danne baggrund for en analyse af de sundhedsøkonomiske konsekvenser af en systematisk indsats målrettet patienter med subakutte smerter. En sådan analyse belyser både omkostninger og effekt, fx i form af kvalitetsjusterede leveår (QALY). QALY er en generisk måleenhed, der muliggør sammenligning på tværs af både studier og patientgrupper, hvorfor QALY vil egne sig godt til et studie om subakutte smerter generelt [125]. I et sådan studie vil det desuden være yderst aktuelt at inkludere de kommunale omkostninger, da disse kan være betydelige for den endelige omkostnings-effektivitet. Danske studier på området vil kunne optimere beslutningsgrundlaget for fremtidige indsatser målrettet subakutte smertepatienter.

Referencer

- (1) Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbæk M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain* 2009;13:287-92.
- (2) Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106:221-8.
- (3) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- (4) Harker J, Reid KJ, Bekkering GE, Kellen E, Bala MM, Riemsma R, et al. Epidemiology of chronic pain in Denmark and Sweden. *Pain Res Treat* 2012. doi:10.1155/2012/371248.
- (5) Becker N, Bondegaard Thomsen A, Olsen AK, Sjøgren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73:393-400.
- (6) Fredheim OM, Kaasa S, Fayers P, Saltnes T, Jordhøy M, Borchgrevink PC. Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:143-8.
- (7) Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain* 1997;13:116-37.
- (8) McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106:127-33.
- (9) Nielsen CS. Chronic pain is strongly associated with work disability. *Scand J Pain* 2013;4:180-1.
- (10) Landmark T, Romundstad P, Dale O, Borchgrevink PC, Vatten L, Kaasa S. Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scand J Pain* 2013;4(4):182-7.
- (11) Christensen J, Bilde L, Gustavsson A. Socio-economic consequences of pain-intensive diseases in Denmark. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
- (12) Kibsgård K, Abell A, Andersen BH, Fink P. Behandling af kroniske smerter i Region Midtjylland. Viborg: Region Midtjylland, 2009.
- (13) Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.
- (14) Price DD, Bushnell MC. Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives. Seattle: IASP press, 2004.
- (15) McMahon SB, ed. Wall and Melzack's textbook of pain. 6. ed. Philadelphia PA: Elsevier/Saunders, 2013.
- (16) Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618-25.
- (17) Lötters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain* 2006;22:212-21.
- (18) Yarnitsky D, Crispel Y, Eisenberg E, Granovsky Y, Ben-Nun A, Sprecher E, et al. Prediction of chronic post-operative pain: pre-operative DNIC testing identifies patients at risk. *Pain* 2008;138:22-8.
- (19) Ferrante FM. Bonica's Management of Pain. A book review. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26(2):187.
- (20) Bennett DL, Woods CG. Painful and painless channelopathies. *Lancet Neurol* 2014;13:587-99.
- (21) Latremoliere A, Woolf CJ. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain* 2009;10:895-926.
- (22) Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64:383-94.
- (23) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. *BMJ* 2008 ;336:1170-3.
- (24) Sundhedsstyrrelsen. Model for udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer. Metodehåndbogen version 2.0. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.

- (25) Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011;64:401-6.
- (26) Dixon-Woods M, Sutton A, Shaw R, Miller T, Smith J, Young B, et al. Appraising qualitative research for inclusion in systematic reviews: a quantitative and qualitative comparison of three methods. *J Health Serv Res Policy* 2007;12:42-7.
- (27) Hannes K, Lockwood C, Pearson A. A comparative analysis of three online appraisal instruments' ability to assess validity in qualitative research. *Qual Health Res* 2010;20:1736-43.
- (28) National Advisory Committee on Health and Disability. Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss, 1997. Available at: <http://www.cebp.nl/media/m24.pdf>. Maj, 2014.
- (29) Brooks PM. The burden of musculoskeletal disease—a global perspective. *Clin Rheumatol* 2006;25:778-81.
- (30) Boersma K, Linton SJ. Screening to identify patients at risk: Profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clin J Pain* 2005;21:38-43.
- (31) Grotle M, Brox JI, Glomsrød B, Lønn JH, Vollestad NK. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain* 2007;11:290-8.
- (32) Mallen CD, Peat G, Thomas E, Dunn KM, Croft PR. Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2007;57:655-61.
- (33) Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008 26;336:924-6.
- (34) Huguët A, Hayden JA, Stinson J, McGrath PJ, Chambers CT, Tougas ME, et al. Judging the quality of evidence in reviews of prognostic factor research: adapting the GRADE framework. *Syst Rev* 2013;2:71. doi: 10.1186/2046-4053-2-71.
- (35) Hayden JA, van der Windt, Danielle A, Cartwright JL, Că P, Bombardier C. Assessing bias in studies of prognostic factors. *Ann Intern Med* 2013;158:280-6.
- (36) The Cochrane Collaboration. The Cochrane Collaboration open learning material; Available at: <http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod0.htm>. Maj, 2014.
- (37) Higgins J, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med* 2002;21:1539-58.
- (38) Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
- (39) Personlig korrespondance: senior biostatistiker, Robin Christensen, MSc, ph.d., maj 2014.
- (40) Cochrane Informatics & Knowledge Management Department. RevMan. Available at: <http://tech.cochrane.org/Revman>. Maj, 2014.
- (41) Schultz IZ, Crook J, Meloche GR, Berkowitz J, Milner R, Zuberbier OA, et al. Psychosocial factors predictive of occupational low back disability: Towards development of a return-to-work model. *Pain* 2004;107(1-2):77-85.
- (42) Sieben JM, Vlaeyen JW, Portegijs PJ, Verbunt JA, van Riet-Rutgers S, Kester AD, et al. A longitudinal study on the predictive validity of the fear-avoidance model in low back pain. *Pain* 2005;117:162-70.
- (43) Storheim K, Brox JI, Holm I, Bo K. Predictors of return to work in patients sick listed for sub-acute low back pain: a 12-month follow-up study. *J Rehabil Med* 2005;37:365-71.
- (44) Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Schouten EG, Verbeek AL, Oostendorp RA, Vlaeyen JW. Fear of movement/(re)injury predicting chronic disabling low back pain: a prospective inception cohort study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2006;31:658-64.
- (45) Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Herbert RD, McAuley JH. Independent evaluation of a clinical prediction rule for spinal manipulative therapy: a randomised controlled trial. *Eur Spine J* 2008;17:936-43.
- (46) Hendrick P, Milosavljevic S, Hale L, Hurley DA, McDonough SM, Herbison P, et al. Does a patient's physical activity predict recovery from an episode of acute low back pain? A prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord* 2013;14:126. doi: 10.1186/1471-2474-14-126.

- (47) Henneker H, Aufdemkampe G, van Tulder MW, Kiers H, Stappaerts KH, Vanhees L. Psychosocial variables in patients with (sub)acute low back pain: an inception cohort in primary care physical therapy in The Netherlands. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007;32:586-92.
- (48) Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, Irrgang JJ, Johnson KK, Majkowski GR, et al. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004;141:920-8.
- (49) Coste J, Lefrancois G, Guillemin F, Pouchot J, French Study Group for Quality of Life in Rheumatology. Prognosis and quality of life in patients with acute low back pain: insights from a comprehensive inception cohort study. *Arthritis Rheum* 2004;51:168-76.
- (50) Grotle M, Foster NE, Dunn KM, Croft P. Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care? *Pain* 2010;151:790-7.
- (51) Karjalainen K, Malmivaara A, Mutanen P, Pohjolainen T, Roine R, Hurri H. Outcome determinants of subacute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:2634-40.
- (52) Lonnberg F, Pedersen PA, Siersma V. Early predictors of the long-term outcome of low back pain—results of a 22-year prospective cohort study. *Fam Pract* 2010;27:609-14.
- (53) Melloh M, Elfering A, Chapple CM, Kaser A, Rolli Salathe C, Barz T, et al. Prognostic occupational factors for persistent low back pain in primary care. *Int Arch Occup Environ Health* 2013;86:261-9.
- (54) Boersma K, Linton SJ. Expectancy, fear and pain in the prediction of chronic pain and disability: a prospective analysis. *Eur J Pain* 2006;10:551-7.
- (55) Boardman HF, Thomas E, Millson DS, Croft PR. The natural history of headache: predictors of onset and recovery. *Cephalalgia* 2006;26:1080-88.
- (56) van der Windt DA, Kuijpers T, Jellema P, van der Heijden GJ, Bouter LM. Do psychological factors predict outcome in both low-back pain and shoulder pain? *Ann Rheum Dis* 2007;66:313-9.
- (57) Vos CJ, Verhagen AP, Passchier J, Koes BW. Clinical course and prognostic factors in acute neck pain: an inception cohort study in general practice. *Pain Med* 2008;9:572-80.
- (58) Leaver AM, Maher CG, McAuley JH, Jull G, Latimer J, Refshauge KM. People seeking treatment for a new episode of neck pain typically have rapid improvement in symptoms: an observational study. *J Physiother* 2013;59:31-7.
- (59) Sieben JM, Vlaeyen JW, Portegijs PJ, Warmenhoven FC, Sint AG, Dautzenberg N, et al. General practitioners' treatment orientations towards low back pain: influence on treatment behaviour and patient outcome. *Eur J Pain* 2009;13:412-8.
- (60) Leaver AM, Maher CG, Herbert RD, Latimer J, McAuley JH, Jull G, et al. A randomized controlled trial comparing manipulation with mobilization for recent onset neck pain. *Arch Phys Med Rehabil* 2010;91:1313-8.
- (61) Henschke N, Ostelo RW, Terwee CB, van der Windt DA. Identifying generic predictors of outcome in patients presenting to primary care with nonspinal musculoskeletal pain. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:1217-24.
- (62) The Cochrane Collaboration. Combining studies. What is a meta-analysis? Available at: <http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod12-2.htm>. Maj, 2014.
- (63) Kirkwood BR, Sterne JAC, Kirkwood BR. Essential medical statistics. 2. ed. Malden, Massachusetts: Blackwell Science, 2003.
- (64) olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66:363-77.
- (65) Kent P, Kjaer P. The efficacy of targeted interventions for modifiable psychosocial risk factors of persistent nonspecific low back pain - a systematic review. *Man Ther* 2012;17:385-401.
- (66) Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain* 2001;94:7-15.
- (67) Pincus T, Vlaeyen JW, Kendall NA, Von Korff MR, Kalauokalani DA, Reis S. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain: directions for the future. *Spine (Phila Pa 1976)* 2002;1;27:E133-8.

- (68) New Zealand Guidelines Group. Accident Compensation Corporation. New Zealand acute low back pain guide, incorporating the guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain, 2004 Available at: http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_ip/documents/internet/wcm002131.pdf Maj, 2014.
- (69) WorkCover NSW. Improving outcomes: Integrated, active management of workers with soft tissue injury. Available at: http://www.workcover.nsw.gov.au/formspublications/publications/Documents/overview_improving_outcomes_5364.pdf. Maj, 2014.
- (70) Kjær P, Eirikstoft H, Ris I. Klinisk retningslinje for udredning og klassificering af personer med nakkebesvær. Danske Fysioterapeuters Kliniske Retningslinjer, 2010; Available at: http://fysio.dk/Upload/Graphics/PDF-filer/Kliniske_retningslinjer/Nakkebesv%C3%A6r/Nakke2.pdf. Maj 2014.
- (71) Hockings RL, McAuley JH, Maher CG. A systematic review of the predictive ability of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:E494-500.
- (72) Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157-68.
- (73) Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008;59:632-41.
- (74) Pincus T, Vogel S, Burton AK, Santos R, Field AP. Fear avoidance and prognosis in back pain: a systematic review and synthesis of current evidence. *Arthritis Rheum* 2006;54:3999-4010.
- (75) Laisne F, Lecomte C, Corbiere M. Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished) *. *Disabil Rehabil* 2012;34:1912-41.
- (76) Dima A, Lewith GT, Little P, Moss-Morris R, Foster NE, Bishop FL. Identifying patients' beliefs about treatments for chronic low back pain in primary care: A focus group study. *Br J Gen Pract* 2013;63:e490-8.
- (77) Toye F, Barker K. Persistent non-specific low back pain and patients' experience of general practice: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2012;13:72-84.
- (78) McIntosh A, Shaw C. Barriers to patient information provision in primary care: patients' and general practitioners' experiences and expectations of information for low back pain. *Health Expect* 2003;6:19-29.
- (79) Hush JM, Refshauge K, Sullivan G, De Souza L, Maher CG, McAuley JH. Recovery: what does this mean to patients with low back pain? *Arthritis Rheum* 2009 ;61:124-31.
- (80) Hoffmann TC, Del Mar CB, Strong J, Mai J. Patients' expectations of acute low back pain management: implications for evidence uptake. *BMC Fam Pract* 2013 Jan 8;14:7. doi: 10.1186/1471-2296-14-7.
- (81) Crowe M, Whitehead L, Jo Gagan M, Baxter D, Panckhurst A. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2010;66:1478-86.
- (82) MacKichan F, Paterson C, Britten N. GP support for self-care: the views of people experiencing long-term back pain. *Fam Pract* 2013;30:212-8.
- (83) Budge C, Carryer J, Boddy J. Learning from people with chronic pain: messages for primary care practitioners. *J Prim Health Care* 2012;4:306-12.
- (84) Dewar AL, Gregg K, White MI, Lander J. Navigating the health care system: perceptions of patients with chronic pain. *Chronic Dis Can* 2009;29:162-8.
- (85) Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They don't want anything to do with you": patient views of primary care management of chronic pain. *Pain Med* 2010;11:1791-8.
- (86) Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25:123-33.
- (87) Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs* 2005 10;14:1124-32.

- (88) McGowan L, Luker K, Creed F, Chew-Graham CA. How do you explain a pain that can't be seen?: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *Br J Health Psychol* 2007;12:261-74.
- (89) Hunhammar C, Nilsson-Wikmar L, Lofgren M. Striving to master variable pain: An interview study in primary care patients with non-specific long-term neck/shoulder pain. *J Rehabil Med* 2009;41:768-74.
- (90) Scherer M, Schaefer H, Blozik E, Chenot JF, Himmel W. The experience and management of neck pain in general practice: the patients' perspective. *Eur Spine J* 2010;19:963-71.
- (91) Belam J, Harris G, Kernick D, Kline F, Lindley K, McWatt J, et al. A qualitative study of migraine involving patient researchers. *Br J Gen Pract* 2005;55:87-93.
- (92) Harding G, Parsons S, Rahman A, Underwood M. "It struck me that they didn't understand pain": the specialist pain clinic experience of patients with chronic musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum* 2005;53:691-6.
- (93) Calnan M, Wainwright D, O'Neill C, Winterbottom A, Watkins C. Making sense of aches and pains. *Fam Pract* 2006;23:91-105.
- (94) Mann C, Gooberman-Hill R. Health care provision for osteoarthritis: Concordance between what patients would like and what health professionals think they should have. *Arthritis Care Res* 2011;63:963-72.
- (95) Kvale S., Brinkmann S. Interview - introduktion til et håndværk. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag, 2009.
- (96) Terkildsen MD, Wittrup I. Experience and Expression – the co-construction of hope in patient involvement. In review. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 2014.
- (97) Bruner J. Life as narrative. *Social research: an international quarterly of the social sciences* 2004;71:691-710.
- (99) May C, Allison G, Chapple A, Chew-Graham C, Dixon C, Gask L, et al. Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners' accounts. *Social Health Illn* 2004;26:135-58.
- (100) Busch H. En dialogisk fortælling om diagnose og død. I: Hansen HP, Ramhøj P, eds. *Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom*. København: Akademisk Forlag, 1997:9-41.
- (101) Kleinman A. The illness narratives : suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
- (102) Lupton D. The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. London: Sage, 1994.
- (103) Jones GT, Johnson RE, Wiles NJ, Chaddock C, Potter RG, Roberts C, et al. Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2006;56:334-41.
- (104) Good BJ. A Body in Pain—The Making of a World of Chronic Pain. I: Good M, Brodwin P, Good B, Kleinman A, eds. *Pain as human experience: An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992;31:29.
- (105) Abu-Lughod L. Writing women's worlds: Bedouin stories. Berkeley: University of California Press, 1993.
- (106) Mattingly C, Garro LC eds. Narrative and the cultural construction of illness and healing. Berkeley: University of California Press, 2000.
- (107) Wittrup I. Læring og Mestring. Patientuddannelse på deltagernes præmisser. Kvalitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og kvalitetsudvikling, Region Midtjylland. 2011.
- (108) National Institute for Health Research, WP 5. EUnetHTA HTA Adaptation Toolkit. England: NCCHTA, NIHR Coordinating Centre for HTA. 2011; Available at: <http://www.eunetha.eu/outputs/eunetha-hta-adaptation-toolkit>. Juni, 2014.
- (109) Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol* 2010;63:1308-11.
- (110) Løvschall C, Bech M, Rasmussen C, Petersen T, Hartvigsen J, Jensen C, Douw K, Tværdisciplinær og tværsektoriel indsats over for patienter med ondt i ryggen – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2010.
- (111) Thompson JD. Rationality in organizations. In: Thompson JD, ed. *Organizations i Action*. London: Transaction Publishers, 2003.

- (112) Dobkin PL, Boothroyd LJ. Management of Chronic (Non-Cancer) Pain. Organization of Health Services. Quebec: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), 2006.
- (113) British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society. London, 2007.
- (114) Map of Medicine. Pain - Initial assessment and early management. London: British Pain Society, 2014. Available at: http://bps.mapofmedicine.com/evidence/bps/initial_assessment_and_early_management_of_pain1.pdf. Maj 2014
- (115) Map of Medicine. Chronic widespread pain, including fibromyalgia - initial assessment. London: British Pain Society, 2014; Available at: http://bps.mapofmedicine.com/evidence/bps/chronic_widespread_pain_including_fibromyalgia1.pdf Maj 2014.
- (116) Gatchel RJ. Preventing chronic disability in patients with acute low back pain. J Musculoskeletal Med 2005 11;22:586-92.
- (117) Region Sjælland, Kommunekontraktråd Sjælland. Forløbsprogram for patienter med rygproblemer. København: Region Sjælland, 2012.
- (118) Rytter L, Thamsborg G, Kristensen M. Forløbsprogram for lænderyglidelser. Høspitaler, lmen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden. København: Regin Hovedstaden, 2012.
- (119) Kallestrup L, Rubak J, Jensen L. Forløbsprogram for lænderygsmerter. Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland. Viborg: Region Midtjylland, 2013.
- (120) Fitzcharles M, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M et al. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome.
- (121) Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, Carragee EJ, Hurwitz EL, Peloso P et al. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000 to 2010 Task Force on neck pain and its associated disorders: From concepts and findings to recommendations. Spine (Phila Pa 1976) 2008;33:S199-S213.
- (122) Rosendal M, Christensen KS, Agersnap L, Fink P, Nielsen CV. Funktionelle lidelser. Klinisk vejledning for almen praksis. DSAM. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 2013.
- (123) Tyregod CH, Petersen IH, Manniche C. Patientforløbsprogram for rygområdet i Region Syddanmark. Vejle: Region Syddanmark, 2010.
- (124) Foster NE, Hill JC, O'Sullivan P, Hancock M. Stratified models of care. Best Pract Res Clin Rheumatol 2013;27:649-61.
- (125) Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien JB, Stoddart GL. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third ed. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- (126) Brunetti M, Shemilt I, Pregno S, Vale L, Oxman AD, Lord J, et al. GRADE guidelines: 10. Considering resource use and rating the quality of economic evidence. J Clin Epidemiol 2013;66:140-50.
- (127) Whitehurst DGT, Bryan S, Lewis M, Hill J, Hay EM. Exploring the cost-utility of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice within risk-defined subgroups. Ann Rheum Dis 2012;71:1796-802.
- (128) Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet 2011;378:1560-71.
- (129) Rogerson MD, Gatchel RJ, Bierner SM. A Cost Utility Analysis of Interdisciplinary Early Intervention Versus Treatment as Usual For High-Risk Acute Low Back Pain Patients. Pain Prac 2010;10:382-95.
- (130) Gatchel RJ, Polatin PB, Noe C, Gardea M, Pulliam C, Thompson J. Treatment-and cost-effectiveness of early intervention for acute low-back pain patients: a one-year prospective study. J Occup Rehabil 2003;13:1-9.
- (131) Gatchel RJ, Polatin PB, Mayer TG. The Dominant Role of Psychosocial Risk Factors in the Development of Chronic Low Back Pain Disability. Spine (Phila Pa 1976). 1995;20:2702-9.
- (132) Pulliam CB, Gatchel RJ, Gardea MA. Psychosocial Differences in High Risk Versus Low Risk Acute Low Back Pain Patients. J Occup Rehabil. 2001;11:43-52.

(133) Hagen EM, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study [with consumer summary]. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003;28:2309-15.

(134) The Cochrane Collaboration. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chapter 15: Incorporating economics evidence. 2011; Available at: http://handbook.cochrane.org/chapter_15/15_incorporating_economics_evidence.htm. Juni 2014.

Bilag

Bilag 1 - Skema over ekskluderede studier

Bilag 2 - Interviewguide: patienter

Bilag 3 - Interviewguides: sundhedsprofessionelle

Interviewguide: almen praksis

Interviewguide: specialiserede smertecentre

Bilag 1

Skema over ekskluderede studier

Studier	Årsager til eksklusion
Ang, D.C. 2010	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Arnow, B.A. 2011	Kroniske smerter med varighed ≥ 6 måneder.
Asenlof, P. 2009	Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Asenlof, P. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Ashworth, J. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Ashworth, J. 2011	Kun ét studie foregår i primær sektor.
Bair, M.J. 2008	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder. Tværsnitsstudie, da der kun anvendes data ved baseline.
Bair, M.J. 2013	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder og outcome er smerteintensitet.
Belo, J.N. 2009	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder. Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Benyon, K. 2013	Smertevarighed ved baseline er ikke angivet.
Bergbom, S. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Bergman, S. 2004	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Bisset, L. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Boersma, K. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Bolton, J.E. 2011	Followup < 3 måneder.
Bot, S.D. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Bot, S.D. 2005 (elbow)	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Brage, S. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Burton, A.K. 2004	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Studier	Årsager til eksklusion
Camacho, E.M. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Campbell, P.; Bishop, A.; Dunn, K.M.; Main, C.J.; Thomas, E.; Foster, N.E. 2013	Tværsnitsstudie.
Campbell, P.; Foster, N.E.; Thomas, E.; Dunn, K.M. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Carroll, L.J. 2009	Ingen resultater. Best evidence synthesis.
Castien, R.F. 2012	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder
Cecchi, F. 2012	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder
Chenot, J.F. 2008	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Chou, R. 2012	Diskussion af artikel fra en journal club.
Cleland, A.J. 2010	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor. Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Costa, L.M. 2009	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Croft, P.R. 2006	Editorial.
Dalbeth, N. 2011	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work. Inkluderer deltagere fra både primær og sekundær sektor.
de Gier, M. 2003	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Demmelmaier, I. 2010	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor.
de Mos, M. 2009	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Denison, E. 2004	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Deyle, G. 2012	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Dionne, C.E. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Dionne, C.E.; Bourbonnais, R.; Fremont, P.; Rossignol, M.; Stock, S.R.; Larocque, I. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Studier	Årsager til eksklusion
Dionne, C.E. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Deltagere rekrutteres fra hospitalet.
Dunn, K.M. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Dunn, K.M. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Dunn, K.M. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Enthoven, P. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Enthoven, P. 2004	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Feleus, A. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Field, J. 2012	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Foster, N.E.; Mullis, R.; Young, J.; Doyle, C.; Lewis, M.; Whitehurst, D.; Hay, E.M. 2010	Ingen resultater, da det er en protokol.
Foster, N.E.; Thomas, E.; Bishop, A.; Dunn, K.M.; Main, C.J. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Fritz, J.M. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Fritz, J.M. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Gabel, C.P. 2012	Valideringsstudie.
Glattacker, M. 2013	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Goldstein L.H. 2011	Smertevarighed ved baseline er ikke angivet.
Goodchild, C.E. 2012	Abstract fra en konference.
Grotle, M. 2005	Deltagere kommer fra samme kohorte som Grotle 2007.
Grotle, M. 2006	Valideringsstudie af spørgeskema fra samme kohorte som Grotle 2005 og 2007.
Gustavsson, C. 2013	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.

Studier	Årsager til eksklusion
Hagen E.M. 2005	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor. Der mangler oplysninger om smertevarighed.
Hancock, M. 2009	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Haskins, R. 2012	Formål ikke relevant.
Harms, M.C. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Hartman, T. 2008	Deltagere rekrutteres ikke kun fra primær sektor. Omhandler ikke patienter med smerte.
Hartvigsen, J. 2004	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor.
Helmhout, P. 2009	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Henschke N. 2008	Inkluderer patienter <18 år.
Henschke, N. 2009	Tværsnitsstudie.
Henschke, N. 2012	Outcome var smerte og ikke disability, sick leave eller return to work.
Hill, J.C. 2008	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Hoving, J.L. 2004	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Hurwitz, E.L. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Janssen, K. 2008	Deltagere rekrutteres fra hospitalet.
Jellema, P. 2005	Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Jinks, C. 2008	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Jones, G.T. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Jull, G.A. 2004	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Kastelein, M. 2011	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Kessler, R.C. 2010	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder. Tværsnitsstudie.
Konstantinou, K. 2012	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Studier	Årsager til eksklusion
Kovacs, F.M. 2006	Followup < 3 måneder.
Kovacs, F.M. 2005	Followup < 3 måneder.
Kovacs, F.M. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Kroenke, K. 2012	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Kroenke, K. 2011	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Kuijpers, T.; van der Heijden, G.J.M.G.; Vergouwe, Y.; Twisk, J.W.R.; Boeke, A.J.P.; Bouter, L.M.; van der Windt, D.A.W.M. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Kuijpers, T.; van der Windt, D.A.; Boeke, A.J.; Twisk, J.W.; Vergouwe, Y.; Bouter, L.M.; van der Heijden, G.J. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Kuijpers, T.; van der Windt, D.A.; van der Heijden, G.J.; Twisk, J.W.; Vergouwe, Y.; Bouter, L.M. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Kuijpers, T.; Vergouwe, Y.; van der Heijden, G.J.; Bot, S.D.; Twisk, J.W.; van der Windt, D.A.; Bouter, L.M. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Kwong, W.J. 2007	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Langworthy, J.M. 2007	Followup < 3 måneder.
LeResche, L. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Lievense, A. 2005	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Lindell, O. 2010	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Linton, S.J. 2003	Valideringsstudie.
Lofvander, M.B. 2004	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.

Studier	Årsager til eksklusion
Maher, C.G. 2009	Valideringsstudie.
Mallen, C.D. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Mallen, C.D. 2006	Protokol.
Mallen, C.D. 2013	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
March, L	Guideline.
Maurel, S. 2011	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Mehling, W.E. 2012	Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Melloh, M. 2008	Protokol.
Melloh, M. 2009	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Melloh, M. 2011	Deltagere kommer fra samme kohorte som Melloh 2013.
Melloh, M. 2012	Deltagere kommer fra samme kohorte som Melloh 2011 og 2013. Followup < 3 måneder.
Mielenz, T.J. 2008	Followup < 3 måneder.
Miles, C.L. 2011	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Morso, L. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Muller, S. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Murphy, S.E. 2013	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Niemisto, L. 2004	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Page, LA. 2004	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Paloneva, J. 2013	Formål ikke relevant.
Peters, T.J. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Petersen, T. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Rasmussen-Barr, E. 2012	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Studier	Årsager til eksklusion
Reilingh, M.L. 2008	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Reis, S. 2007	Valideringsstudie.
Reme, S.E. 2009	Smertevarighed er ikke oplyst.
Riipinen, M. 2005	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Robinson, J.P. 2013	Followup < 3 måneder.
Rodriquez, A.A. 2004	En oversigtsartikel. Undersøger i mindre grad prognostiske faktorer.
Ryall, C. 2007	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Sandborgh, M. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Sandborgh, M. 2008	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Scheele, J. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Schellingerhout, J.M. 2008	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Schellingerhout, J.M. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Schmidt, C.O. 2010	Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Schultz, I.Z. 2005	Valideringsstudie.
Schultz, I.Z. 2008	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Sheets, C. 2012	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Shilpa, C. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Smeets, R.J. 2008	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Smidt, N. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Smith, B.H. 2004	Kroniske smerter med varighed ≥ 3 måneder.
Struijs, P. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Studier	Årsager til eksklusion
Swinkels-Meewisse, I.E.; Roelofs, J.; Verbeek, A.L.; Oostendorp, R.A.; Vlaeyen, J.W. 2006	Tværsnitsstudie.
Tang, N.K.Y. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter. Tværsnitsstudie.
Thomas, E. 2008	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Thomas, E. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Thomas, E. 2004	Protokol.
Turner, J.A. 2013	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Underwood, M. R. 2007	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Underwood, M. R. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
van der Valk, M.E. 2013	Tværsnitsstudie.
Van der Waal, J.M. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Van der Waal, J.M. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Verbundt, J. A. 2008	Deltagere rekrutteres fra annonce i avisen.
Verhagen, A.P. 2010	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Viniol, A. 2012	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Van der Hulst, M. 2005	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Voerman, E. 2008	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Von Korff, M. 2008	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work. Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Von Korff, M. 2005	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Von Korff, M. 2014	Undersøger ikke prognostiske faktorer.
Vos, C.J. 2009	Reliabilitetsstudie.
Wallasch, T.M. 2012	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.

Studier	Årsager til eksklusion
Wessels, T. 2006	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Westman, A. 2006	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Wideman, T.H. 2012	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Wideman, T.H. 2011	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.
Wilkens, P. 2013	Kroniske smerter med varighed $\geq$ 3 måneder.
Wilkie, R. 2013	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Young, C. 2008.	Deltagere rekrutteres ikke fra primær sektor.
Zheng, X. 2005	Outcome er ikke disability, sick leave eller return to work.
Öberg, B. 2003	Skelner ikke mellem subakutte og kroniske smerter.

Bilag 2

Interviewguide: patienter

Spørgsmål relateret til fremtiden

Hvordan ser du dig selv om 3 år?

Har du stadig smerter?

Hvilken form for hjælp og støtte har du brug for? Fra sundhedsvæsenet? Fra din familie?

Er der noget du må holde op med, tænker du? Arbejde / fritid

Spørgsmål relateret til nutiden

Hvor meget fylder smerterne i dit liv – på en skala fra 1-10?

Hvor har du smerter? Hvornår? Hvordan føles smerterne? Hvad lindrer og hvad forværrer smerterne?

Hvad betyder smerterne for dig i hverdagen?

Hvem taler du mest med om dine smerter?

Hvem vil du gerne tale med?

Hvem har du været i kontakt med i sundhedsvæsenet og hvornår – primære kontakter?

Hvordan (ventetid, garanti)

Hvad får du hverdagen til at gå med?

Hvad vil du gerne lave, som du ikke kan på grund af smerterne?

Hvad kunne du godt tænke dig var anderledes?

Hvordan med dit arbejde? Uddannelse, fritid?

Hvad laver du?

Hvordan kan du tilpasse dit job til dine smerter, eller...? Kolleger, fleksibilitet m.v.

Hvilken form for hjælp og støtte har du brug for?

Får du nogen form for hjælp og støtte?

Fra sundhedsvæsenet evt. i form af partnerskab? Fra din familie? Fra andre?

Hvad har du brug for at få lavet om på her og nu?

Kan du give et godt råd til din praktiserende læge?

Eller andre i 'væsenet'?

Hvor længe har du været med i FAKS og hvad bruger du foreningen til?

Spørgsmål relateret til fortiden

Hvordan startede dine smerter?

Hvornår startede det?

Hvilket forløb kom du igennem?

Hvordan tænker du om dit forløb? Kunne noget være gjort anderledes?

Hvordan var dit samarbejde med din praktiserende læge?

Andre?

Kunne der være gjort en indsats tidligere for at forebygge en langvarig tilstand?

Hvordan var du nødt til at ændre dit liv?

Havde du nogen du kunne tale med om det der skete?

Hvordan oplevede du dit behandlingsforløb?

Hvordan oplevede du dine behov for støtte, afklaring, ønsker og behov?

Hvordan kunne du have set dig selv som samarbejdspartner?

Bilag 3

Interviewguide: almen praksis

Patienter og patientforløb

Hvordan udredes smertepatienter i almen praksis (fx hvilke symptomer, spørgsmål, procedurer og undersøgelser overvejes og indgår)?

Hvordan behandles smertepatienter?

Hvor lang tid varer et patientforløb typisk?

Hvor stor en andel af disse patienter, vurderer du, henvises til specialiseret behandling, og hvor henvises patienterne typisk til?

Hvilke faggrupper varetager den specialiserede behandling?

Hvordan afgøres om og hvortil patienten skal henvises?

Er der samarbejde mellem almen praksis og de specialiserede behandlingsindsatser og hvordan fungerer dette samarbejde i så fald?

Er patienter med smerter ressourcekrævende for almen praksis? Hvis ja, på hvilken måde 'fylder' de? Hvilke ressourcer kræver det at håndtere smertepatienterne?

Refleksioner omkring organisering af behandling

Hvilken rolle har praktiserende læge i den samlede behandling af smertepatienten?

Er der tilstrækkelige og relevante behandlingsmuligheder og behandlingsprocedurer for patientgruppen? Hvis ikke, hvad skal der organisatorisk til for at patientgruppen får den rette behandling?

Hvordan ville et optimalt forløb for en smertepatient se ud efter din mening? Hvordan skulle det organiseres?

Kan man sige noget om patientens risiko for at udvikle komplekse smertetilstande (dvs. betydelig indvirkning på funktions- og arbejdsevne)? Hvad er symptomerne i så fald på udviklingen af komplekse smertetilstande?

Hvordan pågår vurderingen af patientens risiko for at udvikle komplekse smertetilstande typisk?

Interviewguide: specialiserede smertecentre

Patienterne

Hvilke patienter kan henvises til behandling hos jer?

Hvor mange patienter behandler i om året? Evt. fordelt på diagnoser / lokalisation af smerter?

Hvordan er fordelingen af patienterne i forhold til diagnose / lokalisation af smerter?

Er der nogle typer af smertepatienter, som ikke behandles hos jer (fx patienter med hovedpine eller leddegigt)? Hvorfor?

Er det efter din mening de rette patienter, som henvises til behandling? Hvorfor / hvorfor ikke?

Organisering

Hvor henvises jeres patienter typisk fra? Hvordan er fordelingen af henvisningerne?

Hvor lang tid går der i gennemsnit fra patienten bliver henvist til jer til behandlingen hos jer iværksættes?

Hvor længe har patienten i gennemsnit haft smerter inden de kommer i behandling hos jer?

Hvor langt er forløbet typisk hos jer?

Hvad er formålet med behandling på et smertecenter?

Kan du prøve at beskrive et typisk patientforløb hos jer?

Er der et samarbejde mellem smertecentret og vedkommende som har henvist patienten?

Hvordan fungere dette samarbejde i så fald?

Hvordan ville et optimalt forløb for en smertepatient se ud efter din mening?

På hvilket tidspunkt i forløbet skulle behandling på et smertecenter optimalt iværksættes efter din mening?

Hvilke muligheder eller barrierer ser du i forhold til at kunne behandle smertepatienter i en tidlig fase (fx efter symptomer i 6 mdr.)?

Hvis man forestiller sig, at der blev udviklet et redskab, til brug i almen praksis til at identificere patienter i en tidlig fase, som er i risiko for at udvikle smertetilstande, der har betydning for funktions- og arbejdsevnen. Hvad tænker du om det?

