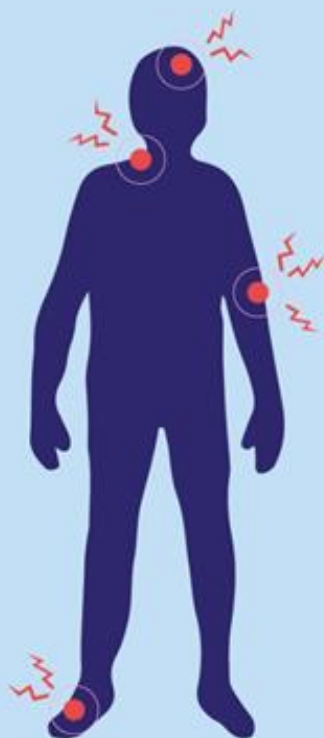




INDSATSBEKRIVELSER SMERTECENTER SYD

Tværfagligt behandlingsforløb for patienter med komplekse kroniske smerter



Smertecenter Syd, Odense Universitetshospital

Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling V

Heden 7-9, 1. sal, Indgang 200

5000 Odense C

patienten først **OUH**  Region Syddanmark

Indhold

Forord	4
1 Behandling af patienter med komplekse kroniske smerter.....	5
1.1 Definition af smerter	5
1.2 Formål med behandling	6
1.3 Det teoretiske afsæt	7
1.4 Behandlerkompetencer	7
1.5 Tilgang til patienten.....	8
2 Evaluering af forløb.....	9
2.1 Formål	9
2.2 Indhold	9
2.3 Tidsforløb.....	11
2.4 Afrapportering	11
3 Tværfagligt standardforløb	13
3.1 Visitation efter henvisning	15
3.2 Introvideo	17
3.3 Kort primærsamtale.....	19
3.4 Forstå smerte.....	21
3.5 Lang primærsamtale.....	23
3.6 Livet med smerter	27
3.7 Første opfølgning ved forløbskoordinerende sygeplejerske	30
3.8 Stressreduktion	31
3.8.1 Afspænding	31
3.8.2 Mindfulness baseret stress reduktion	33
3.9 Anden opfølgning ved forløbskoordinerende sygeplejerske.....	35
3.10 Tværfaglig konference	37
3.11 Afsluttende samtale	39
4 Tillæg til standardforløb	41
4.1 Socialt stress, uafklaret beskæftigelsessituation og forløb i jobcenterregi ..	41
4.1.1 Visitation ved socialrådgiver	41
4.1.2 Helbred og arbejdsmarked	43
4.2 Kropslig beskyttende/undgåelsesadfærd	45
4.2.1 Visitation ved fysioterapeut.....	45
4.2.2 Kognitiv funktionel terapi forløb	47
4.3 Psykologiske barrierer for deltagelse i standardforløb.....	49
4.3.1 Visitation hos psykolog før standardforløb.....	49
4.3.2 Visitationssamtale hos psykolog efter standardforløb	51

4.3.3	Terapihold	52
4.4	Medicinsk behandling.....	55
4.4.1	Medicinsamtale hos læge/sygeplejerske.....	55
4.4.2	Medicinjustering/medicinsk forløb.....	56
4.4.3	Nedtrapningshold	57
4.5	Sygeplejetelefon.....	58
4.6	Statusattest LÆ125	59
4.7	Sekretær.....	61
	Efterord.....	63
	Referencer.....	64
	Appendix 1 - patientmateriale.....	65

Forord

God klinisk praksis kræver løbende justering og opdatering i forhold til ny forskning og evidens. Smertecenter Syds indsatsbeskrivelse er dog mere end en almindelig opdatering – den er også udtryk for en ambition, vi har haft i mange år, nemlig at arbejde med en højere grad af faglig systematik og tydelighed, hvor vi lader integrationen af klinik, forskning, uddannelse og formidling være den gennemgående retning i vores arbejde. Vi arbejder derudover med, hvordan behandlingsbudskab og behandlingsgreb komplementerer hinanden – vores faglig motto er, at greb og budskab skal følges ad.

Med baggrund i den aktuelle forskning arbejder vi nu med et nyt behandlingsflow, hvor vi nedtoner den medicinske behandling og i stedet tilbyder et standardforløb sammensat både af generiske og individualiserede indsatser. Vi gør dette af flere årsager. For det første for at sikre, at flere patienter tilbydes det, vi fra forskningen ved virker, nemlig viden omkring smerter og stressreduktion. For det andet for bedre at kunne sikre interventionsintegriteten gennem ensartethed af budskaber og intervention. For det tredje giver standardforløbet os bedre mulighed for at evaluere på interventionens enkeltdele, hvilket på sigt giver os en mere nuanceret forståelse af, hvad der virker til hvem. Centralt for behandlingen er, at vi i endnu højere grad end tidligere forventer, at patienten er en aktiv deltager i behandlingsprocessen – dette særligt med henblik på at øge patientens self-efficacy og empowerment.

I vores nye standardbehandling har vi også integreret nye modeller til forståelse og forklaring af komplekse kroniske smerter. En forklaringsmodel (inspireret af 3P modellen), der med sit fokus på grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktorer i forhold til komplekse kroniske smerter giver os en overordnet ramme for ikke alene at forstå, at der er biopsykosociale faktorer i spil, men også at forstå på hvilken måde. Ved at hjælpe patienten til at forstå de disse faktorerers betydning for komplekse kroniske smerter, kan patienten særligt arbejde med at påvirke nogle af de faktorer, som er med til at vedligeholde den komplekse smerte og derigennem påvirke funktionsniveau og livskvalitet positivt.

Vores arbejde med standardforløbet har betydet, at vi som samlet Smertecenter har skullet arbejde med vores fælles forståelse således, at vi er blevet fagligt skarpe og ensartede i vores budskaber. Det er nu præcist beskrevet hvad der bliver sagt og gjort – og hvornår i forløbet og af hvem. Dermed sikrer vi en sammenhæng i budskaber og behandling til gavn for patienten. Under udviklingen af det nye behandlingsflow og indsatsbeskrivelsen har vi fået feedback fra patienter og repræsentanter fra patientforeninger.

Vi håber, at vi med denne indsatsbeskrivelse kan fortsætte vores arbejde med faglig tydelighed og inspirere andre på Smerteområdet til at gøre det samme.

Odense, August 2023

Kira Søndberg Fuglsang (Psykolog, Specialist og supervisor i Klinisk psykologi)

Laila Bendix (Læge, Ph.d.)

Henrik Bjarke Vægter (Fysioterapeut, Ph.d., Klinisk Professor)

1 Behandling af patienter med komplekse kroniske smerter

Udarbejdet af Kira Søndberg Fuglsang, Laila Bendix og Henrik Bjarke Vægter

Smertecenter Syd er et multidisciplinært universitetssmertecenter, der har regionsfunktion ift. behandling af patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter. Patienter henvises til behandling fra praktiserende læge.

I Smertecenter Syd behandler vi patienter med komplekse kroniske non-maligne smerter, hvor: (1) monofaglig terapi ikke har haft effekt, (2) patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, og (3) hvor tyngden af de fysiske, psykologiske, sociale og eksistentielle problemer, nødvendiggør en tværfaglig indsats (Sundhedsstyrelsen, 2023).

1.1 Definition af smerter

IASP (International Association for the Study of Pain) definerer smerte som "En ubehagelig sans- og følelsesmæssig oplevelse forbundet med, eller som ligner den forbundet med, aktuel eller mulig vævsskade" (Raja, et al., 2020). Smerte er således altid en personlig oplevelse, der i forskellig grad påvirkes af biologiske, psykologiske, sociale og eksistentielle faktorer.

Akutte smerter

Smerter der har varet i kortere tid, typisk minutter, timer eller dage kalder vi for akutte smerter. Akutte smerter er kroppens og hjernes måde at fortælle os, at der er aktuel eller mulig fare på færde. De akutte smerter forstås ofte bedst som et advarselssignal. Formålet med de akutte smerter er først og fremmest, at få os til at fjerne os fra det der er farligt for vores krop, så vi ikke kommer mere til skade og derefter at sikre gode vilkår for at vi heler op igen (IASP, 2023).

Kroniske smerter

Hvis smerterne har varet i mere end tre måneder, kalder vi det for kroniske smerter (IASP, 2023). Kroniske smerter er et stort folkesundhedsproblem rapporteret af 20-25 % af voksne i den vestlige verden (Breivik, et al., 2006). På trods af lidt forskellige definitioner kan kronisk smerte operationaliseres som en tilstand, hvor en person oplever smerte de fleste dage eller hver dag i mere end tre måneder (Zelaya, et al., 2020).

Ved kroniske smerter bliver smertesystemet ofte mere aktivt (Woolf, 2011) (Latremoliere, et al., 2009). Det bliver aktiveret tidligere end normalt, og samtidig fortolker vores hjerne også signalerne kraftigere end normalt. Det betyder, at vi bliver mere følsomme for fx tryk, varme, berøring og bevægelse omkring det område, hvor smerterne opleves og smerterne, og følsomheden kan sprede sig til andre områder end der, hvor smerterne oprindeligt startede (Nijs, et al., 2021). Generelt kan man sige, at ved kroniske smerter er smertesystemet i øget alarmberedskab. Det medfører, at sammenhængen mellem det der oprindeligt var årsag til smerten, og den smerte der opleves, er mindre.

Mens kroniske smerter er en byrde for den enkelte person, er det ikke alle der påvirkes lige meget. Vi inddeler kroniske smerter i to typer: simple kroniske smerter og komplekse kroniske smerter.

Simple kroniske smerter

De simple kroniske smerter forekommer langt hyppigst og defineres ved, at de kroniske smerter (smerte de fleste dage eller hver dag i mere end tre måneder) kun påvirker hverdagen i lettere grad. Mennesker der lever med simple kroniske smerter kan de fleste dage passe deres hverdag og deres arbejde eller fritidsliv. Ofte er nattesøvnen rimeligt god, og behandlinger af de smertefulde områder (ex. træning, massage, akupunktur, kiropraktik eller lign.) har ofte en rimelig effekt i kortere eller længere tid.

Komplekse kroniske smerter

De komplekse kroniske smerter er mindre hyppige. Omkring 5-8 % af voksne i den vestlige verden opfylder kriterierne for komplekse kroniske smerter (Bruun, et al., 2023). Komplekse kroniske smerter (diagnosekode DR 52.2E) defineres som kroniske smerter, der har væsentlige konsekvenser for arbejdsliv og/eller hverdagsliv de fleste dage eller hver dag de seneste 3 måneder (Von Korff, et al., 2020). Komplekse kroniske smerter er ofte mere udbredte til større dele af kroppen og kan flytte sig fra sted til sted (Vaegter, et al., 2021), og patienterne udviser i højere grad tegn på øget smertefølsomhed (Vaegter, et al., 2016).

Fra de danske smertecentre ved vi, at patienterne ofte oplever en dårlig nattesøvn (Larsen, et al., 2022) (Vaegter, et al., 2021), og at hukommelse og koncentration er påvirket. Psykologisk set er humøret påvirket i negativ retning, og tænkningen kan være præget af katastrofering og negativt indhold (Vaegter, et al., 2021). For en mindre dels vedkommende er der tale om egentlig psykopatologi såsom depression, angst og PTSD (Hansen, et al., 2021) (Kha, et al., 2020) (Vaegter, et al., 2021). Socialt set er der ofte påvirket familieliv og relationer, og arbejdstilknytningen er påvirket hos størstedelen af patienterne (Vaegter, et al., 2021).

Vi ved, at de fleste patienter har forsøgt til med mange forskellige behandlinger som fx. træning, massage, akupunktur, kiropraktik, smertestillende medicin og operation inden henvisning til tværfagligt smertecenter (Vaegter, et al., 2021) og ofte med ingen eller sparsom effekt på smerterne.

Komplekse kroniske smerter har flere overlap med den nyere IASP/WHO-klassificering af kronisk primærsmerter, defineret som smerte, der har varet mere end 3 måneder og har betydelig påvirkning af dagligdags aktiviteter/sociale funktion og/eller betydelig følelsesmæssig påvirkning, OG hvor smerterne ikke kan forklares af en anden tilstand (Nicholas, et al., 2019). Komplekse kroniske smerter kræver dog ikke, at smerterne ikke kan forklares bedre af en anden tilstand og kan også være til stede sammen med kronisk sekundære smertesyndromer.

1.2 Formål med behandling

Formålene med behandlingsforløb i Smertecenter Syd for patienter med komplekse kroniske smerter er at:

- 1) afklare patientens samlede smertesituation og funktionsevne ud fra en biopsykosocial begrebsramme og stille en diagnose,
- 2) give viden og strategier mhp. at mindske den overbeskyttende funktion der er opstået i smertesystemet,
- 3) øge funktionsniveauet i forhold til arbejde, familieliv og fritidsaktiviteter og
- 4) opnå en bedre livskvalitet.

Gennem smerteudvikling¹ (undervisning om smerter og ledsagesymptomer samt mestring heraf) om komplekse kroniske smerter og træning af bl.a. afspænding, mindfulness og nye bevægestrategier i en kognitiv adfærdsterapeutisk ramme, har vi til hensigt, at patienterne opnår viden og strategier til stressreduktion og hensigtsmæssig mestring og derigennem muliggøre et øget funktionsniveau og en højere livskvalitet.

1.3 Det teoretiske afsæt

I Smertecenter Syd tager vi klinisk afsæt i 3P modellen (Wright, et al., 2019) som ser på grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktoreres betydning for komplekse kroniske smerter. Centralt i behandlingen er, at patienten får blik for sin egen vigtige rolle ift. at kunne påvirke og modulere de faktorer, som kan være medvirkende til at vedligeholde de komplekse kroniske smerter. Med det in mente er hovedvægten i vores behandling lagt på smerteudvikling og stressreduktion.

Vores smerteforståelse bygger på en mere moderne smerteforståelse, der bevæger sig væk fra den mekaniske tankegang, hvor smerter forstås som lig skade, til en mere systemisk tankegang, hvor smerter medieres af biologiske, psykologiske og sociale faktorer og derfor i høj grad er modulerbar (Cohen, et al., 2021).

Den psykologiske forståelsesramme udspringer af den kognitive forståelsesramme, hvor vi anvender redskaber og teknikker fra både kognitiv adfærdsterapi (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT) og mindfulness (MBSR). Disse har vist sig effektive metoder ved smertebehandling (Majeed, et al., 2019).

Den farmakologiske behandling følger nationale og internationale retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2019), men har en begrænset plads i behandlingen af komplekse kroniske smerter i Smertecenter Syd. Hvor det er relevant, kan den medicinske behandling ofte varetages monofagligt fx hos praktiserende læge. For kroniske komplekse smerter peger evidensen endvidere på, at den farmakologiske behandling ikke bør stå alene (Cohen, et al., 2021) og oftest er ineffektiv med mange langsigtede bivirkninger (NICE, 2021).

1.4 Behandlerkompetencer

Tværfaglig smertebehandling i Danmark varetages i regi af anæstesiologisk afdeling. Der er således ikke tale om et selvstændigt speciale, hvorfor tværprofessionelt sundhedspersonale rekrutteres bredt og ofte uden større forudgående kendskab til komplekse kroniske smerter.

For speciallæger med interesse for området er det muligt at tage den Nordiske Diplom Uddannelse i Avanceret smertebehandling (SSAI), mens det for sundhedsprofessionelle er muligt at tage en master i smertevidenskab og tværfaglig smertebehandling (AAU).

Fælles for personalet i Smertecenteret tilstræbes det, at de tager efteruddannelse indenfor enten CBT eller ACT og kommunikation, idet det er essentielt med både

¹ Begrebet Smerteudvikling er inspireret af begrebet psykoedukation, som bruges i psykiatrien og som beskriver en pædagogisk-terapeutisk indsats, hvor patienten undervises i, hvad det er for en psykisk lidelse vedkommende har, hvilke udfordringer der er forbundet med den og hvordan patienten via tilegnelse af forskellige strategier og redskaber kan lære at håndtere tilstanden mest hensigtsmæssigt. Vi bruger smerteudvikling som betegnelse for samme indsats blot rettet mod vores genstandsfelt, komplekse kroniske smerter.

kommunikative og grundlæggende terapeutiske kompetencer. Dertil kommer, at behandlere bør have indsigt i egne reaktionsmønstre og arbejder med at udvikle evner til at tage vare på sig selv i det krævende arbejde det er, at arbejde med mennesker der er ramt fysisk, psykologisk, socialt og eksistentielt.

1.5 Tilgang til patienten

Det er et gennemgående princip i vores behandling, at øge patientens tro på egne evner til at kunne håndtere sin situation (self-efficacy), øge patientens handleevne, kontrol og evne til at tage ejerskab over egen situation (empowerment) og at yde hjælp-til-selv-hjælp (Frostholm, et al., 2013). Vi antager en patientcentreret tilgang, hvor vi tilskriver patienten en aktiv rolle (Meland, et al., 2000). Dette kommer til udtryk i vekselvirkningen mellem det generiske og det individualiserede. Dette faciliteres fx gennem udlevering af personligt arbejdsmateriale, som skal udfyldes og øves mellem behandlingsgangene, og ved at patienten løbende bliver bedt om at reflektere over det lærte, både i gruppesammenhænge og ved individuelle samtaler.

2 Evaluering af forløb

Som universitetshospital og specialiseret smertecenter med regionsfunktion forpligter vi os til, via forskning, uddannelse og innovation, at sikre høj ensartet faglighed samt effektiv og sikker behandling til patienterne (Odense Universitetshospital, 2023). Via anvendelse af patientrapporterede oplysninger (PRO) ønskes fokus på inddragelse af patienter i deres eget forløb og i kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet (Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2016).

2.1 Formål

Gennem grundig ydelsesregistrering og indsamling af (PRO) før, under og efter behandlingsforløb arbejder vi systematisk med:

- at generere viden om komplekse kroniske smerter
- at monitorere patienternes udbytte af behandlingsforløb i smertecenteret
- at kvalitetsudvikle og forske inden for undersøgelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af komplekse kroniske smerter.

Derudover anvendes PRO til at understøtte dialogen mellem patienten og det tværfaglige team undervejs i behandlingsforløbet.

2.2 Indhold

PRO-skemaet (Tabel 1) er elektronisk og indeholder en kombination af generiske og domænespecifikke spørgsmål og spørgeskemaer (Vægter, et al., 2021) med udgangspunkt i den biopsykosociale model (Gatchel, et al., 2007). Skemaet er desuden inspireret af anbefalingerne for outcomes i studier på personer med kroniske smerter (Turk, et al., 2023) og af anbefalingerne til implementering af PRO data i klinisk praksis (Aaronson, et al., 2015). En del af spørgeskemaet er optaget som nationalt PRO skema i PRO sekretariatet under Sundhedsdatastyrelsen. Udviklingen af spørgeskemaet er sket i regi af projektet: "PainData – en national klinisk database for patienter med kroniske smerter", som er implementeret i størstedelen af de offentlige og private tværfaglige smertecentre/klinikker i Danmark. Spørgeskemaet er udviklet i et samarbejde mellem klinikere fra de tværfaglige smertecentre/klinikker, patientrepræsentanter og PainDatas arbejdsgruppe. Processen omkring udviklingen af spørgeskemaet har været faciliteret af Danske Regioner med afholdelse af flere workshops.

I den kliniske anvendelse af PainData-skemaet er der forsøgt at markere, hvornår besvarelserne antyder, at et domæne/tilstand kræver en klinikers særlige opmærksomhed (Snyder, et al., 2013). På baggrund af besvarelserne, er der udviklet en fortolkningsguide for, hvorledes skemaets besvarelser kan fungere som dialogstøtte.

Når det gælder brug af patientrapporterede oplysninger på individniveau, viser oversigtsartikler, at selve processen i rapporteringen af eget helbred kan mindske patienters symptomer, forbedre deres livskvalitet, forbedre kommunikationen med – og relationen til – de sundhedsprofessionelle samt tilfredsheden med behandlingen (Kotronoulas, et al., 2014). Derudover kan patientrapporterede oplysninger synliggøre oversete problemer (Chen, et al., 2013) (Marshall, et al., 2006). Det tyder derfor på, at aktiv inddragelse af patientrapporterede oplysninger i det kliniske møde er en metode til at forbedre forholdet mellem patienten og sundhedspersonalet.

Tabel 1 Oversigt over PRO domæner

Område	Element indenfor området	Spørgeskema/spørgsmål	Formål
Smerte	Debut	Kalenderangivelse	Indtryk af varighed
	Frekvens	Graded Chronic Pain Scale	Indtryk af temporale karakteristika
	Lokalisation	Smertertegning	Indtryk af type af smertetilstand
	Intensitet	0-10 Numerisk rangskala om smerteintensitet	Indtryk af variation i smerteintensitet over døgn
Øvrige symptomer	Forstoppelse/Diarré	Ja/Nej spørgsmål	Obs morfininduceret
	Restless legs	International diagnostic RLS criteria	
	Tiredhed	Symptom Severity Index part 2a, ACR2010/2016	Omfang af følgerikninger
	Hukommelse/koncentration	Symptom Severity Index part 2a, ACR2010/2016	Omfang af følgerikninger
Behandling	Søvn	Karolinska Sleep Questionnaire sleep quality subskala	Indtryk af omfang af søvnbesvær
	Nuværende Analgetika + effekt	Angivelse af medicin, dosis og frekvens	Indtryk af nuværende behandling + oplevet effekt
	Anden medicin	Ja/Nej spørgsmål + beskrivelse	Indtryk af behandling af komorbiditet
	Tidligere behandlinger	Ja/Nej spørgsmål	Indtryk af omfang af tidligere behandling
Funktionsniveau	Funktionsniveau/begrænsning	Pain Disability Index-5	Indtryk af oplevede begrænsninger i dagligdagen
	Fysisk aktivitet / stillesiddende		Indtryk af fysisk aktivitetsniveau / inaktivitet (KRAM)
Psykologiske faktorer	PTSS	International trauma Questionnaire	Indtryk af betydning af evt. traume
	Smerte-relateret katastrofetænkning	Pain Catastrophizing Scale	Indtryk af tanker og bekymringer om smerten
	Stress	Perceived Stress Scale-10	Indtryk af oplevelse af stress
	Bevægeangst	Tampa Scale of Kinesiophobia-17	Indtryk af tanker og bekymringer om krop og aktivitet
	Depression	Patient Health Questionnaire-9	Screening for humørpåvirkning / evt. depression
	Angst	Generalized Anxiety Disorder-7	Screening for angst
	Accept	Chronic Pain Acceptance Questionnaire-8	Indtryk af niveau af smerteaccept
	Self-efficacy	Pain Self Efficacy Questionnaire-2	Indtryk af pt. oplevelse af handlegkompetence
	Avoidance-Endurance adfærd	Avoidance Endurance Fast Screen	Indtryk af strategier og adfærdsmønstre omkring smerte
		PROMIS-10	Vurdering af generelt helbred og livskvalitet
Livskvalitet	Fysisk og mental helbred	EQ5D VAS-meter	Vurdering af generelt helbred
	Helbredstilstand	VBS10	Indtryk af pt. ønsker for behandlingsfokus
Værdier og præferencer	Værdibaseret sundhed		Indtryk af familierelation
	Civilstand	Spørgsmål som fra Danmarks Statistik	Indtryk af uddannelsesniveau
	Uddannelse		Indtryk af nuværende arbejdsituation
	Arbejdsituation	Ja/Nej spørgsmål	Indtryk af evt. forsikrings sag
	Forsikrings sag/arbejdsskadesag	Ja/Nej spørgsmål	Indtryk af nuværende sygdommelding
Sociale forhold	Sygemelding	0-10 Numerisk rangskala om sandsynlighed	Indtryk af pt. vurdering af mulighed for arbejde i fremtiden
	Tilbagevenden til arbejde/studie		
Demografi	Køn og alder	CPR genereret	Basisoplysning
	Højde, vægt	Numerisk angivelse	Basisbeskrivelse
	Ryning og alkohol	Kategorisk skala vedr. mængde daglig/uql.	Indtryk af evt. ryning og alkoholforbrug (KRAM)

2.3 Tidsforløb

Patienterne modtager PainData-skemaet samtidig med indkaldelse til Kort primærsamtale i Smertecenteret via e-Boks med opfordring til at udfylde skemaet elektronisk inden første besøg. Hvis skemaet ikke er udfyldt, får patienterne en automatisk reminder ugen før og kontaktes endvidere telefonisk nogle dage før Kort primærsamtale.

Som forberedelse gennemgår lægen besvarelsene inden første konsultation med det formål at danne sig et overblik over patientens besvarelse. Spørgeskemaet er IKKE tiltænkt at være beslutningsunderstøttende, men skal alene være en støtte for dialogen mellem patient og det tværfaglige team. Alle fagprofessionelle, der er involveret i behandlingsforløbet, har adgang til PRO data. Patienter i standardforløb besvarer også et kort spørgeskema undervejs i forløbet, og alle patienter i forløb inviteres til at besvare et spørgeskema efter endt behandling.

Indsatser registreres af den sygeplejerske der er forløbskoordinator for patienten efter endt behandlingsforløb.

2.4 Afrapportering

Der laves årlige rapporter over svarprocenter, patientkarakteristika og ændring i outcomes efter behandlingsforløb. Rapporter offentliggøres på Smertecenter Syds hjemmeside samt i fagfælle-bedømte forskningsartikler.



3 Tværfagligt standardforløb

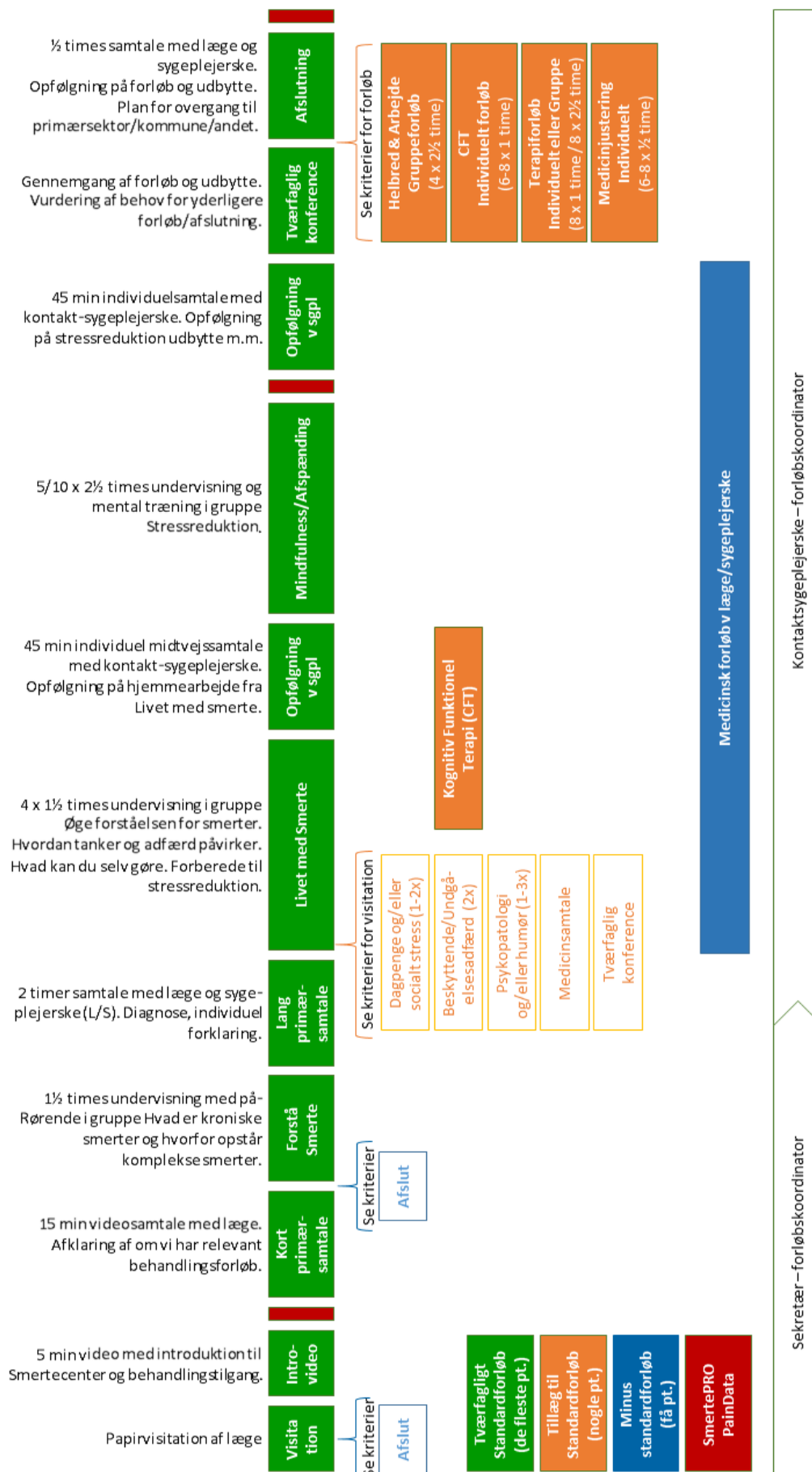
Udarbejdet af personalet i Smertecenter Syd

Som udgangspunkt tilbydes patienter det tværfaglige standardforløb (Figur 1). Det tværfaglige standardforløb tager afsæt i de seneste evidensbaserede anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2018) samt et ønske om at sikre en ensartet indsats af høj kvalitet for alle patienter.

Ved Kort primærsamtale sikres det, at inklusionskriterier er opfyldt og ved Lang primærsamtale vurderes, om patienten kan indgå i standardforløb, om der er behov for tillægsydelse til standardforløbet eller om patienten skal tilbydes et behandlingsforløb, der afviger fra det tværfaglige standardforløb.

Kontaktsygeplejersken (Schrader, et al., 2010) fungerer som forløbskoordinator (Wulff, et al., 2010) under forløbet og sikrer overgangene mellem de forskellige indsatser.

Figur 1 Oversigt over behandlingsforløb i Smertecenter Syd



3.1 Visitation efter henvisning

Udarbejdet af Kristina Espesen, Laila Bendix og Henrik Bjarke Vægter

Baggrund

Jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan for anæstesiologi (Sundhedsstyrelsen, 2023) modtager Smertecenter Syd patienter med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande af mere end seks måneders varighed, hvor: (1) monofaglig terapi ikke har haft effekt, (2) patienten er diagnostisk afklaret og færdigbehandlet i de relevante specialer, (3) der er alvorlig konsekvens for arbejdsliv og hverdagsliv, og (4) de kroniske smerter har udløst sociale og psykologiske problemer, som nødvendiggør en multidisciplinær indsats.

Formål

Vurdering af om patienten opfylder henvisningskriterier for Smertecenter Syd.

Indhold

Jf. beslutningstræ for papirvisitation (Figur 2) vurderes det, om patienten opfylder henvisningskriterier for et behandlingsforløb i Smertecenter Syd. Hvis det vurderes, at patienten ikke opfylder kriterierne til forløb i Smertecenter Syd, afvises henvisning med årsag og evt. plan til egen læge.

Tidsforløb

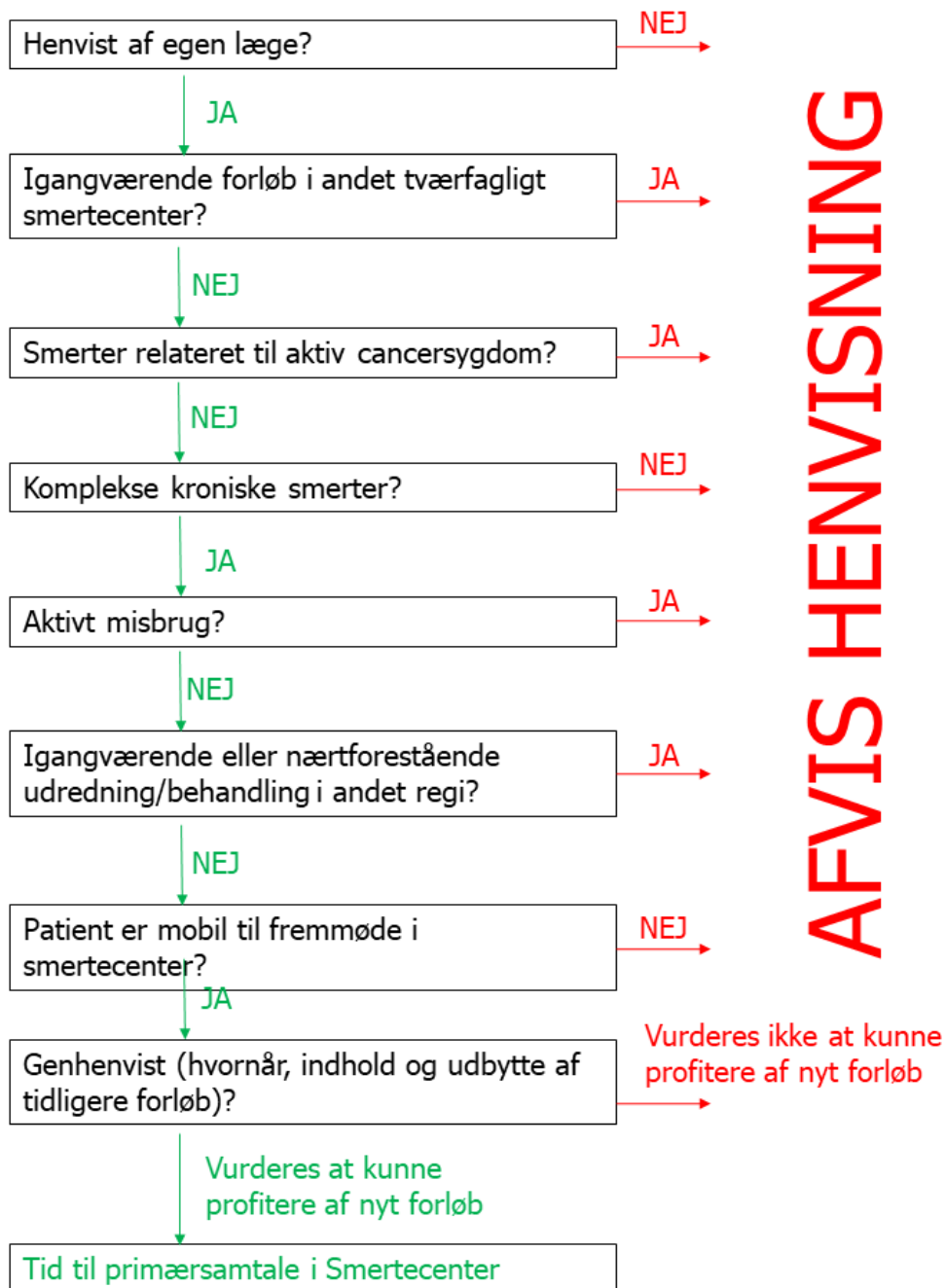
Foretages af læge indenfor 48 timer efter modtagelse af henvisning.

Behandlerkompetencer

Læge som har gennemgået introduktionsforløb i Smertecenteret.

Figur 2 Beslutningstræ for visitation efter henvisning

Beslutningstræ for visitation efter henvisning



3.2 Introvideo

Udarbejdet af Laila Bendix

Baggrund

Når patienterne henvises til Smertecenteret, har de haft smerter i flere år. Det er usikkert, hvilken viden der er givet om Smertecenterets behandling fra henvisende læge. Desuden har patienterne en erfaring og forforståelse af, hvad sundhedsvæsenet tilbyder af behandling. Patienterne har ofte været præsenteret for en mere mekanisk tankegang omkring smerter, hvor operation, medicin og fysisk genoptræning har været den gængse behandling. Dette gør sig ikke gældende for Smertecenterets behandling, som i højere grad handler om at tilegne sig viden og lave adfærdsændringer.

Formål

At præsentere smertecenteret og det tværfaglige standardforløb.

Forberede patienterne på, at Smertecenterets forståelse af smerter samt at behandlingen primært tager udgangspunkt i undervisning om komplekse kroniske smerter, stress reduktion og smertetacklings programmer.

Indhold

Video der kan ses via MitSygehus (<http://mit.rsyd.dk/artikel/232/30170>).

- Præsentere Smertecenteret og det tværfaglige standardforløb
- Begrunde rationale for behandlingen
- Forklare målet med behandlingen
- Understøtte patientens egen aktive rolle

Videoen er udarbejdet af klinikere og suppleret med patientcitater for at facilitere genkendelighed og validering.

Tidsforløb

Medsendes i indkaldelsesbrev. Telefonisk påmindelse få dage før Kort primærsamtale.

Patientkarakteristika

Alle patienter.



3.3 Kort primærsamtale

Udarbejdet af Kristina Espesen og Henrik Bjarke Vægter

Baggrund

Jf. specialeplanen (Sundhedsstyrelsen, 2023) modtager Smertecenter Syd patienter med komplekse kroniske non-maligne smertetilstande. En række faktorer (fx aktivt misbrug, samtidige udrednings- og behandlingsforløb, og manglende ressourcer og motivation til at indgå i behandlingen) vurderes at medvirke til, at en andel af de henviste patienter ikke profiterer af tilbuddet i de tværfaglige smertecentre. Kort primærsamtale er derfor indgangen til behandling i Smertecenter Syd for alle patienter der ikke er afvist ved papirvisitation.

Formål

Grundig vurdering af, om patienten opfylder kriterier for forløb i smertecenteret (Figur 3) samt vurdering af relevans, timing og patientens motivation for tværfagligt standardforløb.

Indhold

1. Beslutningstræ gennemgås
2. Relevans, timing og motivation for tværfaglig standardforløb afdækkes
3. Sikre at patienten modtager relevant information om tværfagligt standardforløb herunder indhold og forventninger
4. Hvis det vurderes at patienten opfylder et eller flere eksklusionskriterier, afsluttes patienten med årsag og evt. plan til egen læge

Tidsforløb

15 minutters videosamtale (alternativt telefonsamtale) med læge via MitSygehus. Ved behov kan samtalen afholdes fysisk i smertecenteret.

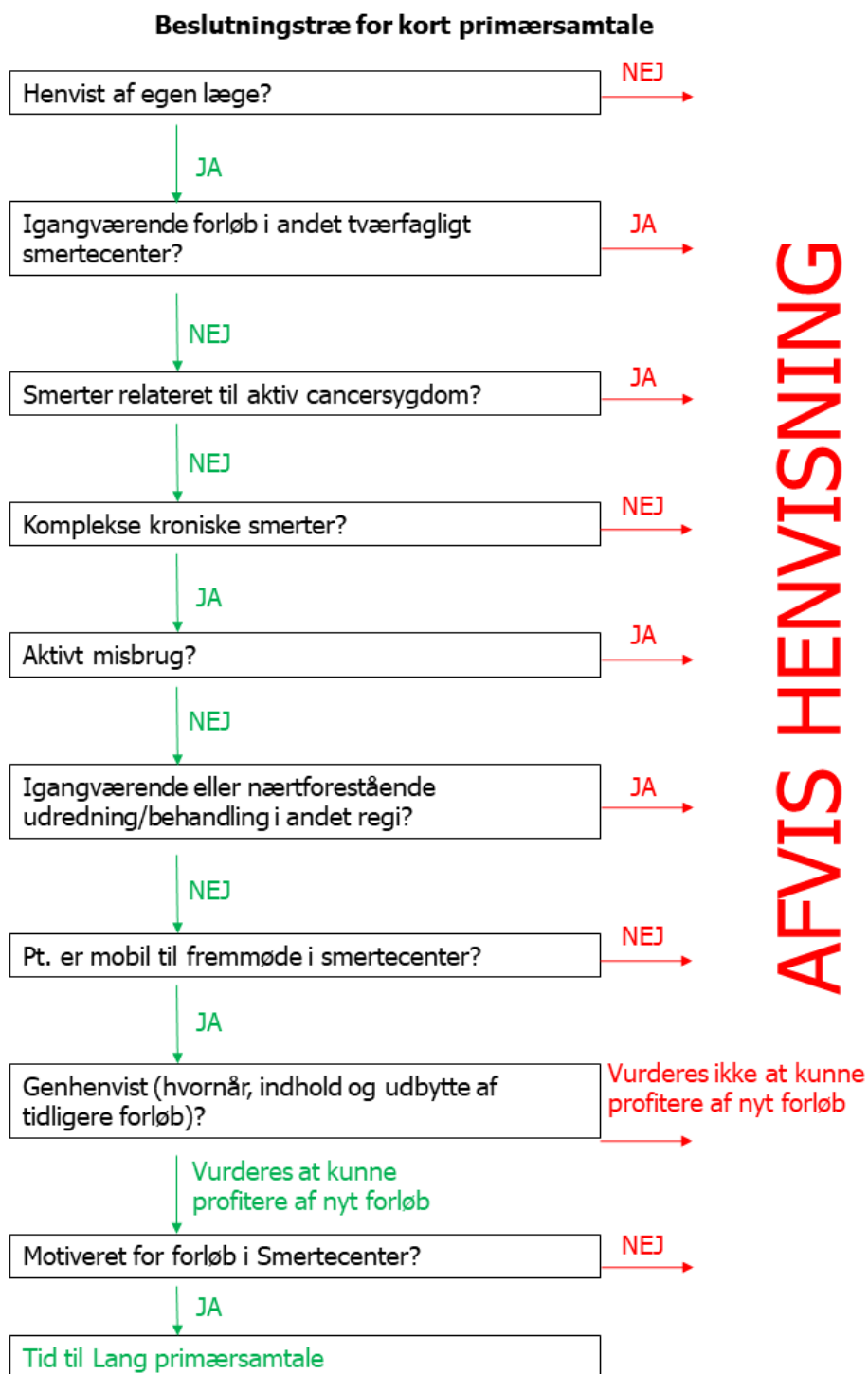
Behandlerkompetencer

Læge som har gennemgået introduktionsforløb i Smertecenteret.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Der dokumenteres i EPJ ud fra standardfrase.

Figur 3 Beslutningstræ for Kort primærsamtale



3.4 Forstå smerte

Udarbejdet af Laila Bendix

Baggrund

Der er stærk anbefaling for undervisning i smertefysiologi, behandlingsmuligheder, psykosociale faktorerers betydning og håndtering af smerter (Sundhedsstyrelsen, 2018) (Royal College of Anaesthetists, 2021). Undervisning i smerter bruges som en del af den tværfaglige behandling, med det formål at rekonceptualisere (reframing) smerter fra en mere biomekanisk tankegang, hvor smerter er udtryk for skade, til en biopsykosocial tankegang hvor sammenhængen mellem det der oprindeligt var årsag til smerten, og den smerte der opleves, er mindre (Mittinty, et al., 2018). Der er evidens for, at viden kan facilitere patientens evne til at mestre smerter, nedsætte bevægeangst og katastrofering (Sundhedsstyrelsen, 2018) (Ziadni, et al., 2021).

Formål

Undervisningen er som udgangspunkt obligatorisk for at indgå i et behandlingsforløb og den har til formål at:

- Tilbyde vores forståelse af smerter
- Begynde rekonceptualisering (reframing) og åbne for at der kan arbejdes med korrektion af overbevisninger og tanker om smerte
- Modne/klæde på til Lang primærsamtale
- Forberede på patientens aktive deltagelse i behandlingen

Indhold

Undervisningen er bygget op over tre videoer (findes på MitSygehus: <http://mit.rsyd.dk/artikel/232/30170>), der tilsammen dækker nedenstående emner:

- Smerte er ikke lig skade
- Smerte er en oplevelse der dannes i hjernen
- Smerte afhænger af mange forskellige faktorer både præmorbid og i forhold til den aktuelle situation og håndtering
- Der er noget at gøre i forhold til, hvordan patienten er sammen med smerten
- De vedligeholdende faktorer er udgangspunktet for behandling
- Patienten spiller selv en aktiv rolle

Tidsforløb

Varighed er ca. 1½ time med en indlagt pause. Skal gerne deltage 1-2 uger inden Lang primærsamtale.

Læringsrum

Forstå smerte er patientens første fysiske møde med Smertecenteret. Det er derfor vigtigt, at vi møder dem med rummelighed, professionalisme og empati. Undervisningen foregår i grupper af op til 25 patienter og deres pårørende (over 18 år).

Der anvendes videoer og powerpoint til at understøtte vidensdelingen, men dialog og den aktive inddragelse af patienternes egne erfaringer og forståelse er vigtig. Udlevering af materiale herunder første arbejdsark signalerer vigtigheden af patienternes egen aktive indsats.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Alle patienter og deres primære pårørende over 18 år.

Ekklusionskriterier:

- Behov for tolkning.

Behandlerkompetencer

Undervisere skal kende den nuværende forståelse for smerter og være velkendt med afdelingens behandlingstilbud. Undervisere skal have en pædagogisk forståelse og skal som minimum have deltaget i kurser om undervisning og gerne have undervisningserfaring.

Primær holdbehandler skal have sundhedsfaglig uddannelse, min. et års erfaring i Smertecenteret og deltaget 4-6 gange som føl og sekundær holdbehandler. Sekundær holdbehandler kan være alle faggrupper i Smertecenteret med min. ½ års erfaring, og deltaget som føl.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Forstå smerte er ofte patienternes første fysiske møde med Smertecenteret. Patienten skal ved Kort primærsamtale gøres opmærksom på, at det er undervisning i gruppe.

Der arbejdes videre med patienternes forståelse og udbytte ved Lang primærsamtale ved brug af udleverede arbejdsark.

3.5 Lang primærsamtale

Udarbejdet af Berit Kokholm Nielsen, Karin Due Bruun, Kira Søndberg Fuglsang, Laila Bendix og Kristina Espesen

Baggrund

Når en patient henvises til behandling i Smertecenteret, er det en lægelig opgave at stille en diagnose og lægge en behandlingsplan (Munksgaard, 2016). Komplekse kroniske smerter er en diagnose der stilles på baggrund af en grundig anamnese, der afdækker smerternes varighed og kriterier for kompleksitet.

Patienterne har oftest været igennem talrige undersøgelser og vurderingen inden for andre specialer. Derfor er det afgørende, at lægen i anamnesen sikrer, at patienten er udredt mht. relevante differentialdiagnoser og laver en samlet vurdering. Hvis lægen finder, at patienten opfylder kriterier for komplekse kroniske smerter, er det vigtigt at dette ikke formuleres som en eksklusionsdiagnose men som en selvstændig, gyldig diagnose med egne karakteristika og kriterier (Cohen, et al., 2021).

Behandlingen af komplekse kroniske smerter omfatter, udover at stille en diagnose, også en forklaring på, hvad komplekse kroniske smerter er. Her vil det ofte være afgørende at arbejde med patientens forforståelse og korrigere eventuelle uhensigtsmæssige overbevisninger omkring smerten (Caneiro, et al., 2021). Generisk undervisning kan understøtte denne proces, men det er essentielt at der tages udgangspunkt i patientens egen individuelle historie, ift. at forstå hvordan grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktorer spiller en rolle for deres smertetilstand (Odense Universitetshospital, 2023) (Wright, et al., 2019).

Formål

- Optage anamnese
- Stille evt. smertediagnose og påbegynde reframing
- Koble anamnese og viden fra Forstå smerte
- Vurdere behov og motivation for behandling i Smertecenteret
- Initiere behandling

Indhold

En skematisk oversigt kan ses i Tabel 2.

Anamnesen omfatter:

- Smerteanamnese
- Afklaring af om patienten er færdigudredt for smertetilstanden
- Differentialdiagnoser og co-morbiditet (herunder søvnanamnese)
- Psykologiske forhold (opvækst, traumer, humør)
- Sociale forhold (herunder forsørgelsesgrundlag, forsikringsager, socialt netværk, støttefunktioner)
- Igangværende og tidligere farmakologisk og non-farmakologisk behandling
- Afdække barrierer for forløb (fx parallelforløb, misbrug, konkurrerende biopsykosociale belastninger, sproglige eller kulturelle).
- Andre juridiske krav (fx brug af afhængighedsskabende stoffer, suicidalrisiko, kørselsforbud)

Objektive undersøgelser:

- Undersøgelse for smertemodaliteter (kulde, børste og pin-prik)

Diagnosticering

- Give, forklare og sikre forståelse af diagnosen

Initiere behandling:

- Udforske patientens smerteforståelse som afsæt for reframing
- Udforske patientens oplevelse af grad af overaktivt smertesystem
- Udforske patientens 3P faktorer for at give patienten forståelse for egen problematik og hvor der kan gøres noget
- Forventningsafstemning og italesættelse af patientens egen aktive rolle
- Information om forløb i Smertecenteret
- Ved farmakologisk behandling lægges og dokumenteres en behandlingsplan

Tidsforløb

Andet fremmøde og første individuelle møde med patientansvarlige læge og forløbskoordinerende sygeplejerske. Der afsættes 2½ time, hvoraf ca. 1½ times samtale med patienten og evt. pårørende (pause indlægges midtvejs ved behov). Ved behov kan det undtagelsesvis udvides med en ekstra samtale med læge og/eller sygeplejerske for at sikre at indholdet er dækket sufficient.

Læringsrum

Etablering af alliance til patient og pårørende er en vigtig del af behandlingen. Dette understøttes ved, at behandlere har sat sig grundigt ind i patientens historie (gennem EPJ og PainData), at der er sat god tid af, og ved at være nysgerrige og undersøgende ift. at udfolde patientens historie.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

Se Figur 3 Beslutningstræ for Kort primærsamtale

Ved fremmedsprogede patienter er der bestilt relevant tolk.

Behandlerkompetencer

For at sikre kvalitet og bredde i perspektiv på patienten ved Lang primærsamtale, er tværfaglig deltagelse med både patientansvarlig læge og kontaktsygeplejerske (Schrader, et al., 2010) afgørende. Begge skal have gennemgået oplæringsforløb. Kontaktsygeplejersken overtager her rollen som forløbskoordinator efter sekretæren (Wulff, et al., 2010).

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Der laves konklusion og plan, som samstemmes med patientens forventninger og motivation. Journal optages med udgangspunkt i skabelon. Hvis kriterier for visitation ved socialrådgiver, psykolog eller fysioterapeut er tilstede, gives tid til dette. Såfremt der er usikkerhed omkring behandlingsbehov, drøftes patienten på tværfaglig konference mhp. behov for tillæg til tværfagligt standardforløb.

Tabel 2 Indhold, formål, budskab og metode for Lang primærsamtale

Intervention	Formål	Budskab	Metode
Forberedelse (15 min)	Danne overblik	Vi gør os umage med at forstå din historik	Sundhedsjournal/EPJ
Indledning/opsummering af udredning (15 min)	Danne overblik Skabe alliance	Du har været igennem relevant udredning	Sundhedsjournal/EPJ
Anamnese Det bio-psyko-socialt-eksistentielle perspektiv (30 min)	Forstå hvad patienten forstår Lytte til patienten.s pain beliefs og egen forståelse af symptomer og årsager. Validere Indhente oplysninger der kan kvalificere en smertediagnose Afklare differentialdiagnoser	Smerte er en oplevelse Smerte afhænger af mange forskellige faktorer både præmorbid og i forhold til den aktuelle situation og håndtering	Alm journaloplysninger Afdække prædisponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer med patienten. Inspirationsspørgsmål (hvordan foldes det ud)
Pause (5min)	Patient og evt pårørende samt personale får tid til mental og fysisk pause	Smertepatienter er ofte kognitivt udfordrede Pauser er vigtige	
Diagnosticering (15 min)	Stille en primær/kompleks kronisk smertediagnose Trække en streg i sandet Ved comorbiditet – henvise til vurdering hos relevante fagpersoner	Du er tilstrækkeligt udredt Dine symptomer er dele af et samlet sygdomsbillede Du skal ikke lede efter flere quick fix	Udredningsliste/Anamnese Objektiv smerteundersøgelse Kreativ håbløshed

Forberedelse til behandling og det videre forløb	Perspektivskifte/reframing	Smerte er ikke lig skade	Sammenholde patientens anamnese med forklaringsmodel (3P) og overaktivt smertesystemsmodel
(30 min)	Være en tydelig og klar autoritet der validerer patienten. i forhold til symptomer og oplevelse og relaterer dette til vores forklaringsmodel	Smerte er en oplevelse Der er noget at gøre i forhold til, hvordan du er sammen med smerten	Inddragelse af patienten. i forhold til forståelse og om de køber ind på den
	Skabe sammenhæng for patienten ift symptombilledet		
Afrunding	Sikre at patienten oplever mening med dagens samtale	Det er vigtigt at samtalen giver mening for dig	Opsummering af samtale
	Sikre at patienten kender sit videre forløb	Du skal kende din plan	Præsentation af videre plan Udlevering af skriftligt materiale herunder aftaleark

3.6 Livet med smerter

Udarbejdet af Laila Bendix

Baggrund

Smertetacklingsprogrammer er førstevalgsintervention for mennesker med komplekse kroniske smerter, idet der er god evidens for, at kognitiv-adfærdsterapeutiske metoder er effektive, når det kommer til at forbedre smerteoplevelsen, humør, mestring og aktivitetsniveau. Smertetackling skal indeholde metoder, der promoverer adfærdsforandringer og bedre livskvalitet, og deltagerne skal øve disse i deres hjem og daglige miljø for at integrere dem i deres hverdag.

Smertetackling kan med fordel gives i grupper, da det normaliserer smerteoplevelsen, giver mulighed for peer-to-peer læring og er kost-effektive (Royal College of Anaesthetists, 2021) (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Formål

Livet med smerter skal klæde patienten på til at:

- opdage modificerbarheden af smerter
- opdage tanker og overbevisningers betydning for smerter og adfærd
- få redskaber til at udfordre tanker, særligt dysfunktionelle overbevisninger og katastrofetanker
- få redskaber til aktivt at vælge adfærdsmønstre
- få indblik i stressreduktion og betydningen heraf for håndtering af smerter

Indhold

Det overordnede tema er livet med smerter. Der er et tema til hver undervisningsgang (se Tabel 3):

Smertes, vedligeholdende faktorer og ledsagesymptomer:

Her tages udgangspunkt i smertekurven (La Cour, 2019) og viden om det overbeskyttende smertesystem (Fitzcharles, et al., 2021) (Woolf, 2011) samt 3P forklaringsmodellen (Wright, et al., 2019). Validering, bevidstgørelse og skabelse af håb er nøgleord, men også at få blik for modificerbarheden.

Smertes, tanker og overbevisninger:

Med udgangspunkt i common sense model (Bunzli, et al., 2017) og den kognitive diamant (Arendt, et al., 2012) bevidstgøres patienterne om deres egen tænkning og forståelse og de trænes i håndtering af (dysfunktionelle) tanker.

Aktivitetsregulering:

Her edukeres i Avoidance/Endurance modellen (Hasenbring, et al., 2010) (Titze, et al., 2021) og der trænes i stabilt aktivitetsniveau og i at styrke patienten i at tage aktive bevidste valg.

Stressreduktion:

Opsamling og introduktion til stressreduktionsholdene: Mindfulness og Afspænding.

Tidsforløb

Livet med smerter foregår i gruppe i et forløb på 4 gange, fordelt med 1 gang ugentligt af 2 timers varighed.

Læringsrum

Ud fra den kognitivt-adfærdsterapeutiske forståelsesramme arbejdes der på flere niveauer: Vidensdeling, inddragelse og dialog, samt i nogen grad proces. Dette faciliteres af underviserne efter behov. Patienterne skal have viden, men særligt omsætte denne viden til praktisk handling. Derfor er det vigtigt at de involveres aktivt i undervisningen. Dette gøres gennem mindre gruppearbejder og dialog, og særligt gennem hjemmearbejde, således at materialet integreres i den enkeltes hverdag.

Patientkarakteristika

Henvender sig som udgangspunkt til alle patienter, der indgår i standardforløb.

Inklusionskriterier:

- Motiveret for at tilegne sig viden omkring egen smertetilstand og
- Villige til at arbejde med konkrete ændringer i forhold til måde at håndtere den komplekse kroniske smertetilstand på

Eksklusionskriterier:

- Sprogbarrierer, skal kunne forstå nuancer i det danske sprog
- Svær psykopatologi (fx betydelig social angst, svær depression, ubehandlede personlighedsforstyrrelser) skal som minimum være afdækket og italesat ved psykologfaglig behandler
- Igangværende medicinsk afprøvning

Behandlerkompetencer

Det er et krav, at underviserne ud over viden om smerter har en vis efteruddannelse inden for kognitiv terapi/ACT, idet der arbejdes ud fra en kognitivadfærdsterapeutisk/ACT baseret ramme.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Ved Lang primærsamtale initieres smerteudvikling. Information gives både mundtligt og skriftligt.

I forbindelse med sidste holdgang giver behandlere tilbagemeldinger til kontaktsygeplejersken. Ved den første opfølgende sygeplejerskesamtale følges op på det lærte.

Tabel 3 Indhold, budskab, redskab og greb på Livet med smerter

Indhold	Budskab	Redskab	Greb
Smerte-regulering	Smerter ikke nødvendigvis er lig skade	Overaktivt smertesystem	Viden
	Smerter ikke er farlige når de er kroniske	Smertebremse/ smertespeeder	Reframing
	At dine smerter svinger i intensitet		
	Og du har handlemuligheder og en grad af indflydelse		
Tanker	Din forforståelse og tanker om smerte spiller ind på din smerteoplevelse	Diamant	Common sense model og pain beliefs (reframe)
	Dine hyppigste tanker om smerter	Hjælpetanker/Giv tanken et navn	Omstrukturering "light"
	Og hvilke hjælpesætninger bruger du så?		Hjælpetanker
Adfærd	Din go-to adfærd	Kamp (boom-bust) vs undgåelse	Funktionen af adfærd
	Hvad er konsekvensen af passiv undgåelse?		Avoidance/endurance
	Hvad er konsekvensen af kamp?	Det aktive valg	
	Og hvordan arbejder du med den aktive regulering?		Slippe kampen (accept)
Stress reduktion	Du kan (gen)indføre aktiviteter i din hverdag	Hvad vil du gerne have mere af?	Empowerment
		Korte øvelser	Self efficacy
	Stressreduktion		Afspænding/Mindfulness

3.7 Første opfølgning ved forløbskoordinerende sygeplejerske

Udarbejdet af Laila Bendix, Berit Kokholm Nielsen, Kira Søndberg Fuglsang og Anne-Mette Rasmussen

Baggrund

Standardforløbet er bygget op således, at der veksles mellem gruppebaserede og individuelle indsatser. Kontaktsygeplejersken kender til patientens historie fra Lang primærsamtale og kan derfor støtte patienten i dennes proces.

Formål

Støtte patienten i at omsætte det lærte til egen situation.

Indhold

Første del: Opsamling på Livet med smerter

Formålet er at sikre sig at patienten har forstået og omsat de vigtigste pointer fra Livet med smerter (Tabel 3):

- Smerter, vedligeholdende faktorer og ledsagesymptomer
- Smerter, tanker og overbevisninger
- Aktivitetsregulering
- Stressreduktion

Her lyttes ind til, hvad der har givet mest mening (hvilke redskaber fremhæves/bruges, hvor er der modstand).

Anden del: Afdække patientens individuelle barrierer/tematikker ift. videre forløb

- Hvad har stået i vejen, hvis patienten ikke har arbejdet med materialet?
- Er der noget der fortsat vil stå i vejen for patientens udbytte af forløbet?
- Er der andre faggrupper der skal på banen (psykolog/socialrådgiver/fysioterapeut) – og timing ift. stressreduktionshold?

Afrunding

Sikre patienten kender den videre plan og har valgt Afspænding eller Mindfulness.

Tidsforløb

45 minutters konsultation 1-2 uger efter afslutning af Livet med smerter

Læringsrum

Samtalen foregår med en patientcentreret tilgang, hvor der lægges vægt på patientens subjektive oplevelser og har til formål at sikre, at patienten forstår og støttes i at indtage en aktiv rolle i deres håndtering af smerter (Meland, et al., 2000). Der arbejdes ud fra en kognitiv forståelsesramme. Pårørende (over 18 år) er velkomne til denne samtale.

Patientkarakteristika

Alle patienter der har deltaget i Livet med smerter

Behandlerkompetencer

Kontaktsygeplejerske. Skal have indsigt i indhold på Livet med smerter og kunne anvende redskaber herfra.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Ved tværfaglig holdkonference overleveres evt. relevant information fra og til holdbehandlere. Dokumenteres i EPJ med udgangspunkt i standardfrase.

3.8 Stressreduktion

Stressreduktion er en hjørnesten i behandlingen, for at mindske overaktiviteten i smertesystemet. Både viden og tillærte redskaber fra de tidligere interventioner vil virke stressreducerende. Der er dog evidens for, at en kropslig tilgang også er effektiv. Både afspænding og mindfulness-baseret-stress-reduktion har vist sig effektive, og tilbydes derfor som en del af standardbehandlingen (Khoo, et al., 2019) (Hilton, et al., 2017) (Vambheim, et al., 2021) (Dunford, et al., 2010).

De to metoder er ikke sammenlignet direkte i kontrollerede studier. En evaluering i centeret har vist, at patienter kan have gavn af begge metoder, omend der er fordele og ulemper ved begge. Det er fortsat ikke tydeligt, hvilke patienter der vil have gavn af hhv. afspænding og mindfulness, men motivation anses som en væsentlig parameter for udbytte, hvorfor patienterne på oplyst grundlag selv vælger mellem indsatserne.

3.8.1 Afspænding

Udarbejdet af Susanne Campradt Skovrup, Lene Kit Rasmussen, Jesper Fredslund Pedersen og Laila Bendix

Baggrund

Afspænding er en udbredt kognitiv psykologisk teknik til håndtering og behandling af kroniske smerter. Der er evidens for, at afspænding har en vis lindrende effekt på smerteintensiteten, kan øge evnen til at slappe af, forbedre søvnkvaliteten og virke stressreducerende (NIH, 1996) (Posadzki, et al., 2011) (Posadzki, et al., 2012).

Formål

I Afspænding trænes evnen til opnå en behagelig og afslappet tilstand i kroppen og sindet, for derigennem bl.a. at opnå:

- smertereduktion
- stressreduktion
- oplevelse af øget kontrol og handlemuligheder
- kropslig oplevelse af smertens modulerbarhed
- forbedret søvnkvalitet

Patienten skal blive i stand til at integrere afspændingsmetoder i hverdagen, for derigennem at forbedre smertetackling og finde balance mellem ro/hvile og aktivitet.

Indhold

Den form for afspænding vi anvender i Smertecenter Syd, tager afsæt i den kognitive adfærdsterapeutiske ramme. Patienterne bliver via oplevelsesorienteret praksis og teoretiske input introduceret til afspændingsteknikkerne: kropsafspænding, åndedræt og visualisering.

Patienterne introduceres til forskellige øvelser, der har hvert deres formål. Mens nogle anvendes til at opnå ro og en pause i hverdagen, er andre mere direkte på egentlig smertelindring. Træning af øvelser både til undervisningen og hjemme er det vigtigste. Undervisningen understøtter patienten i at overkomme evt. udfordringer med træningen. Tilbage melding ud fra en kognitiv adfærdsterapeutisk forståelse er således en essentiel del af undervisningen.

Tidsforløb

Afspænding strækker sig over fem gange af 2½ times varighed. Der er forventning om, at patienterne træner hjemme dagligt i 30 minutter.

Læringsrum

Det optimale deltagerantal er 15 pga. rummets størrelse, med to undervisere. Formidlingen foregår i en atmosfære af anerkendelse, accept og respekt. Vores professionelle tilgang til patienterne skal være præget af venlighed, blidhed, overbærenhed mv., dette understøtter desuden vores budskaber om, at patienterne skal bruge denne tilgang i forhold til egen omsorg.

På Afspænding er der opmærksomhed på at skabe en tryk atmosfære og en konkret tilgang, som også kan rumme patienter for hvem fokus på mentale processer, afspænding mv. er nye, ukendte og måske utrygge. Der lægges desuden op til, at patienterne deler erfaringer med hinanden mhp. at øge self-efficacy, empowerment, motivation mv.

Patientkarakteristika

Patienterne vælger selv mellem Afspænding eller Mindfulness efter Livet med smerter. Ved tvivl fra patientens side kan sygeplejersken sparre med patienten ud fra om patienten motiveres af/ønsker:

- At lære at slappe af
- At bringe sig selv i en afslappet behagelig tilstand
- At lære at tage en aktiv pause med egenomsorg
- At få en bedre søvn

Inklusionskriterier:

- Patienten er motiveret for afspænding.

Eksklusionskriterier:

- Behandlerteamet skal være opmærksom på patienter med PTSD eller PTSD lignende symptomer. Her må det vurderes, om der skal foretages en prøveafspænding eller samtale med psykologfaglig behandler er nødvendig.

For patienter som ønsker Afspænding, men ikke kan deltage af forskellige årsager (fx. social angst, stor afstand fra bopæl), kan afspænding tilbydes som en online løsning (Teleafspænding). Teleafspænding foregår via app'en Mit Sygehus. Der er to opfølgninger i onlineforløbet, som frit kan lægges hvor underviseren finder det nødvendigt.

Behandlerkompetencer

Det forventes, at underviserne har læst manualen og sat sig ind i den baggrundslitteratur der henvises til. Det er et krav, at underviserne har uddannelse inden for kognitiv terapi, idet kurset tager afsæt i den kognitive forståelsesramme. Det er desuden et krav, at underviserne har egen erfaring med afspænding.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

På tværfaglig konference gives meddelelse om evt. særlige udfordringer eller opmærksomhedspunkter. Forløbet evalueres for den enkelte patient ud fra ønsker om forandring. Der skrives afslutningsnotater i journalen, hvor de to undervisere giver deres vurdering af patientens udbytte, samt anfører patientens egen evaluering.

3.8.2 Mindfulness baseret stress reduktion

Udarbejdet af Susanne Campradt Skovrup og Kira Søndberg Fuglsang

Baggrund

Mindfulness-baseret-stress-reduktion (MBSR) er udviklet til behandling af patienter med sygdom, hvortil hvor der ikke findes kurativ behandling, men hvor målet er bedre sygdomshåndtering og livskvalitet (Reiner, et al., 2013). Ved kroniske smerter har mindfulness vist sig effektiv i relation til parametre som smerteintensitet (pain intensity) og smerteubehag (pain unpleasantness) (Grant, et al., 2009). Dertil kommer, at mindfulness generelt er fundet at have en effekt i forhold til stress, angst og depression (Zeidan, et al., 2011).

Formål

Formålet med Mindfulness er, at patienterne gennem træningen øger deres evne til at være nærværende, venlige og bevidste i forhold til det, de oplever i krop og sind. Patienterne træner deres evne til at opdage og rumme tanker, følelser og kropslige fornemmelser, som de er, og til at lade dem være, som de er (accept).

Det centrale er evnen til defusion, som beskriver patientens evne til perspektivskifte, hvor patienten lærer at se sin oplevelse som midlertidig og forbigående i stedet for permanent og stationær. Det er denne ændring i patientens måde at forholde sig til smerte og emotionel belastning på, som er afgørende for at patienten kan tackle smerten mere hensigtsmæssigt. Man siger her, at patienten går fra den automatiserede kamp-flugt-frys reaktion til den mere bevidste stressrespons.

Indhold

Indholdet følger MBSR Curriculum (Santorelli, et al., 2017) med et tema for hver undervisningsgang (se Tabel 4).

Tabel 4 Indhold på MBSR sessioner

Session	Tema
1	Mindful opmærksomhed
2	Perception
3	Bevidst nærvær
4	Perception og stressreaktivitet
5	Stressreaktivitet og stressrespons
6	Stressende kommunikation og interpersonel mindfulness
Heldag	Stilhedsretreat
7	Adaptive og maladaptive valg – integration af mindfulness i hverdagen
8	Den videre mindfulness praksis – evaluering af forløbet

Der udleveres link til lydfiler og der gives foldere fra gang til gang med hjemmearbejde, udarbejdet af den enkelte undervisere.

Tidsforløb

Mindfulness består af 9 sessioner a 2 ½ times varighed samt en heldagssession a 6 timers varighed. Undervejs er desuden ½ time individuel samtale med fokus på, hvordan patienterne oplever deres træning.

Læringsrum

Mindfulness kan rumme op til 18 patienter. Der er altid 2 MBSR-undervisere.

Omdrejningspunktet i undervisningen er guidning og opdagelse. Efter hver guidning laves der inquiry, hvor der spørges der til hvad patienterne har opdaget i den enkelte meditation. På baggrund af den enkelte patients opdagelse kan der faciliteres læring for dels den enkelte patient, dels for gruppen, idet den enkeltes oplevelse, løftes op i et fælles læringsrum til fælles genkendelse og erkendelse.

Det er afgørende for læringsmiljøet på holdet, at underviserne formår at skabe et rum med plads til nysgerrighed, åbenhed, venlighed og rummelighed over for det der mødes, hvad enten det er neutralt, behageligt eller ubehageligt (embodiement).

Patientkarakteristika

Patienterne vælger selv mellem Mindfulness eller Afspænding efter Livet med smerter. Ved tvivl fra patientens side kan sygeplejersken sparre med patienten ud fra at Mindfulness vælges hvis patienten motiveres af/ønsker:

- At lære at rumme smerter, fremfor at aflede sig selv fra dem eller kæmpe imod dem
- At øge bevidsthed og forståelse af hvad der foregår i krop og sind – også når noget er vanskeligt
- At træne robusthed overfor at være med smerter og ubehag
- At være mere til stede i sit liv

Inklusionskriterier:

- Patienten er motiveret for Mindfulness

Eksklusionskriterier:

Behandlerteamet skal være opmærksom på patienter med PTSD eller PTSD symptomer. Her må det vurderes om der skal foretages en prøvemeditation eller samtale med psykologfaglig behandler er nødvendig.

Behandlerkompetencer

Undervisere på Mindfulness skal være godkendte MBSR-lærere fra Dansk Center for Mindfulness. MBSR-lærerne skal selv have daglig praksis og deltage i et retreat årligt samt deltage i supervision ad hoc.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

På tværfaglig konference gives meddelelse om evt. særlige udfordringer eller opmærksomhedspunkter.

Forløbet evalueres for den enkelte patient ud fra de ønsker om forandring, der er formuleret på første session. Der skrives afslutningsnotater for de enkelte deltagere i journalen, hvor de to undervisere giver deres vurdering af patientens udbytte samt anfører patientens egen evaluering.

3.9 Anden opfølgning ved forløbskoordinerende sygeplejerske

Udarbejdet af Laila Bendix, Kira Søndberg Fuglsang og Anne-Mette Rasmussen

Baggrund

Standardforløbet er bygget op således, at der veksles mellem gruppebaserede og individuelle indsatser. Kontaktsygeplejersken kender til patientens historie fra tidligere samtaler og kan derfor støtte patienten i dennes proces.

Formål

- Støtte patienten i at omsætte og fastholde det lærte til egen situation
- Status mhp. fremlæggelse på tværfaglig konference

Indhold

Første del: Opfølgning på Stressreduktionshold

Formålet er at sikre sig, at patienten får omsat og integreret redskaber fra stressreduktionshold i hverdagen og afdække evt. udfordringer.

Anden del: Status på udbytte af forløbet mhp. at indsamle information til præsentation på tværfaglig konference

- Gennemgang af midtvejsevalueringen
- Opfølgning på mål
- Hvad patienten tager med sig fra det samlede forløb, og hvilke ændringer har patienten lavet i hverdagen
- Er der barrierer/tematikker der står i vejen for patientens udbytte af forløbet, der tilsiger behov for yderligere indsats såsom medicin, HA eller terapihold, eller individuel samtale med fokus på særlige problematikker fx kommunikation, intimitet/samliv eller søvn

Afrunding

Sikre patienten kender den videre plan – at status fremlægges på tværfaglig konference med efterfølgende tilbagemelding til patienten.

Tidsforløb

45 minutters konsultation 1-2 uger efter afslutning af stressreduktionshold.

Læringsrum

Samtalen foregår med en patientcentreret tilgang, hvor der lægges vægt på patientens subjektive oplevelser og har som mål at patienterne spiller en aktiv rolle (Meland, et al., 2000). Der arbejdes ud fra en kognitiv forståelsesramme. Pårørende (over 18 år) er velkomne til denne samtale.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Patienter der har deltaget i stressreduktionshold.

Behandlerkompetencer

Kontaktsygeplejerske. Skal have indsigt i indhold på Livet med smerter og stressreduktionshold, og kunne anvende redskaber herfra.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Patienten kommer selv med arbejdsmappe. Patienten fremlægges ved tværfaglig konference, hvor beslutning om videre forløb tages.

Dokumenteres i EPJ med udgangspunkt i standardfrase.

3.10 Tværfaglig konference

Udarbejdet af Kira Søndberg Fuglsang, Laila Bendix, Anne-Mette Rasmussen og Kristina Espesen

Baggrund

Når der arbejdes tværfagligt mellem mange faggrupper, er flere kulturer og metoder i spil. Derfor er det afgørende at oparbejde fælles reference og kultur for at opnå interventionsintegritet. Alle patienter i Smertecenter Syd har et mikroteam tilknyttet, der er sammensat tværfagligt afhængig af den enkelte patients behov. For at sikre kvalitet og sammenhænge i behandlingen, og udnytte den bredde af tværfaglig viden og erfaring, der findes i Smertecenter Syd, afholdes der ugentlige tværfaglige konferencer.

Formål

Den tværfaglige konference omfatter tre dele: holdkonference, patientkonference og faglig udvikling.

Holdkonference:

- at dele og opdage patientens udbytte og eventuelt opståede udfordringer undervejs i holdforløbet
- at sikre overlevering mellem indsatser

Patientkonference:

- At sikre sammenhængende og målrette forløb
- at få belyst patientens samlede historik (herunder grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktorer) og dennes betydning for patientens aktuelle behandlingsbehov
- at afdække hvorvidt der er behov for andre tiltag end standardforløbet
- at drøfte ad hoc opståede udfordringer og barrierer i patientens behandlingsforløb
- at sikre at mikroteamet får sparring fra andre faggrupper

Faglig udvikling:

- at ensrette behandling og kultur
- at facilitere læring
- at yde faglig støtte
- at give personale redskaber til trivsel og egenomsorg (stressreduktion)

Indhold

Holdkonference:

Alle igangværende hold gennemgås, de involverede behandlere præsenterer de patienter der er behov for at drøfte.

Patientkonference:

Med udgangspunkt i mikroteamets oplevelser og udfordringer fremlægges patienter ud fra skabelon til fremlæggelse ved tværfaglig konference.

Faglig udvikling

Den faglige udvikling er noget der løbende arbejdes med og sikres gennem refleksion og drøftelse både af enkeltstager, faglige- og mere generelle problemstillinger.

Stressreduktion er en hjørnesteen i standardforløbet, hvorfor personalet også trænes i dette gennem 5-10 minutters afspændings- eller mindfulness øvelser.

Tidsforløb

2½ time én gang ugentligt.

Læringsrum

Det er afgørende at konferencerummet er trygt og indbyder til fælles faglig refleksion og drøftelse. Dette faciliteres af mødelederen som også sikrer talerække, opsamling og konklusion.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Alle patienter der er på hold eller har gennemført standardforløb
- Patienter hvor der er opstået problemer eller usikkerhed omkring behandlingsbehov undervejs i forløbet

Behandlerkompetencer

Alle deltager. Mødelederen skal have kompetence og mandat til at facilitere den faglige drøftelse samt sikre den gode tone og at struktur og tidsramme overholdes.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Skitsering af historik og konklusion noteres af referent i journal. Det sikres at tider mm. iværksættes.

3.11 Afsluttende samtale

Udarbejdet af Chresten Lyng, Mai Ninh, Karina Tranekjer Debel, Kristina Espesen og Laila Bendix

Baggrund

Alle overgange mellem sektorer i sundhedsvæsenet er behæftet med risiko for informationstab.

Formål

Afslutningssamtalen er en indsats som opsummerer forløbet i Smertecenteret og sikrer at patienten er informeret og indforstået med afslutning.

Indhold

At sikre resume, medicinafstemning, epikrise udfærdigelse og plan for opfølgning hos egen læge.

Patienten opfordres til selv at reflektere over udbytte. Som led i tilbagefaldsforebyggelse opsummeres hvilke barrierer og tematikker som er vigtige at arbejde videre med, og hvilke ressourcer patienten kan trække på.

Tidsforløb

30 min få uger efter sidste indsats.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Alle patienter der har været i aktivt forløb i Smertecenteret

Eksklusionskriterier:

- Ingen

Behandlerkompetencer

Patientansvarlig læge og kontaktsygeplejerske der har gennemgået oplæringsforløb.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Samtlige indsatser under forløbet inkl. evaluering fra evt. holdledere dokumenteret i EPJ.

Epikrisen skal indeholde brugbare og korrekte oplysninger om patientens medicin, udbyttet af tilbud og evt. barriere for yderligere indsats i fremtiden.



4 Tillæg til standardforløb

Det tværfaglige standardforløb veksler mellem behandling i grupper og individuelt. Der kan optræde udfordringer af fysisk, psykologisk, adfærdsmæssig og social karakter i et omfang, hvor disse bliver en barriere for, at patienten umiddelbart kan profitere af standardforløbet. I sådanne tilfælde kan der gives visitation hos socialrådgiver, fysioterapeut og psykolog med afklaring af behov for tillæg til standardforløbet.

4.1 Socialt stress, uafklaret beskæftigelsessituation og forløb i jobcenterregi

4.1.1 Visitation ved socialrådgiver

Udarbejdet af Susanne Campradt Skovrup, Lene Kit Rasmussen og Anne Sofie Schou Funch, Charlotte Overlade og Maj-Britt Rahbek Pedersen

Baggrund

For mange patienter med komplekse kroniske smerter er deres tilknytning til arbejdsmarkedet usikker og/eller udfordret. I nogle tilfælde er andre aspekter eller sociale snitflader også påvirket. En større viden i forhold til vilkår og muligheder i det beskæftigelsesmæssige og sociale system, i en procesorienteret ramme, kan give patienten indblik og mulighed for at øge indflydelse i eget liv. Jf. litteratur (Fitzcharles, et al., 2021) (Sundhedsstyrelsen, 2018) (Royal College of Anaesthetists, 2021) er der evidens for, at behandlingsindsatser bør rettes mod patientens aktivitetsniveau og deltagelse i hverdags- og arbejdsliv.

Formål

Socialfaglig udredning med henblik på afdækning af patientens aktuelle situation, samt stressreduktion ved igangsættelse af proces hos patienten ift. bevidstgørelse af egen ageren og handlemuligheder i den aktuelle beskæftigelsesmæssige situation.

Indhold

Der foretages en socialfaglig udredning med fokus på erhvervs- og uddannelsesanamnese. Sammen med patienten afdækkes ressourcer og barrierer i forhold til arbejde/uddannelse, samarbejdet med Jobcentret og sociale snitflader i øvrigt samt patientens muligheder for deltagelse i social-, arbejds- og hverdagsliv.

Der tages udgangspunkt i den sociale trappe og tankegangen fra kontrolcirklen (Simovska, et al., 2012) mhp. at øge patientens forståelse af egen situation og mestringsmuligheder. Relevant metode benyttes i en vekselvirkning mellem at øge patientens viden og bevidstgørelse i forhold til lovgivning, systemet, samt egen livssituation og muligheder for at handle hensigtsmæssigt i forhold til arbejde/uddannelse og samarbejde med Jobcenter.

Der lægges vægt på principperne i Empowerment, hvor fokus er at modvirke afmagt og manglende kontrol i forhold til den arbejds-/uddannelsesmæssige situation og derved fremme hjælp til selv-hjælp og eget ansvar i processen. Det tilstræbes at patienten foretager aktiv handling fx kontakte fagforening, jobcenter eller arbejdsgiver.

Indsatsen kan munde ud i:

- Visitering til Afsluttende samtale eller
- Videre i standardforløb og evt.
- Visitering til Helbred- og Arbejdsmarkedsindsats

Tidsforløb

Første samtale er berammet til 1½ time inkl. efterfølgende journalskrivning. Skulle der være forhold, der ikke kan belyses eller forhold der er nødvendige at vende på tværfaglig konference, kan der gives en samtaletid mere til opfølgning.

Læringsrum

Fundamentet i indsatsen er at skabe en tillidsfuld relation mellem behandler og patient.

Samtalen foregår individuelt med behandler og patient + evt. 1 pårørende (over 18 år).

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Patienter med aktivt forløb i Jobcenter regi i forhold til sygemelding og/eller afklaring af arbejdsevnen
- Patienter, som er i beskæftigelse/uddannelse, ordinært eller fleksjob, hvor dette ikke fungerer og derfor er behov for socialfaglig intervention/stress reduktion
- Patienter der har afgørende og uopsættelige problematikker i forhold til andre socialfaglige snitflader, fx familie/børn problematikker, der hindrer at de kan profitere af standardforløb

Behandlerkompetencer

Behandleren skal have en socialrådgiveruddannelse og relevant erfaring inden for beskæftigelsesområdet samt gerne anden socialfaglig erfaring. Desuden skal behandleren have kognitiv terapeutisk efteruddannelse, samt kendskab til ACT. Behandleren deltager kontinuerligt i relevant efteruddannelse. Desuden er et indgående kendskab til Smertecentrets faglige udgangspunkt, behandlingsindsatser mv. en forudsætning.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Læge og kontaktsygeplejerske afdækker ved Lang primærsamtale hvorvidt patienten har et aktivt forløb i Jobcenter-regi (se afsnit "Inklusionskriterier"), i tvivlsspørgsmål besluttet på tværfaglig konference.

Der udfærdiges journalnotat. Patientens egne ønsker om forandring og hvad patienten ønsker at arbejde med i forløbet noteres i journalen.

4.1.2 Helbred og arbejdsmarked

Udarbejdet af Anne Sofie Schou Funch, Susanne Skovrup, Lene Kit Rasmussen og Charlotte Overlade

Baggrund

Mange patienter med komplekse kroniske smerter er uafklarede i forhold til fremtidig arbejdsmarkedstilknytning. Mange oplever, at balancen mellem privatliv og arbejdsliv er ustabil og uligevægtig, hvor de har svært ved at regulere og finde balance.

Derfor anbefales det, at behandlingsindsatser rettes mod aktivitetsniveau og deltagelse i hverdags- og arbejdsliv. Viden er vigtig, men patienten skal også hjælpes til at omsætte viden til handling i hverdagen (Sundhedsstyrelsen, 2018) (Royal College of Anaesthetists, 2021).

Formål

- At patienterne øger deres egen handlekompetence og mestringsevne (Villadsen, et al., 2017) især i forhold til arbejdsmarkedet/afklaringsproces via Jobcenter
- At støtte patienten til stressreduktion, når arbejdsmarkedstilknytning og forsørgelsesgrundlaget er usikkert
- At patienten får større indsigt i egen konkrete situation både samfundsmæssigt og i forhold til egne reaktioner på den situation, de står i

Indhold

Undervisningen inddrager metoder og strategier fra tidligere indsatser samt introducerer nye perspektiver til patientens processuelle arbejde i forhold til bevidstgørelse af muligheder for at øge egne handlemuligheder (Aude, 2000) (Gullacksen, et al., 2004).

Følgende elementer indgår i forløbet:

- Undervisning i forhold til Beskæftigelsesloven - overordnede principper - "den sociale trappe", bl.a. Sygedagpengeloven, Jobafklarings- og Ressourceforløb, Lov om Aktiv beskæftigelsesindsats, Grundloven
- Kontrolcirklen – hvad er vilkår og hvor er der mulighed for indflydelse
- Får fokus på den opnåede viden og strategier fra forgående indsatser med henblik på direkte anvendelse i forhold til beskæftigelse/praktik/møder med jobcenter mv.
- Hver session indeholder åndedrætsøvelse, evt. lette yoga øvelser. Dette for at øget bevidsthed om muligheder for at stressreducere, også ift. beskæftigelse/praktik/møder med jobcenter mv.

Patienten får med indkaldelsesbrevet til indsatsen fremsendt dokumentet "Personlige arbejds papirer", som anvendes hele indsatsen igennem. Allerede inden første session skal patienten forholde sig til, arbejde med og nedskrive udfordringer og strategier (fra tidligere indsatser).

På de følgende sessioner arbejdes der videre med:

Pauser, Muligheder, Faglige- og personlige kompetencer, Opmærksomhedspunkter i forhold til praktik/arbejde, Skånehensyn, Ideer/muligheder til jobfunktioner, Ideer/muligheder til virksomheder, Hvad vil jeg være nysgerrig på, Hjælpetanker, Huskekort, Hvad er mit næste skridt/tiltag

Tidsforløb

Helbred- og arbejdsmarkedsindsatsen afslutter standardforløbet.

Indsatsen indeholder 4 sessioner af 2 ½ time fordelt over 4 uger. Der er max 10 deltagere på et hold.

Læringsrum

Underviserne skal medvirke til at skabe et trygt læringsmiljø for patienten. Patientens bekymringer og negative tanker om sig selv, i forhold til ikke længere at kunne det samme som før arbejdsmæssigt mv., normaliseres med henblik på at problemneutralisere. Oplevelser som magtesløshed, vrede, frustrationer mv. skal rummes og anerkendes på en balanceret måde, samtidig med, at underviserne formidler rammerne i systemet og lovgivning, som vilkår.

Med henblik på at patienterne får øget blik for egne muligheder og hensigtsmæssige tacklingsstrategier i forbindelse med samarbejdet med jobcenter, i praktikforløb mv., er det afgørende, at vores tilgang understøtter deres eget ansvar.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- patienter, som er sygemeldte og/eller beskæftigelsesmæssigt uafklarede og som er i forløb via kommunalt jobcenter, eller som vurderes at have behov for et sådant samarbejde med jobcenter
- indstillet på at arbejde med sig selv og sin evne til mestring
- motiveret og indstillet på at bruge tid på at lave hjemmeopgaver

Behandlerkompetencer

Undervisere på Helbred- og Arbejdsmarkedsindsatsen skal have en socialrådgiveruddannelse og relevant erfaring inden for beskæftigelsesområdet, samt kognitiv terapeutisk efteruddannelse.

Det forventes, at underviserne har læst helbred- og arbejdsmarkedsmanualen og sat sig ind i den baggrundslitteratur, der henvises til. Det er et krav, at underviserne har erfaring med afspænding og mindfulness.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Patientens er visiteret tidligt i forløbet, hvor egne ønsker om forandring og hvad patienten ønsker at arbejde med i forløbet er noteret.

Forløbet evalueres for den enkelte patient på 4. session. Der skrives afslutningsnotater i patientens journal ud fra patientens skriftlige og mundtlige evaluering.

Inden afslutning af indsatsen sikres i samarbejde med patienten, hvad planen er efterfølgende, som kan være:

- Afsluttende samtale
- Samtale med læge/sygeplejerske
- Individuel indsats ved psykolog/socialrådgiver/fysioterapeut

4.2 Kropslig beskyttende/undgåelsesadfærd

4.2.1 Visitation ved fysioterapeut

Udarbejdet af Jannick Vaaben Johansen, Irene Stegemejer og Henrik Bjarke Vægter

Baggrund

Kroniske smerter medfører ofte beskyttende bevægeadfærd og undgåelsesstrategier, som i nogle tilfælde bliver en vedligeholdende faktor for nedsat funktionsniveau og livskvalitet. Den fysioterapeutiske visitation belyser og vurderer hvilke og hvordan beskyttende bevægeadfærdsmæssige forhold og undgåelsesstrategier er til stede, og hvorvidt disse er afgørende at adressere i forhold til patientens smerteforståelse, smerteadfærd og funktionsniveau.

Formål

Visitationen har specifikt som formål at vurdere:

- Hvilke beskyttende bevægeadfærdsmæssige forhold og undgåelsesstrategier der er til stede hos patienten.
- Hvorvidt identificerede beskyttende bevægeadfærdsmæssige forhold og undgåelsesstrategier kan moduleres gennem kognitiv funktionel terapi (CFT).
- Hvorvidt et forløb med CFT kan reducere patientens beskyttende bevægeadfærd og forbedre patientens funktionsniveau.

Indhold

Visitationen tager afsæt i:

- *Den enkelte patients smertehistorie.* Gennem empatisk lytning og refleksive spørgsmål afdækkes patientens historie og funktionsbegrænsninger samt tanker og følelser forbundet med smerten. Sammen med patienten opsummeres historien med fokus på validering af patientens oplevelse.
- *Eksponering af undgåede, smerteprovokerende og/eller frygtede stillinger, bevægelser eller aktiviteter.* Test af smertekontrol med udgangspunkt i historien og stillinger/bevægelser af betydning for patienten. I tilgangen er der særligt fokus på, at den enkelte oplever at kunne håndtere sine smerter gennem og gradvis friere bevægelser.

På baggrund af visitationen giver fysioterapeuten en vurdering af, om et forløb med CFT kan reducere patientens beskyttende bevægeadfærd og forbedre patientens funktionsniveau. Behandleren vurderer ligeledes, om CFT vil have en væsentlig effekt på den beskyttende bevægeadfærd og funktionsniveauet, og hvornår forløb med CFT i så fald kan iværksættes.

Tidsforløb

Visitationen er berammet til 2 sessioner af 90 min. med 30 min. efterfølgende journalskrivning. De 2 visitationssessioner planlægges med en uges mellemrum. Visitationen iværksættes umiddelbart efter Lang primærsamtale (jf. nedenstående kriterier). Visitationen kan foregå sideløbende med tværfagligt standardforløb og evt. andre visitationer.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- **Smerteudbredelse:** Regionale/lokaliserede smerter i ryg, nakke, hofte, knæ, ankel eller skulder (Figur 4)
- **Funktionsbegrænsning:** Smerter har begrænset patientens dagligdag eller arbejde 'de fleste dage' eller 'hver dag' i løbet af de sidste 3 måneder
- **Undgåelse af bevægelser/stillinger:** Patienten passer på med at lave bestemte bevægelser/stillinger for at undgå, at smerter forværres

Eksklusionskriterier:

- Har behov for tolk
- Er primært interesseret i hjælp til medicin (medicinsk forløb)
- Diagnosticeret med eller klinisk mistanke om svær og/eller ubehandlet psykopatologi, herunder PTSD, OCD, Angst, Depression

Behandlerkompetencer

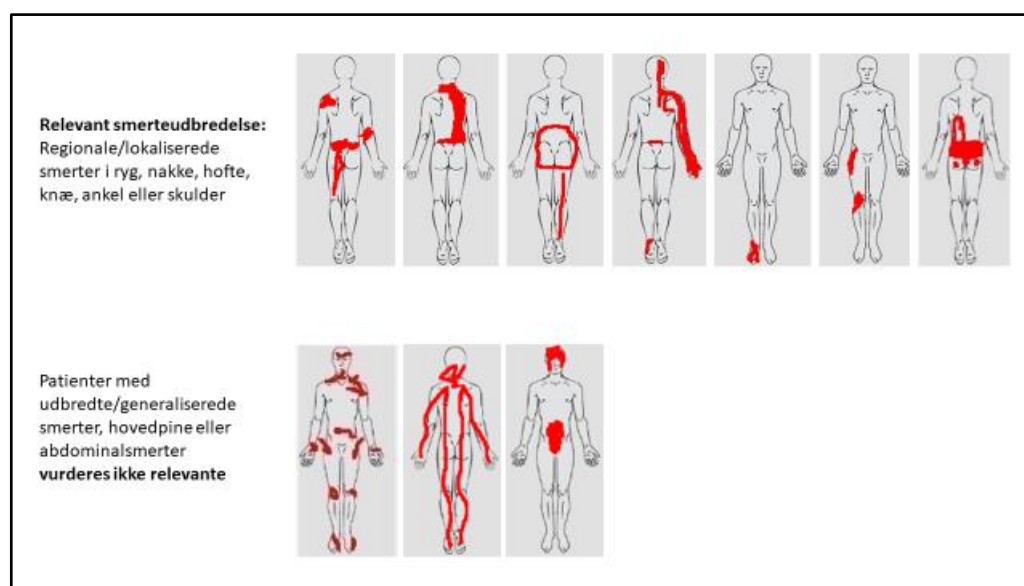
Fysioterapeut med viden om og kompetencer inden for Kognitiv Funktionel Terapi. Behandlere skal have deltaget i uddannelsesforløb og supervision i CFT.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Ved Lang primærsamtale sikres formidling om formål med vurdering: Det er en del af det tværfaglige forløb i smertecenteret, at vi sammen med dig kigger på, hvordan du kan arbejde med de begrænsninger, dine smerter giver i dagligdag og/eller på dit arbejde.

I EPJ noteres om der skal tilbydes forløb, herunder hvornår.

Figur 4 Illustration af relevant smerteudbredelse



4.2.2 Kognitiv funktionel terapi forløb

Udarbejdet af Jannick Vaaben Johansen, Irene Stegemejer og Henrik Bjarke Vægter

Baggrund

Kognitiv Funktionel Terapi (CFT) er en behandlingstilgang målrettet mod langvarige smerteproblematikker i bevægeapparatet. Tilgangen har bl.a. vist sig effektiv til personer med langvarige lænderygsmarter (Kent, et al., 2023) og brugbar til nogle patienter med komplekse kroniske smerter (Vægter, et al., 2020). Det overordnede mål med CFT er, via identifikation og ændring af beskyttende bevægeadfærdsmæssige forhold og undgåelsesstrategier, gennem bevægelse, at hjælpe patienten tilbage til værdifulde aktiviteter og dagligdagsfunktioner. CFT forløbet tager udgangspunkt i et biopsykosocialt, individuelt centreret perspektiv (O'Sullivan, et al., 2018).

Formål

Formålet med CFT i Smertecentret er, at patienten opnår forståelse og indsigt i egen smertetilstand og får aktive redskaber til at håndtere smerter og bevægelser. Der arbejdes med ændring af beskyttende bevægeadfærd, undgåelsesstrategier og uhensigtsmæssig smerteadfærd med henblik på at opnå mere hensigtsmæssige bevægelsesstrategier og smertekontrol, der kan bidrage til at patienten genoptager værdifulde aktiviteter og funktioner.

Indhold

CFT forløbet baserer sig primært på følgende elementer.

- 1) *Skabe mening og sammenhæng i den enkelte patients smertehistorie og smerteadfærd.* Gennem empatisk lytning og reflektive spørgsmål afdækkes patientens historie og funktionsbegrænsninger samt tanker og følelser forbundet med smerten. Sammen med patienten opsummeres historien med fokus på validering af patientens oplevelse. Der arbejdes med patientens mål som tager udgangspunkt i værdibaserede aktiviteter og bevægelser samt en plan for forløbet.
- 2) *Eksponering af undgåede, smerteprovokerende og/eller frygtede stillinger, bevægelser eller aktiviteter.* Test af smertekontrol med udgangspunkt i historien og stillinger/bevægelser af betydning for patienten. Der ses ofte en beskyttende bevægelsesadfærd og en forøget sympaticus-aktivitet, hvorfor der arbejdes med at reducere uhensigtsmæssig muskelaktivitet, oftest forøget spænding abdominalt og i lænden med afstivede, besværede bevægelser til følge. I tilgangen er der særligt fokus på, at den enkelte oplever at kunne håndtere sine smerter bedre og bevæge sig mere frit. Formålet er tilbagevenden til værdibaserede aktiviteter og bevægelser med smertekontrol.
- 3) *Livsstilsfaktorer.* Fokus på livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, søvn og livskvalitet. Der lægges plan for tilbagevenden eller opstart på bevægelse, fysisk aktivitet og arbejde. Derudover råd/vejledning i forhold til øvrige livsstilsfaktorer.

Tidsforløb

Baseret på vurdering ved visitation følger CFT forløb enten 1) umiddelbart efter visitation eller 2) efter planlagt tværfaglig konference i tværfagligt standardforløb.

Forløb umiddelbart efter visitation: For patienter, der angiver væsentlig bedring af funktioner og/eller kontrol med smerten i stillinger eller bevægelser i forbindelse med visitation (hurtig responder). Ved tegn på at beskyttende bevægeadfærdsmæssige forhold og undgåelsesstrategier kan moduleres væsentligt gennem CFT tilbydes 'hurtigt' forløb. Forløbet her strækker sig over 6-8 gange af 60 min varighed. Dette forløb kan foregå sideløbende med tværfagligt standardforløb, hvis patienten har ressourcer til flere samtidige indsatser.

Forløb efter planlagt tværfaglig konference i tværfagligt standardforløb: For patienter, der udviser mindre/nogen bedring i funktion og/eller smerter i forbindelse med visitation (slow responder). Forløbet her strækker sig over 6-8 gange af 60 min varighed. Timing for dette forløb aftales med tværfagligt personale på planlagt tværfaglig konference efter Mindfulness/Afspænding.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Visitation har vurderet, at CFT vil have en brugbar effekt på den beskyttende bevægeadfærd og funktionsniveauet
- Patienten har ressourcer, motivation og mulighed for at deltage i 6-8 sessioner på Smertecentret

Behandlerkompetencer

Fysioterapeut med viden om og kompetencer inden for Kognitiv Funktionel Terapi. Behandlerne skal have deltaget i uddannelsesforløb og supervision i CFT.

Overlevering mellem indsatser i Smertecentret

Forløbet evalueres gennem patientspecifikke mål. Der anvendes Patient Specifik Funktionel Skala (PSFS) ved opstart og afslutning af CFT forløb som journalføres.

4.3 Psykologiske barrierer for deltagelse i standardforløb

4.3.1 Visitation hos psykolog før standardforløb

Udarbejdet af Kira Søndberg Fuglsang, Sune Thomas Høgh og Cecilie Andersen

Baggrund

Psykologisk stress og reaktioner er almindeligt ved komplekse kroniske smerter, og egentlig psykopatologi optræder hos en andel af patienterne (Kha, et al., 2020) (Ravn, et al., 2018). Da barrierer af psykologisk karakter kan være en hindring for at påbegynde eller fortsætte behandling i standardforløbet, kan patienten, såfremt der ved Lang primærsamtale eller under behandlingsforløbet opstår mistanke om sådanne, henvises til en visitation hos psykolog.

Formål

Psykologen vurderer her hvorvidt:

1. Patienten kan have svært ved at indgå i det videre behandlingsforløb grundet psykologisk tyngde eller kompleksitet, svær psykopatologi eller mistanke herom eller akut krisepræget adfærd. I tilfælde heraf drøftes det på konference, hvorvidt patienten skal afsluttes og evt. opfordres til, eller støttes i, at opsøge anden relevant udredning eller behandling.
2. Patienten skal tilbydes 1-4 forberedende samtaler, mhp. at støtte patienten i at kunne indgå på hold. Dette kan iværksættes såfremt der er betydelig humørpåvirkning (fx grundet angst, depression, PTSD) eller krise, som udgør væsentlige barrierer for deltagelse på hold, men hvor det vurderes muligt at arbejde med dette inden for rammerne af smertecenterets regi.
3. Patienten kan tilbydes et individuelt forløb hos psykolog eller psykologistuderende med udgangspunkt i tematikker fra Livet med smerter. Dette kan iværksættes såfremt patienten er motiveret for smertetacklingsforløb, men at der vurderes at være barrierer som vanskeliggør holddeltagelse (fx socialangst eller personlighedsstruktur).

Indhold

Der optages en anamnese med fokus på grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktorerens betydning for patientens aktuelle håndtering af smerter. Rammerne for det videre forløb defineres på baggrund af de psykologiske tematikker, som anamnesen afdækker.

Såfremt anamnesen vækker mistanke om svær psykopatologi gives en beskrivelse heraf til brug i forhold til patientens videre forløb i evt. andet regi.

Tidsforløb

Samtalen er berammet til 1 time samt ½ time til journalskrivning. Såfremt patienten tilbydes et kort individuelt forløb er rammen 1-4 samtaler á 1 times varighed pr. samtale.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Er vurderet lægefagligt ved Lang primærsamtale
- Har en psykologisk tyngde og kompleksitet som bør vurderes nærmere inden stillingtagen til videre forløb

Ekklusionskriterier:

- Betydelige udfordringer med at indgå i en patient/behandler-relation
- Pågående misbrug
- Lavt kognitivt funktionsniveau og/eller hjerneskade el.lign. som påvirker de kognitive funktioner
- Tolk
- Pågående bekymringer omhandlende uafklaret social situation

Behandlerkompetencer

Behandler skal være cand.psych. aut., gerne specialist i klinisk psykologi eller sundhedspsykologi. Behandler skal derudover have kendskab til udredning og vurdering af psykopatologi og psykologiske problemstillinger betydning for håndtering af smerter samt erfaring med intervention ved hjælp af CBT og ACT.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

En vurdering på dette tidspunkt kan initieres af den patientansvarlige læge og kontaktsygeplejersken efter Lang primærsamtale, såfremt der er opstået tvivl om, hvorvidt patienten kan indgå i eller profitere af det videre behandlingsforløb. Den patientansvarlige læge og kontaktsygeplejersken skal begrunde behovet for en vurderingssamtale, således at psykologen ved, hvad der skal lægges særligt vægt på i vurderingssamtalen. Dette skal fremgå af journalnotatet fra Lang primærsamtale.

Konklusionen på samtale noteres i EPJ

4.3.2 Visitationssamtale hos psykolog efter standardforløb

Udarbejdet af Kira Søndberg Fuglsang, Sune Thomas Høgh og Cecilie Andersen

Baggrund

Såfremt der efter standardforløbet vurderes at være mistanke om barrierer af psykologisk karakter, som er en hindring for, at patienten kan omsætte det lærte fra standardforløbet i eget liv, kan patienten henvises til en visitationssamtale hos psykolog.

Formål

Psykologen vurderer:

1. Hvorvidt patientens udfordringer med at omsætte det lærte fra standardforløbet kan imødekommes og behandles i et terapiforløb via terapihold. Patienten kan alternativt tilbydes et individuelt terapiforløb, såfremt det aktuelt og på baggrund af tidligere holdforløb vurderes, at patientens udfordringer er en barriere for terapeutisk holdbehandling
2. Opfylder patienten ikke inklusionskriterierne til terapiforløb, sendes de videre til læge/sygeplejerske eller evt. planlagt Helbreds- og Arbejdsmarkedsindsats

Indhold

Der optages en anamnese med fokus på grundlæggende, udløsende og vedligeholdende faktorerens betydning for patientens aktuelle håndtering af smerter. Det vurderes, om patienten skal tilbydes et terapiforløb, såfremt der er nogle grundlæggende og vedligeholdende psykologiske faktorer, der medvirker til at vedligeholde den komplekse smertetilstand og derved bliver funktionsbegrænsende.

Tidsforløb

Patienten skal have deltaget i Forstå smerte, Livet med smerter samt stressreduktion. Selve samtalen er berammet til 1 time med ½ times journalskrivning.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Har deltaget på Forstå smerte, Livet med smerter og stressreduktionshold
- Presserende bekymringer omhandlende social afklaring skal være adresseret og/eller være taget stilling til ved behandlende socialrådgiver
- Patientens håndtering af smertetilstanden skal være primære problemstilling

Eksklusionskriterier:

- Behov for tolk
- Lavt kognitivt funktionsniveau og/eller hjerneskade el.lign. som påvirker de kognitive funktioner

Behandlerkompetencer

Behandler skal være cand.psych. aut., gerne specialist i klinisk psykologi eller sundhedspsykologi. Behandler skal derudover have kendskab til udredning og vurdering af psykopatologi og psykologiske problemstillingerens betydning for håndtering af smerter samt erfaring med intervention ved hjælp af CBT og ACT.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Overlevering kan ske fra kontaktlæge og kontaktsygeplejerske samt de holdbehandlere, som patienten har haft i standardforløbet. Ved drøftelse på konference, besluttet hvorvidt patienten henvises til visitationssamtale hos psykolog.

4.3.3 Terapihold

Udarbejdet af Kira Søndberg Fuglsang, Sune Thomas Høgh og Cecilie Andersen

Baggrund

Baggrunden for terapiforløbet er at imødekomme patienter med problematikker, der har en psykologisk tyngde, som ikke kan adresseres tilstrækkeligt på Forstå smerte, Livet med smerter og stressreduktionshold og som optræder som barrierer for, at patienten kan omsætte det lærte fra standardforløbet i eget liv.

Formål

Formålet med terapiforløbet er at intervenere mere specifikt og i dybden ift., hvordan grundlæggende og vedligeholdende psykologiske faktorer influerer på patientens samlede smerteoplevelse og smertetackling.

Indhold

Terapiforløbet tager teoretisk afsæt i CBT og ACT, hvor omdrejningspunktet er træning af psykologisk fleksibilitet.

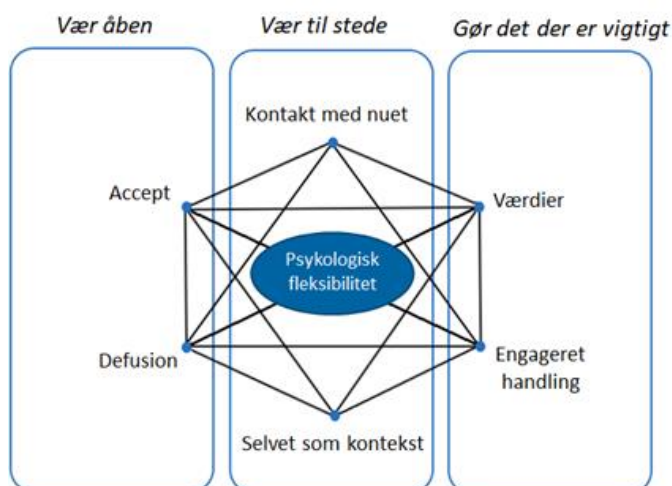
Sessionerne er bygget op omkring Hexaflexen (Figur 5) og der arbejdes tematisk fra gang til gang (Tabel 5).

Hver session har elementer af gruppediskussion, smerteudvikation samt oplevelses- og mindfulnessorienterede øvelser. Der gives hjemmearbejde mellem de enkelte sessioner.

Tabel 5 Oversigt over indhold i terapiforløb

Session	Tema
1	Introduktion og kreativ håbløshed
2	Villighed
3	Defusion
4	Kontakt med nuet
5	Selvet som kontekst
6	Værdier
7	Engageret handling
8	Opsamling og afrunding

Figur 5 ACT Hexaflex modellen



Tidsforløb

Terapiforløbet kan tilbydes i 2 formater enten via hold eller individuelt (se in- og eksklusionskriterier). Såfremt der tilbydes terapiforløb på hold, er rammen 8 sessioner af 2 ½ time. Deltagerantal er 10 patienter.

Rammen for det individuelle terapiforløb er som udgangspunkt 8 sessioner af 1 times samtale og ½ times journalskrivning.

Læringsrum

Teoretisk tages afsæt i Acceptance and Commitment Therapy, hvor omdrejningspunktet er at træne psykologisk fleksibilitet. Dette med henblik på at forstå og ændre nogle af de barrierer, patienten har i forhold til at omsætte det lærte fra standardforløbet i eget liv. Der er således tale om terapeutisk intervention, hvor fokus retter sig mod patientens grundlæggende strategier og deres betydning for vedligeholdelse af smertetilstanden. For at kunne opnå et udbytte af terapiforløbet forventes det, at patienten deltager aktivt i undervisningen og arbejder med hjemmearbejde mellem de enkelte sessioner.

Behandlerkompetencer

Behandler skal være cand.psych. aut., gerne specialist i klinisk psykologi eller sundhedspsykologi. Behandlere skal have indgående kendskab til og erfaring med CBT og ACT. De skal endvidere have erfaring med gruppeterapeutiske interventioner. Behandlerne skal have regelmæssig supervision i forhold til at varetage gruppeforløbet, da arbejdet med gruppeterapi rummer en anden form for kompleksitet end individuelle forløb og smerteeducative forløb.

Patientkarakteristika

Patienten skal udvise interesse, motivation og villighed til at indgå i et terapeutisk forløb hvor der arbejdes med indsigt og forandring.

Inklusionskriterier:

- Patientens håndtering af smertetilstand skal være udfordret pga psykologiske problemstillinger, samt have en væsentlig indvirkning på patientens funktionsniveau

Eksklusionskriterier:

- Ikke deltaget på Forstå smerte, Livet med smerter og stressreduktionshold
- Presserende bekymringer omhandlende social afklaring, der ikke er adresseret
- Pågående eller akutte livsvilkår/kriser som har betydelig indvirkning på patientens forudsætninger for at indgå i et terapeutisk forløb
- Betydelige udfordringer med at indgå i en gruppesammenhæng eller i en patient/behandler-relation
- Pågående misbrug
- Akut selvmordstruet
- Svær psykopatologi eller mistanke herom
- Lavt kognitivt funktionsniveau og/eller hjerneskade el.lign. som påvirker de kognitive funktioner

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Ved vurderingssamtalen er der noteret begrundelse for behov for terapiforløb, samt hvorvidt dette skal tilbydes individuelt eller gruppe.

Ved afslutning dokumenteres i EPJ ud fra standardfrase.



4.4 Medicinsk behandling

Medicinsk behandling er ikke første valg i Smertecenter Syd. Den patientansvarlige læge (PAL) i Smertecenter Syd er ansvarlig for den medicinsk behandling af den *komplekse kroniske* smertetilstand inkl. relevante følgetilstande under behandlingsforløbet.

For nogle patienter der tager smertestillende medicin kan det være relevant med en medicinsamtale i løbet af behandlingsforløbet. Specialiseret medicinjustering kan tilbydes som tillæg efter standardforløb eller i særlige tilfælde som et egentlig medicinsk forløb. Anden medicinjustering kan med fordel varetages af egen læge inden forløbet i Smertecenteret.

4.4.1 Medicinsamtale hos læge/sygeplejerske

Udarbejdet af Chresten Lyng, Mai Ninh, Karina Tranekjer Debel, Kristina Espesen, Karin Due Bruun og Laila Bendix

Baggrund

Når patienterne kommer til Lang primærsamtale, er de ofte allerede i medicinsk behandling. Denne er ikke altid hensigtsmæssig ift. den komplekse smertetilstand, og ikke alle patienter er informeret om effekt og bivirkning, bl.a. af håndkøbsmedicin. Derfor kan der være et lægefagligt behov for at give relevant information om medicin på et tidligt tidspunkt i forløbet.

Formål

- At adressere uhensigtsmæssig medicinbrug (f.eks. svage primære analgetika og/eller korttidsvirkende opioider)
- At sikre information om virkning og bivirkning til de ordinerede præparater
- At identificere og adressere medicinsk misbrugsadfærd og adækvat tilbud om udtrapning

Indhold

Samtale, hvor medicin gennemgås og evt. kortvarig udtrapning iværksættes.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- Patienter der er i behandling med smertestillende medicin og
- Lægefaglig indikation for yderligere information om nuværende medicinering som ikke er rummet på Lang primærsamtale

Behandlerkompetencer

Læge eller sygeplejerske som har gennemført medicinsk oplæring i Smertecenteret. Det besluttes ved Lang primærsamtale hvilken behandler, der skal varetage samtalen.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Tværfaglig drøftelse kan afstedkomme ændringer i den medicinske plan efter aftale med PAL mhp. at optimere indsatsen i Smertecenteret.

4.4.2 Medicinjustering/medicinsk forløb

Udarbejdet af Chresten Lyng, Mai Ninh, Kristina Espesen, Karin Due Bruun

Baggrund

Hos nogle patienter kan der være behov for specialistbehandling med udvalgte lægemidler og/eller hjælp med ned-/udtrapping af smertestillende medicin.

Formål

- At varetage specialistbehandling med udvalgte lægemidler som fx Metadon og LDN
- At sikre hensigtsmæssig og anbefalet medicinering gennem monitorering af indikation og opfølgning på bivirkninger mhp. fortsat medicinsk behandling
- At sikre at den medicinske behandling opretholder eller forbedrer livskvalitet og funktionsniveau
- At vurdere behov for og effektuere udtrapping

Indhold

Farmakologisk behandling.

Tidsforløb

Medicinsk nedtrapping, justering eller afprøvning foretages under hensyntagen til andre planlagte aktiviteter, herunder smerteudvikling, stressreduktion og terapi. Medmindre der er argumenter for andet, foregår medicinjustering efter standardforløb.

Der kan aftales både fysiske og telefoniske opfølgninger ved læge hhv. sygeplejerske.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- patienten har et udtalt ønske om medicinsk afprøvning eller justering og der er lægefaglig indikation herfor *eller*
- patienten er motiveret for eller der er lægefaglig indikation for ud/nedtrapping

Behandlerkompetencer

Læge som har gennemført medicinsk oplæring i Smertecenteret. Sygeplejerske efter rammeordination.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Tværfaglig drøftelse kan afstedkomme ændringer i den medicinske plan efter aftale med PAL mhp. at optimere indsatsen i Smertecenteret. Relevant anamnese ift. virkning/bivirkning samt kontrol af BT/EKG og blodprøver iht. forsigtighedsregler for de enkelte præparater dokumenteres i EPJ. Der ajourføres i FMK.

4.4.3 Nedtrappingshold

Udarbejdet af Torill H Hansen og Laila Bendix

Baggrund

Evidensen for at langvarige smerter skal behandles med opioider er minimal (Sundhedsstyrelsen, 2019). Der er stigende fokus på det høje opioidforbrug og en stigende opmærksomhed på, at opioidbehandlingen medfører en række bivirkninger og ulemper på lang sigt. Nedtrapping bør derfor forsøges (Sundhedsstyrelsen, 2019). Det kan være relevant med peer-støtte til en nedtrappingsproces. Deltagelse på holdet kan mindske følelsen af uoverskuelighed og fortvivlelse specielt for patienter med mange abstinenser.

Formål

Formålet med deltagelse på nedtrappingsholdet er, at patienterne får støtte under nedtrappingsforløbet, og at patienterne kan opleve støtte og opbakning fra medkursisterne.

Indhold

Patienterne får kendskab dels til opioiders virkning og bivirkninger, dels abstinenser. Der arbejdes med strategier til at hjælpe sig selv under nedtrappingsprocessen. Der arbejdes med en individuel nedtrappingsplan, der justeres ved hvert fremmøde. Der anvendes kortere vejrtrækningsøvelser.

Tidsforløb

Holdet mødes hver 14. dag, 2½ time á 5 gange. Der er mulighed for at fortsætte på nyt hold ved behov.

Læringsrum

Forløbet er gruppeforløb, mindre gruppe på max 5 deltagere og en holdbehandler.

Undervisningen er deltagerfokuseret. Der arbejdes ud fra motivationssamtalen og principperne i Kognitiv terapi/ ACT.

Hvis patienterne har brug for støtte ud over fremmøde, har de mulighed for at ringe på sygeplejetelefonen / få telefonkontakt fra holdbehandler.

Patientkarakteristika

Inklusionskriterier:

- I opioidbehandling
- Motiveret for nedtrapping

Eksklusionskriterier:

- Misbrug

Behandlerkompetencer

Sundhedsfagligt uddannet der kan varetage nedtrapping og holdforløb selvstændigt. Fordel med stor interesse for nedtrapping, viden om motivation og kognitiv terapi/ ACT.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Den patientansvarlige læge er ansvarlig for en individuel nedtrappingsplan.

Der dokumenteres i EPJ hvorledes den enkelte patient har formået at ændre sit forbrug.

4.5 Sygeplejetelefon

Udarbejdet af Anne-Mette Rasmussen, Sygeplejerskegruppen og Laila Bendix

Baggrund

Patienter i Smertecenteret følger ofte et ambulat forløb over længere tid, hvor de imellem de planlagte aktiviteter kan stå i uforudsete udfordringer, og have brug for en sundhedsfaglig kontakt.

Formål

Vejlede patienterne i forhold til uforudsete udfordringer som kan have betydning for behandlingsforløbet

Patienterne kan få svar på spørgsmål vedrørende medicinsk behandling.

Indhold

Indholdet af en telefonsamtale er meget forskelligt. Det kan handle om alt fra medicin, spørgsmål til tidligere samtaler, nye symptomer og videre plan.

Det er en faglig vurdering, om problemstillingen kræver handling her og nu, eller kan vente til patienten kan ses af sin kontaktsygeplejerske eller den patientansvarlige læge.

Spørgsmål af lægefaglig karakter, der kræver hurtig handling, afklarer sygeplejersken med den patientansvarlige læge eller en af de øvrige læger i Smertecenteret.

Tidsforløb

Sygeplejersketelefonen er åben mandag-onsdag-fredag fra kl 11-12.

Patientkarakteristika

Patienter der er i forløb i Smertecenteret.

Behandlerkompetencer

Sygeplejerske ansat i Smertecenteret, der har gennemgået oplæringstiden.

Før sygeplejersken selvstændigt kan varetage sygeplejersketelefonen, kræver det viden om følgende:

- Patienternes flow igennem Smertecenteret og indhold i individuelle samtaler såvel som holdundervisning
- Det tværfaglige samarbejde i Smertecenteret
- Medicin, herunder viden om Smertecenterets typiske præparater; dosis; virkning/bivirkninger; interaktioner; hvordan reagere ved bivirkninger; principper for op/nedjustering af de typiske præparater i Smertecenteret; medicinbestilling samt ajourføring i FMK.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Det skal sikres at patienten har en kommende tid/ kontakt til Smertecenteret.

Af EPJ fremgår tydelig konklusion og plan fra patientens team af behandlere i Smertecenteret. Ved behov videregives information fra samtalen til rette vedkommende.

4.6 Statusattest LÆ125

Udarbejdet af Anne Sofie Schou Funch, Susanne Skovrup og Lene Kit Rasmussen

Baggrund

Samarbejdet på det socialt-medicinske område, mellem læger og kommuner, er reguleret i en samarbejdsaftale mellem Kommunernes Landsforening (KL) og de praktiserende lægers organisation (PLO) (Lægeforeningen KL, 2023). Kommunen og læger er vigtige samarbejdspartnere i opgaven om at sikre, at patienten får den rette hjælp og støtte. Lægernes opgave er at afgive relevant lægelige oplysninger (mens beskæftigelsesforvaltningens opgave er, at vurdere disse i forhold til lovgivningen og sociale forhold i øvrigt).

Formål

At sikre at der afgives relevant lægelige oplysninger ved forespørgsel.

Indhold

Statusattesten er et kort resume og vurdering af de relevante helbredsforhold.

Jf. socialt-lægeligt samarbejde bør statusattest indeholde følgende:

- Kort anamnese
- Diagnose og prognose
- Helbredstilstandens betydning for funktionsevnen og eventuelle skånebehov
- Igangværende behandling og behandlingsmuligheder

Såfremt kommunen stiller andre relevante spørgsmål i forhold til patientens helbreds-mæssige tilstand, er vores udgangspunkt at disse besvares.

I forhold til strukturen i statusbesvarelsen bruges kommunens konkrete spørgsmål som overskrifter. Der bruges ikke forkortelser i besvarelse af statusattesten, dette for at undgå misforståelse.

I sjældnere situationer kan der tages kontakt til patienten og afholdes yderligere samtale forinden besvarelse af statusattest, hvor dette vurderes hensigtsmæssigt.

Tidsforløb

Når Smertecentret modtager statusattest, tilstræbes det, at besvarelsen kan afsendes inden 4 uger.

Behandlerkompetencer

Det er lægen, der besvarer statusattest, når patienten har været til Kort primærsamtale. Såfremt lægen vurderer behov for sparing ved socialrådgiver, arrangeres dette med socialrådgiver. Hvis patienten har været til Lang primærsamtale og afsluttes ved denne, og der senere modtages anmodning om statusattest, bookes socialrådgiver til at skrive kort status på baggrund af journalen.

I de situationer hvor patienten har været til samtale hos en af Smertecentrets behandlende socialrådgivere, vil det være socialrådgiveren, der skriver statusattesten, med mulighed for sparing hos ansvarlig læge, der også underskriver.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

Statusattesten udfyldes på baggrund af dokumenterede relevante helbredsforhold. Udsendes til relevant kommune med kopi til patienten via e-boks.



4.7 Sekretær

Udarbejdet af Charlotte Tøgersfelt, Christina Røn, Malene Nygaard Christensen, Vibeke Skovdal Albrechtsen, Benedikte Mølgaard og Laila Bendix

Baggrund

Kroniske smertepatienter har haft talrige møder med sundhedsvæsenet inden de kommer i Smertecenteret. God behandling faciliteres af, at patienten mødes med empati, rummelighed og medmenneskelighed.

Smertepatienter er ofte kognitivt og emotionelt udfordrede, hvorfor der kan være udfordringer med at følge forløbet. Her kan en støtte fra personale sikre hjælp til selvhjælp ift. fx det skriftlige materiale og det praktiske omkring forløbet.

Det skaber tryghed og ro, når patienten mødes af en afdeling der fremstår som en enhed. Her har sekretærgruppen en vigtig funktion, da de ofte er patienternes første møde med afdelingen.

Formål

Formålet med sekretær indsatsen er

- Koordinere forløb
- Skabe ro og trygge rammer
- Sikre sammenhængskraft
- Få forløbene til at køre
- Tage tingene i opløbet
- Være "tragten" og kunne henvise til rette instans

Indhold

Sekretærerne møder patienten mange gange i løbet af et forløb.

Der er flg. overordnede mødetyper:

- Kontakt inden behandlingsstart
- Daglige kontakt i klinikken
- Løbende opfølgning pr telefon

Der er flg. emner møder kan handle om:

- Medicinbestilling
- Tidsbestilling (herunder afbudstider, ombooking m.m.)
- Support: fx tekniske udfordringer med links mm
- Befordring/parkering/mm
- Forklaring af forløbets indhold
- Afslutning af forløbet
- Huske-ring
- Utilfredse patienter

Tidsforløb

Sekretærerne møder patienterne løbende i kortere kontakter gennem hele forløbet samt før og efter.

Kontakten kan både være skriftlig, telefonisk og fysisk møde.

Patientkarakteristika

Alle patienter skal som udgangspunkt mødes og rummes så længe det gælder praktiske og koordinerende problemstillinger.

Behandlerkompetencer

Det forventes, at sekretærer har en lægesekretæruddannelse eller tilsvarende. Der er behov for stærke kommunikative evner med hovedvægt på den telefoniske kontakt. Sekretærer skal have redskaber til at forstå og rumme patienternes frustrationer og kunne møde dette professionelt. Dette sikres gennem intern supervision.

Overlevering mellem indsatser i Smertecenteret

- Tydelighed i skriftlig dokumentation i EPJ af den enkelte patients forløb.
- Løbende opdatering af udgående kommunikation
- Opdatering af klinikkens retningslinjer

Efterord

Denne indsatsbeskrivelse er som nævnt i forordet udarbejdet ud fra en ambition om at arbejde med en højere grad af faglig systematik og tydelighed, hvor vi lader integrationen af klinik, forskning, uddannelse og formidling være den gennemgående retning i vores arbejde. For at sikre vedvarende høj interventionsintegritet, vil vi fortsat arbejde med systematisk og kontinuerlig uddannelse af nuværende og kommende personale.

Den øgede faglige systematik i kombination med løbende evaluering gør, at vi kan kvalitetssikre både det samlede behandlingsflow og de enkelte indsatser.

Vores indsatsbeskrivelse afspejler først og fremmest en revideret klinisk praksis, hvor vi har ændret vores behandlingsformat, fra at være et forløb med indledende medicinsk afprøvning og efterfølgende mulighed for tilvalg af behandlingsindsatser i form af undervisning og stressreduktion, til at være et standardforløb sammensat af generiske og individuelle indsatser, som patienten forventes at deltage aktivt i. Dette betyder, at flere patienter nu tilbydes det, vi fra forskningen ved virker, nemlig viden omkring smerter og stressreduktion.

I evalueringen vil vi fokusere på at belyse 1) hvor mange der gennemfører standardforløbet, 2) hvor stor en andel af den samlede patientgruppe, der oplever effekt (fx øget viden, mestring, funktionsniveau og livskvalitet), 3) hvilke vedligeholdende faktorer der påvirkes gennem behandlingen, og om denne påvirkning medfører en positiv effekt og 4) hvem der profiterer af behandlingen. Evalueringen vil facilitere systematisk udvikling og afprøvning af nye behandlingsindsatser til patienter med begrænset effekt af det nuværende forløb.

Vi håber, at vi med denne indsatsbeskrivelse og vores evaluering af den kliniske praksis kan medvirke til fortsat at udvikle klinisk praksis på området generelt i Danmark, og derigennem inspirere til en mere systematisk behandlingsindsats og uddannelse på smerteområdet generelt.

Odense, August 2023

Kira Søndberg Fuglsang (Psykolog, Specialist og supervisor i Klinisk psykologi)

Laila Bendix (Læge, PhD)

Henrik Bjarke Vægter (Fysioterapeut, PhD, Klinisk Professor)

Referencer

- Arendt, M og Rosenberg, NK. 2012.** *Kognitiv terapi - Nyeste udvikling*. s.l. : Gyldendal, 2012.
- Aude, Jutta. 2000.** *Selvstyret gruppearbejde: Empowerment i praksis*. 2000.
- Breivik, H, et al. 2006.** Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. May 2006, Årg. 10, 4, s. 287-333.
- Bruun, KD, Bye-Møller, L og Vaegter, HB. 2023.** High-Impact Chronic Pain Fact Sheet. *IASP Special Interest Group Musculoskeletal Pain*. 2023.
- Bunzli, S, et al. 2017.** Making Sense of Low Back Pain and Pain-Related Fear. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017, Årg. 47, 9, s. 628-636.
- Caneiro, JP, Bunzli, S og O´Sullivan, P. 2021.** Beliefs about th body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Brazilian Journal og Physical Therapy*. 2021, Årg. 25, s. 17-29.
- Chen, J, Ou, L og Hollis, SJ. 2013.** A systematic review of the impact of routine collection of patient reported outcome measures on patients, providers and health organisations in an oncologic setting. *BMC Health Serv Res*. 2013, Årg. 13, s. 211.
- Cohen, SP, Vase, L og Hooten, WM. 2021.** Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021, Årg. 397, s. 2082–97.
- Dunford, E og Thompson, M. 2010.** Relaxation and Mindfulness in Pain: A Review. *Rev Pain*. 2010, Årg. 4, 1, s. 18–22.
- Fitzcharles, MA, et al. 2021.** Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021, Årg. 397, 10289, s. 2098-2110.
- Frosthholm, L, Schröder, A og Friis-Hasché, E. 2013.** *Klinisk Sundhedspsykologi*. 2013.
- Gatchel, RJ, et al. 2007.** Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsen. *Psychol Bull*. 2007, Årg. 133, 4, s. 581-624.
- Gullacksen, A og Lidbeck, J. 2004.** The Life Adjustment Process in Chronic Pain: Psychosocial Assessment and Clinical Implications. *Pain Research and Management*. 2004, Årg. 9, 3, s. 145-53.
- Hansen, M, et al. 2021.** Validation of the Danish International Trauma Questionnaire for posttraumatic stress disorder in chronic pain patients using clinician-rated diagnostic interviews. *Eur J Psychotraumatol*. 2021, Årg. 12, 1, s. 1880747.
- Hasenbring, MI og Verbunt, JA. 2010.** Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Cllin J Pain*. 2010, Årg. 26, 9, s. 747-53.
- Hilton, L, et al. 2017.** Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017, Årg. 51, 2, s. 199–213.

IASP. 2023. Chronic Pain. [Online] July 2023. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>.

IASP. 2023. What is acute pain. [Online] July 2023. <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/acute-pain/>.

Kent, P, et al. 2023. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet*. 2023, Årg. 401, 10391, s. 1866-77.

Kha, TV, et al. 2020. Preliminary validity and test-retest reliability of two depression questionnaires compared with a diagnostic interview in 99 patients with chronic pain seeking specialist pain treatment. *Scand J Pain*. 2020, Årg. 20, 4, s. 717-726.

Khoo, EL, et al. 2019. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2019, Årg. 22, 1, s. 26-35.

Kotronoulas, G, et al. 2014. What is the value of the routine use of patient-reported outcome measures toward improvement of patient outcomes, processes of care, and health service outcomes in cancer care? A systematic review of controlled trials. *J Clin Oncol*. 2014, Årg. 32, 14, s. 1480-501.

La Cour, Peter. 2019. Psykologisk Smertebehandling. *Smerter*. 4. s.l. : FADLs Forlag, 2019, s. 666.

Larsen, DB, et al. 2022. Obstructive sleep apnea is common in patients with high-impact chronic pain - an exploratory study from an interdisciplinary pain center. *Scand J Pain*. 2022, Årg. 22, 1, s. 106-117.

Latremoliere, A og Woolf, CJ. 2009. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain*. Sep 2009, Årg. 10, 9, s. 895-926.

Lægeforeningen KL. 2023. Socialt Lægeligt Samarbejde. [Online] 2023. <https://www.laeger.dk/media/inyn3gc3/socialt-laegeligt-samarbejde-maj-2023.pdf>.

Majeed, MH, Ali, AA og Sudak, DM. 2019. Psychotherapeutic interventions for chronic pain: Evidence, rationale, and advantages. *Int J Psychiatry Med*. 2019, Årg. 54, 2, s. 140-149.

Marshall, S, Haywood, K og Fitzpatrick, R. 2006. *J Eval Clin Pract. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review*. 2006, Årg. 12, 5, s. 559-68.

Meland, E, Schei, E og Bærheim, A. 2000. Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 2000, Årg. 120, s. 2253-6.

Mittinty, MM, et al. 2018. Exploring effect of pain education on chronic pain patients' expectation of recovery and pain intensity. *Scand J Pain*. 2018, Årg. 18, 2, s. 211-19.

Munksgaard. 2016. *Den gode patientsamtale: Calgary-Cambridge Guiden*. 2016.

NICE. 2021. Pharmacological management for chronic primary pain. [Online] 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/evidence/j-pharmacological-management-for-chronic-primary-pain-pdf-326591532181>.

Nicholas, M, et al. 2019. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019, Årg. 160, 1, s. 28-37.

NIH. 1996. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA*. 1996, Årg. 276, 4, s. 313-8.

Nijs, J, et al. 2021. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol*. 2021, Årg. 3, s. e383-92.

O´Sullivan, PB, et al. 2018. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Phys Ther*. 2018, Årg. 98, 5, s. 408-23.

Odense Universitetshospital. 2023. Patienten Først. [Online] 2023. <https://ouh.dk/ouh-som-arbejdsplads/vaerdier-og-strategier/patienten-forst>.

Posadzki, P og Ernst, E. 2011. Guided imagery for musculoskeletal pain: a systematic review. *Clin J Pain*. 2011, Årg. 27, 7, s. 648-53.

Posadzki, P, et al. 2012. Guided imagery for non-musculoskeletal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pain Symptom Manage*. 2012, Årg. 44, 1, s. 95-104.

Raja, SN, et al. 2020. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 1. Sep 2020, Årg. 161, 9, s. 1976-1982.

Ravn, SL, et al. 2018. The role of posttraumatic stress symptoms on chronic pain outcomes in chronic pain patients referred to rehabilitation. *J Pain Res*. 11, 2018, s. 527-36.

Rikard, SM, et al. 2023. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019-2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. April 2023, Årg. 72, 15, s. 379-385.

Royal College of Anaesthetists. 2021. Core Standards for Pain Management Services in the UK. [Online] 2021. https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2022-01/FPM-Core-Standards-Dec-2021_0.pdf.

Santorelli, S, Meleo-Meyer, F og Koerbel, L. 2017. *Mindfulness-Baseret-Stress-Reduktion – Autoriseret Curriculum Vejledning. Dansk oversættelse Jacob Piet og Mai Malouie*. 2017.

Schrader, AV, et al. 2010. Kontaktsygeplejersker giver bedre kvalitet i sygeplejen. *Sygeplejersken*. 8, 2010, Årg. 13, s. 52-7.

Simovska, V og Jensen, JM. 2012. *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. s.l. : Gads Forlag, 2012.

Snyder, CF, et al. 2013. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care*. 2013, Årg. 51, 8 Suppl 3, s. S73-9.

SSAI. <https://ssai.info/education/pain-medicine/>. [Online]

Sundhedsstyrelsen. 2019. IRF Månedssblad . *Sådan trapper du dine patienter ud af opioider*. [Online] 2019. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/irf-maanedsblad-saadan-trapper-du-dine-patienter-ud-af-opioider>.

Sundhedsstyrelsen. 2018. National Klinisk Retningslinje for generaliserede smerter i bevægeapparatet. [Online] 2018. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/NKR-generaliserede-smerter/National-klinisk-retningslinje-for-generaliserede-smerter-i-bev%C3%A6geapparatet.ashx>.

Sundhedsstyrelsen. 2019. Smerteguide. [Online] 2019. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/Smerteguide.ashx>.

Sundhedsstyrelsen. 2023. Specialeplan for anæstesiologi. [Online] 2023. https://www.sst.dk/-/media/Viden/Specialplaner/Specialeplan-for-an%C3%A6stesiologi/Specialevejledning-for-Anaestesiologi-den-18-januar-2023.ashx?sc_lang=da&hash=B4D0FAEC0198D2B683A126DE3980717F .

Titze, C, et al. 2021. Patterns of Approach to Activity in 851 Patients With Severe Chronic Pain: Translation and Preliminary Validation of the 9-item Avoidance-Endurance Fast-Screen (AEFS) Into Danish. *Clin J Pain*. 2021, Årg. 37, 3, s. 226-236.

Turk, DC, et al. 2023. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2023, Årg. 106, 3, s. 337-345.

Vaegter, HB og Graven-Nielsen, T. 2016. Pain modulatory phenotypes differentiate subgroups with different clinical and experimental pain sensitivity. *Pain*. 2016, Årg. 157, 7, s. 1480-8.

Vaegter, HB, et al. 2020. Improvements in clinical pain and experimental pain sensitivity after cognitive functional therapy in patients with severe persistent low back pain. *Pain Rep*. 2020, Årg. 5, 1, s. e802.

Vaegter, HB, et al. 2021. Sleep disturbance in patients attending specialized chronic pain clinics in Denmark: a longitudinal study examining the relationship between sleep and pain outcomes. *Scand J Pain*. 2021, Årg. 21, 3, s. 539-547.

Vaegter, HB, et al. 2021. Socio-Demographics, Pain Characteristics, Quality of Life and Treatment Values Before and After Specialized Interdisciplinary Pain Treatment: Results from the Danish Clinical Pain Registry (PainData). *J Pain Res*. 2021, s. 1215-1230.

Vambheim, SM, et al. 2021. Relaxation techniques as an intervention for chronic pain: A systematic review of randomized controlled trials. *Heliyon*. 2021, Årg. 7, 8, s. e07837.

Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet. 2016. Program PRO: anvendelse af PRO-data i kvalitetsudviklingen af det danske sundhedsvæsen:

anbefalinger og vidensgrundlag. [Online] 2016.
https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Ra.

Villadsen, B og Faurschou, P. 2017. Patientundervisning skal forankres teoretisk. *Sygeplejersken*. 2017, Årg. 5, s. 40-44.

Von Korff, M, et al. 2020. Graded chronic pain scale revised: mild, bothersome, and high-impact chronic pain. *Pain*. 2020, Årg. 161, 3, s. 651-661.

Woolf, CJ. 2011. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011, Årg. 152, S2, s. 15.

Wright, CD, et al. 2019. A Framework for Understanding the Role of Psychological Processes in Disease Development, Maintenance, and Treatment: The 3P-Disease Model. *Front Psychol*. 2019, Årg. 10, s. 2398.

Wulff, C, et al. 2010. Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. *Ugeskrift for læger*. 2010, Årg. 172, 10, s. 801-4.

Zelaya, CE, et al. 2020. Chronic Pain and High-impact Chronic Pain Among U.S. Adults, 2019. *NCHS Data Brief*. 2020, Årg. 390, s. 1-8.

Ziadni, MS, et al. 2021. Efficacy of a Single-Session "Empowered Relief" Zoom-Delivered Group Intervention for Chronic Pain: Randomized Controlled Trial Conducted During the COVID-19 Pandemic. *Med Internet Res*. 2021, Årg. 23, 9, s. e29672.

Aaronson, N, et al. 2015. User's Guide to Implementing Patient-Reported Outcomes Assessment in Clinical Practice. [Online] 2015. <https://www.isoqol.org/wp-content/uploads/2019/09/2015UsersGuide-Version2.pdf>.

AAU. <https://www.aau.dk/uddannelser/efteruddannelse/master/smertevidenskab-og-tvaerfaglig-smertebehandling>. [Online]