

# SmerteAgenten

- en tidlig identifikation af smertepatienter



Behovsafdækning blandt patienter og fagpersonale

---

**Stine Højgaard**  
**Anna Skovgaard**  
**Jens Jørgen Daugaard**  
**Mette Terp Høybye**

# Tak

Projekt SmerteAgenten er opstået i et fornemt samspil mellem Smerteklinikken og Forskningsenheden ved Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg. Da Smerteklinikken åbnede i november 2015, var det fra starten en ambition at bidrage til forskning og udvikling indenfor det bio-psykosociale smertefelt. De tidlige tanker om SmerteAgenten og den første finansiering til projektet er et resultat af denne ambition.

Den første fase af SmerteAgenten, som afrapporteres her, forløb mellem januar og september 2016. Forud var gået en crowdfunding kampagne på platformen CrowdsWhoCare, hvor det var lykkedes at rejse 200.000 kroner fra interesserede backere, doneret som kontanter eller arbejdskraft til projektet.

Herudover har projektet modtaget støtte fra Region Midtjyllands praksisforskningsfond.

Vi har en lang række mennesker at takke for deres bidrag til projektet: Først og fremmest er det den omfattende række af privatpersoner, som støttede projektet med små og store donationer, fordi de gerne ville være med til at gøre en forskel for mennesker med kroniske smerter. Alle backere fremgår af rapportens bagside. Tak!

Tak også til Lars, Pia og Lotte, som lagde ansigt og smertefortælling til videoen til vores crowdfunding kampagne.

Dernæst, tak til de personer med kroniske smerter, som har sagt ja til at indgå i projektet og dele deres erfaringer om hverdagen med smerter, så vi har fået mulighed for at beskrive og afdække behov i denne gruppe. Herudover, tak til de praktiserende læger, der bidrog med erfaringer og betragtninger om behandlingen af smerter gennem spørgeskema og fokusgruppeinterview.

Endelig, tak til personalet i Smerteklinikken, som velvilligt har sparret på overvejelser og ideer i projektet undervejs. Og tak til alle deltagerne i SmerteAgent workshoppen 13. september 2016, som bidrog med uvurderlige betragtninger, der er med til at udstikke kursen for projektet fremad.

Tak .....	2
Resumé .....	4
1 Indledning .....	4
Formål .....	5
2 Undersøgellesdesign og metode .....	7
2.1 Afgrænsning af patientgruppe .....	7
2.2 (Deltager)observation .....	8
2.3 Interviews .....	9
2.4 Spørgeskema .....	9
2.5 Fokusgruppeinterview .....	10
2.6 Brugerinddragelse via arbejdsgrupper .....	10
2.7 Validitet .....	11
2.8 Etik .....	11
3 Smertepatient-persona .....	12
3.1 Den ambitiøse patient .....	14
3.2 Den rationelle patient .....	16
3.3 Den Modløse patient .....	18
3.4 Den selvbevidste patient .....	19
3.5 Den håbløse patient .....	21
Opsummering .....	22
4 Praktiserende lægers vinkel .....	23
5 Udvikling af design spørgsmål .....	24
6. Workshopen .....	25
Nye koncepter og oplæg .....	26
Evaluering af workshopen .....	27
7. Fremtidsperspektiver .....	28
Program: Workshop SmerteAgenten .....	31
Backeroversigt .....	32
Crowdsourcing .....	32
Crowdfunding .....	32

## Resumé

SmerteAgenten er et forskningsprojekt forankret på Regionshospitalet Silkeborg omkring en tidlig indsats overfor kronisk smerte. Denne rapport er beskrivelse af pilotfasen, som forløb fra februar til september 2016. Formålet var en behovsafdækning af, hvordan og hvor det er muligt at yde en tidligere indsats overfor kronisk smerte. Rapporten omhandler de metodiske valg for dataindsamlingen, som er foregået blandt smertepatienter og sundhedsfaglige behandlere på Smerteklinikken, Regionshospitalet Silkeborg.

Vi præsenterer ligeledes fem smertepatienter, som eksemplificerer en slags arketyper, som den sundhedsfaglige behandler møder i sit daglige virke. Personaerne har forskellige ønsker til behandlingsrammer og lægestyret behandling og kæmper med forskellige udfordringer udover smerten.

Ligeledes er der et afsnit om de praktiserende lægers behov. Samspelet mellem den kroniske smertepatient og den praktiserende læge er central for fremtidig udvikling af løsninger til at understøtte behandlingen af smerter. Med dette afsæt slutter rapporten med at skitsere nye perspektiver for projektet, hvor vi fremadrettet ikke kun fokuserer på en konkret udformning af et monitoreringsredskab til brug mellem praktiserende læger og patienter i risiko for at udvikle kroniske smerter. Men ligeledes gentænker de nuværende behandlings- og henvisningsrammer og vil arbejde for en ny tværfaglig og tværsektoriel tidlig indsats.

## 1 Indledning

I Danmark lider 1/5 mennesker over 18 år af kroniske smerter i større eller mindre grad (1). Omkring 10 % af de patienter, der henvender sig i almen praksis, klager over smerter, der stammer fra bevægeapparatet (2). Når smerte bliver kronisk, har det alvorlige konsekvenser for patienten og store individuelle og samfundsmæssige omkostninger (2-5). Smerter er et abstrakt, komplekst fænomen og patientgruppen forskelligartet.

I dette projekt er der fokus på patienter i risiko for at udvikle diagnosen komplekse kroniske smerter. Denne patientgruppe lider af kroniske smerter, som ikke kan fjernes med medicin (2). En medicinsk teknologivurdering fra juli 2014 dokumenterer, at smertepatienter oplever usammenhængende og langvarige forløb samt usikkerhed omkring deres diagnose (5), hvilket medfører øget risiko for social isolation og nedsat funktionsevne, og derved påvirker livskvalitet og daglige livsførelse (1,2 & 5).

Desuden understreger patienterne, at den hjælp, de får, ofte ikke modsvarer den komplekse personlige, sociale og arbejdsmæssige situation, som de oplever som en konsekvens af smerterne. Smertepatienter efterlyser en tidlig indsats i et samarbejde med især den praktiserende læge.

Denne indsats skal baseres på en fælles sygdomsforståelse. Også det sundhedsfaglige personale oplever en manglende koordinering af indsatsen samt lange ventetider, hvilket er en barriere for en tidlig og målrettet indsats (2 & 5).

I februar 2016 startede et pilotprojekt i samarbejde mellem Smerteklinikken, Regionshospitalet Silkeborg og Forskningsenheden under Center for Planlagt Kirurgi, Regionshospitalet Silkeborg. Projektet havde til formål at forstå, hvordan hhv. smertepatienter og professionelle beskriver patientens oplevelse af smerte samt at opnå forståelse for, hvad patienten oplever som udfordringer i livet som smertepatient og i deres behandlingsforløb.

Patienterne bliver ikke mødt systematisk af den nødvendige og rettidige behandling i relation til deres smerter (5 & egne undersøgelser i projektet). Den anbefalede behandling af komplekse kroniske smerter er, i følge den kliniske retningslinje for smertebehandling 2015, en kombination af farmakologiske, edukative (læring om smertetilstanden og baggrunden herfor) og psykologiske metoder og endelig en social indsats for at fastholde så mange som muligt på arbejdsmarkedet (2).

## **Formål**

Da projektet blev søsat via crowdsourcing-kampagnen, var formålet via etnografiske undersøgelser at afdække behov og smertekarakteristika blandt patienter i Smerteklinikken, Regionshospitalet Silkeborg og fokusgrupper i almen praksis samt skabe indsigt i, hvordan vi kan følge og vurdere smerte tidligt. Målet var at udvikle et redskab, som sundhedspersonale kunne anvende i forbindelse med screening af smertepatienter, som er i risiko for at udvikle kroniske smerter, så patienterne kunne blive tilbudt den relevante behandling så hurtigt som muligt. Vi arbejdede ud fra disse forskningsspørgsmål:

1. Hvordan identificeres ikke-medicinske faktorer af afgørende betydning for udviklingen af komplekse smerter hos den individuelle patient?
2. Hvordan italesætter og beskriver praksislæger deres faglige vurdering af risikoen for, at patienter udvikler kroniske smerter?
3. Hvilken sproglig praksis kendetegner beskrivelsen af smerter hos hhv. patienter og professionelle?

4. Hvordan sikres implementering af redskabet til identifikation af tidlig indsatsområder blandt smertepatienter i almen praksis?

Nogle af svarene på disse spørgsmål bliver berørt i nærværende rapport, og andre er fortsat en del af projektet at undersøge.



## 2 Undersøgelsesdesign og metode

I den følgende vil de forskellige metodiske teknikker, som vi har brugt undervejs, blive opridset og forklaret.

### 2.1 Afgrænsning af patientgruppe

Patienterne i dette projekt er afgrænset til patienter med nonmaligne smerter i bevægeapparatet. Ved afgrænsning af målgruppen tog vi udgangspunkt i de nationale kliniske retningslinjer for "generaliserede smerter i bevægeapparatet" (2). Retningslinjerne definerer tilstanden som smerter, der er "diffust udbredte til store dele af bevægeapparatet", og hvor patienternes funktionsevne som følge af smertetilstanden vil "være nedsat i en grad, der påvirker arbejdsevne, hverdagsopgaver og/eller fritidsaktivitet" (2). Det er også afgørende, at der ved udredning med både objektiv og paraklinisk undersøgelse ikke kan påvises somatisk eller psykiatrisk sygdom, som forklarer smerterne. Herudover var det et kriterie, at smerterne havde varet i mindst 3-6 måneder.

Da formålet med den indledende undersøgelse var at udlede nogle fællestræk ved patient-erfaringer og -forløb i forbindelse med generaliserede og kroniske smerter, valgte vi at inkludere patienter fra to forskellige behandlingssteder; Smerteklinikken og genoptræningscentre i hhv. Aarhus og København. For mange patienter med smerter repræsenterer de to steder forskellige 'afklarings-faser' i kraft af deres formål og rammer.

Smerteklinikkens målgruppe er patienter, hvor smerterne betragtes som kroniske, og målet med behandlingen ofte er håndtering og accept. I genoptræningscentret kommer også patienter som, selvom lægerne betragter deres smerter som non-maligne og diffuse, ikke har fået en kronisk smerte-diagnose. Gennem at inkludere patienter fra de to steder kunne vi samle data om erfaringen med smerter både 'uden' og 'med' en kronisk smerte-diagnose.



Til projektet blev der inkluderet 10 patienter, der matchede kriterierne og som var i et smertetacklingsforløb i Smerteklinikken på Regionshospitalet Silkeborg. I denne gruppe havde alle lang erfaring med at leve med smerter og med kampen for at finde en forklaring og en løsning. Patienterne var i gang med et smertetacklingsforløb for at lære at leve med kroniske smerter. De kunne fortælle om deres forløb fra et perspektiv, hvor de havde oplevet at få en form for afklaring på deres søgen.

De kunne sætte ord på de begivenheder og oplevelser, som havde været betydningsfulde på deres 'rejse' gennem systemet og som udgjorde skridt på vej mod en kronisk smerte-diagnose.

Herudover inkluderede vi tre patienter fra genoptræningscentre i henholdsvis Århus og Københavns kommune, som levede op til kriterierne fra de nationale retningslinjer. Fælles for denne gruppe var, at de fortsat var i en uafklaret fase, præget af forskellige undersøgelser, ventetid, usikkerhed og søgen efter en forklaring og en løsning. De kunne sætte ord på erfaring og oplevelser fra et perspektiv hvor det endnu var uklart om en kronisk smertediagnose var aktuell eller relevant.

Det var ikke et formål at lave et repræsentativt studie over alle patienter med smerter, men at samle nuancerede fortællinger om nogle enkeltes oplevelser for på den måde at kunne identificere afgørende fællestræk ved de ofte komplekse forløb. Vi valgte derfor at gøre brug af semi-strukturerede interviews og deltagerobservation for dataindsamling (6).

## **2.2 (Deltager)observation**

Vi fulgte ligeledes et smertetacklingshold på Smerteklinikken, som startede i marts 2016 og forløb over ni undervisningsgange af tre timers varighed. På holdet var oprindeligt tilmeldt ni deltagere, og ved afslutningen var der seks deltagere. Underviserne var på dette hold to smertesygplejersker med besøg fra en psykolog, en socialrådgiver og en fysioterapeut.

Ved deltagelse har vi taget både mentale og skriftlige noter, som senere blev skrevet ud i dokumenter til gennemlæsning og analyse.

Gennem samtidig deltagerobservation i Smerteklinikken har vi også kunnet indsamle de fortællinger, der opstår i forbindelse med holdundervisning, hvor patienten ikke forholder sig til forskerens undren, men interagerer med andre patienter og behandlere.





Deltagerobservation giver også forskeren mulighed for at være en del af den undersøgte gruppe for en tid, hvilket gør tilstedeværelsen mere naturlig og skaber grobund for tillid til forskeren (6).

Herigennem kan der indsamles data om patientens situation, der rækker udover den italesættelse af oplevelserne, som er omdrejningspunktet i interviews.

### **2.3 Interviews**

Interviewene var struktureret omkring temaer, fokusområder og åbne spørgsmål. Denne tilgang giver plads til refleksion og nogle gange diskussion med forskeren og kan betragtes som en slags strukturerede samtaler, snarere end interviews (6). Udover at have nogle temaer klar, som vi ønskede at komme ind på under samtalen, blev informanterne bedt om at fortælle om deres 'rejse' med smerterne på baggrund af variationer af det indledende spørgsmål "kan du fortælle, hvordan det hele startede?". Formålet var at holde fokus på det kronologiske forløb samtidig med, at informanterne fik plads til at fortælle om det, som de umiddelbart huskede som mest betydningsfuldt. Interviewene varede i 1-2 timer og blev optaget med diktafon og efterfølgende transskriberet.

### **2.4 Spørgeskema**

Vi har gennem praktiskkoordinatoreren i Silkeborg udsendt et kort spørgeskema til praktiserende læger i Smerteklinikkens optage-område. Spørgeskemaet er lavet i SurveyExact, og de praktiserende læger fik et link i en mail. Vi fik 34 svar på online skemaet. Vi stillede spørgsmål om, hvor mange smertepatienter de praktiserende læger ser i deres praksis samt hvilke smertemonitoreringsredskaber de kender til, og hvor den praktiserende læge opsøger viden omkring smerter. Spørgeskemaet blev ikke analyseret statistisk, men benyttet som en indikator for at beskrive og konkludere, at praktiserende læger i dette optageområde udtrykker behov for mere viden og ressourcer indenfor kroniske smerter.

## **2.5 Fokusgruppeinterview**

Udover at have haft individuelle interview med patienter og løbende samtaler med fagpersonalet i Smerteklinikken, så har vi ligeledes haft et mini-fokusgruppeinterview med tre praktiserende læger fra Silkeborg i juni 2016 af to timers varighed. Et fokusgruppeinterview er valgt af to årsager. Dels fordi det er en velegnet metode til få flere synspunkter på vores overordnede spørgsmål om, hvordan et beslutningsstøtteværktøj kan implementeres i lægepraksis, og hvad skal det kunne.

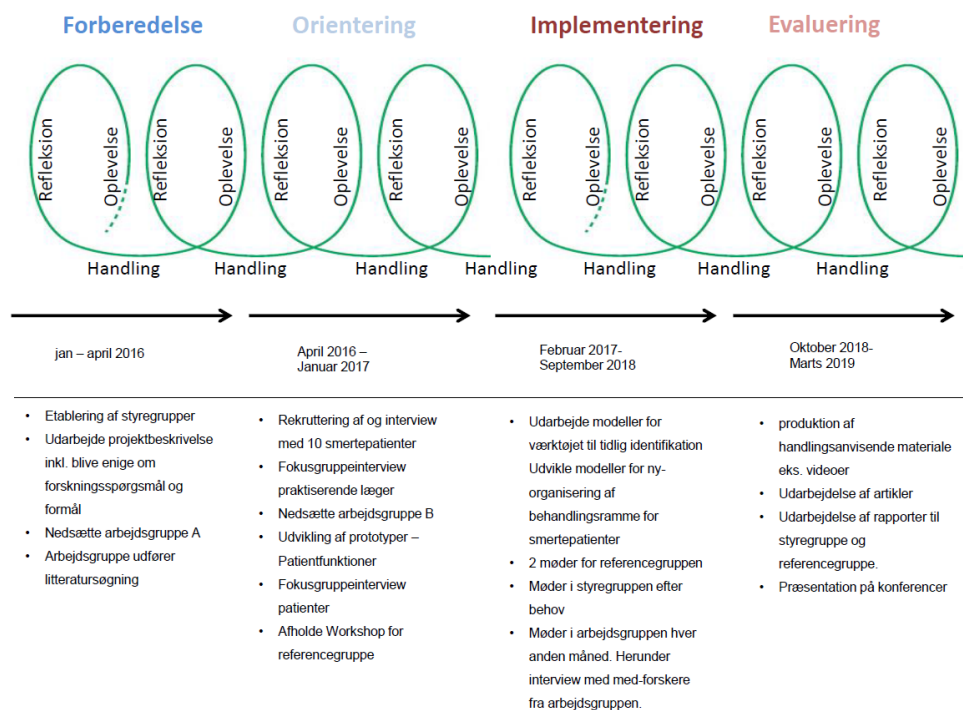
Fokusgruppeinterviews er velegnede til eksplorative undersøgelser på et nyt område, eftersom den livlige, kollektive ordveksling kan bringe flere spontane ekspressive og emotionelle synspunkter frem, end når man bruger individuelle, ofte mere kognitive interview (7). Det andet formål er også at spare projektets ressourcer ved at kunne interviewe flere på kortere tid. De valgte læger er rekrutteret via det udsendte spørgeskema, hvor seks læger krydsede af, at vi måtte kontakte dem.

## **2.6 Brugerinddragelse via arbejdsgrupper**

Vi har fra start tænkt brugerinddragende i dette projekt, og brugere forstås her både som patienter og fagprofessionelle. Derfor har vi haft en arbejdsgruppe bestående af smertepatienter, sundhedsprofessionelle i form af læger og smertesygplejersker, konceptudviklere og antropologer.

I en innovationsorienteret arbejdsgruppe indgår smertepatienter sammen med flere professionelle behandlere sammen med forskere om i fælleskab at producere viden og definere projektet (8). Inddragelse af patienters viden i udvikling af brugerinddragende indsatser har væsentlig betydning for, at kvaliteten af indsatserne øger sandsynligheden for vellykket implementering (9 & 10).

Metodisk foregår forskningen i en cirkulær proces over fire faser: idé, planlægning, gennemførelse og evaluering/resultater (11). Igennem et pilot-projekt er dele af idé og planlægningsfasen gennemført som illustreret i nedenstående model. Med dette projekt har vi gennemført de første to faser og afsluttet med en workshop. Læs mere i afsnit 6.



## 2.7 Validitet

Dette projekt er kvalitativt funderet for at give mulighed for at inddrage konteksten og derfor kan give et bedre billede af den komplekse oplevelse af at leve med smerte. I definitionen af smerte ligger, at det er en subjektiv oplevelse, som ikke kan defineres objektivt af den enkelte.

Den kvalitative undersøgelsestilgang bygger på en anerkendelse af patientens behov for at blive hørt, forstået og medinddraget, som fordrer, at der tages udgangspunkt i, hvilken mening patienten tillægger sin sygdomsoplevelse (12).

## 2.8 Etik

Deltagerne blev informeret skriftligt og mundtligt om studiets formål og anvendelse samt om muligheden for at trække tilsagn om deltagelse og udsagn tilbage. Patienterne bliver ikke afbilledet med fotografier i rapporten efter eget ønske, og ligeledes nævnes de ikke med navn.

Undersøgelsen er rapporteret til den Videnskabsetiske Komite for Region Midt (1-10-72-70-16) og godkendt af Datatilsynet (1-16-02-17-16).

Studiet blev gennemført med kontinuerlig opmærksomhed på, hvordan interaktioner med patienter, sundhedsprofessionelle og forskerteamet påvirkerede både produktionen af viden, såvel som den indbyrdes interaktion mellem grupperne.

### 3 Smertepatient-persona

Ved analysen af de transskriberede interviews og noter så vi nogle mønstre i patienternes fortællinger, som vi her skriver sammen til fem såkaldte 'personaer'<sup>1</sup>. Personaer er stereotyper og derfor karikerede persontræk baseret på empiri (13).

Alle de fremanalyserende personer er dannet på baggrund af samtaler med 10 patienter om deres forhold til arbejde, smerte og forventninger til læge og behandling. Personaerne har i første omgang til formål at personificere patienterne fra at være en diagnose til at blive en arketype på en person, som kunne eksistere i virkeligheden. Dermed fungerer en persona som et redskab i en udviklingsproces omkring konceptualisering af SmerteAgenten. Når vi kender dem, vi udvikler en løsning til, så er det lettere at udvikle en løsning, som passer til person.

Ligeledes kan personaer på sigt bruges som et led i SmerteAgenten og hjælpe sundhedspersonale med at identificere, hvilken patienttype man sidder overfor.

Oprindeligt stammer udtrykket fra antikkens teater, hvor det henviser til de masker, som en skuespiller tog på for at forstærke rollens udtryk.

En patient kan dermed godt skifte persona – dette sker eksempelvis ofte i forbindelse med et smertetacklingsforløb.

Det er derfor ikke et 1:1 forhold mellem patient og en persona, men en persona er et statisk øjebliksbillede af, hvor en patient befinder sig lige nu.

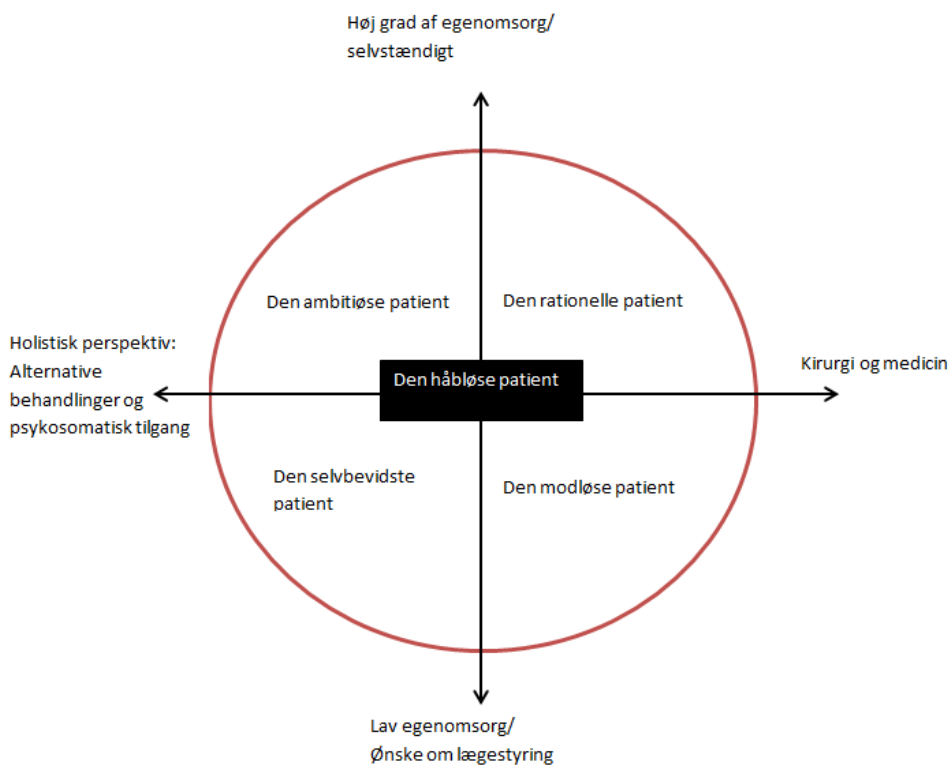


---

<sup>1</sup> Vi kalder hhv. han og hun fordi det så er lettere at forestille sig det rigtige menneske. Det betyder ikke, at begge køn ikke forefindes i alle typerne.

De fem personaer er inddelt i Den Ambitiøse Patient, Den Rationelle Patient, Den Modløse Patient, Den Selvbevidste Patient og Den Håbløse Patient og forklares uddybende på de følgende sider.

I vores datamateriale fandt vi, at særligt patienternes forhold til og opfattelse af forskellige behandlingsmuligheder (kirurgi/biomedicin og alternativ medicin) samt graden af egenomsorg (høj eller lav grad af selvstændighed i søgningen efter behandlingsløsninger) som værende betydningsfuldt for, hvordan deres forløb udfoldede sig. Modellen nedenfor placerer personaerne i forhold til dette.



Den vandrette linje i grafen illustrerer forholdet til behandlingstyperne. Jo længere til højre på linje, jo mere skeptisk/stringent ser personaen på, at behandlinger skal "være bevist effektive" og være konkrete i forhold til, hvad de går ud på. Ligeledes jo længere til venstre, jo mere holistisk ser personaen på, hvilke behandlinger der er værd at afprøve. Den lodrette linje illustrerer graden af selvstændighed hos patienten i forhold til ønsket om lægestyret behandling. Jo lavere på linjen en persona ligger, jo mindre initiativ tager patienten i forhold til egen behandling.

### 3.1 Den ambitiøse patient

#### Forhold til arbejde

Arbejdet er et vigtigt parameter for selvforståelsen hos denne patient. Tab af arbejdsevne opleves som en sorg for denne patient, fordi jobbet er et sted, hun får anerkendelse fra. Det er vigtigt for hende at vise sit værd på jobbet overfor kolleger og chefer.

*"Jeg må indrømme, at jeg også bruger meget energi på at vise det billede frem, fordi jeg har mange ting, jeg kan bidrage med".* Ligeledes at det vigtigt for hende udadtil at vise, at hun er sådan én, som har et job, og at hun er i stand til at passe det. *"Man kan ikke have mit job på deltid, så skal jeg finde mig noget andet at lave".*



Hun har svært ved at acceptere, hvis hun ikke kan yde 100 % på jobbet hver dag. Hvis hun har mulighed for fleksible arbejdstider på jobbet, vil hun ofte tage en hjemme-arbejdsdag på dage med stærke smerter, fordi så er der *"ingen som ser, at jeg har ondt og må tage mig en pause"*.

#### Netværk

Hun har *"et godt netværk"* og mindst en nær pårørende, som hun deler tanker og bekymringer med omkring smerte-situationen. Det er kun de allernærmeste i netværket, som får at vide, hvor omfattende smerterne egentlig er for hende, resten får forklaringer som *"har lidt knas med ryggen i dag"*. Det er en meget stor sorg for denne patient, hvis hendes nærmeste netværk negligerer kroniske smerter som værende en ikke-reel diagnose.

#### Forhold til medicin /behandler

Det er en patient, som er meget opsøgende i forhold til behandlingsmetoder og de løsninger, som tilbydes. Hun vil tit selv kontakte egen læge og spørge efter en henvisning til en bestemt behandlingsform: *"Jeg er blevet uddannet til at være min egen herre, for når man ikke har lært de redskaber, der er, så bliver man afhængig af systemet, og så siger man, at sidste gang hjalp det med kiropraktor, og så prøver man igen med kiropraktor..."*.

Hun vil ikke se sig *"som sådan én, der tager piller"*, fordi det sygeliggør hende. Men hun gør det alligevel - enten fordi hun troede, det var en kort periode, eller fordi det langsomt er optrappet.

Hvis hun bliver optrappet i medicin, så det udvikler sig til et misbrug, er det ofte en *"kold tyrker"*, hun vælger som løsning. Det kan være en nærtstående pårørende, som *"sætter foden ned"*, og siger, at hun er umulig at leve med sådan. Det kan også være et sundhedsfagligt argument om den rent medicinske skade på kroppen, som gør, at hun nedtrapper medicinen.



### Udfordringer for patienten

At når smerten ikke er synlig, så skal der ikke reageres på den. Denne tilgang er en stor hæmsko for hende, for hun har brug for autoriteter (egen chef, sagsbehandler eller sundhedsfaglig person) til at få hjulpet hende til at sige fra over nogle ting. Derfor opleves eksempelvis en §56 som en utrolig lettelse for hende, for så er der en autoritet udefra, der har vurderet, at hun har en "retfærdig" grund til at have flere fraværsdage, end hun selv bryder sig om.

### Drømme

At have mål og milepæle, både for privatlivet men særligt for den arbejdsmæssige karriere, er utroligt vigtigt for denne patient. De fysiske begrænsninger, som den kroniske smerte medfører, opleves som meget frustrerende for denne patient, for når hun ikke kender sin egen fysiske formåen, er hun heller ikke i stand til at vurdere, hvilke milepæle og karriereambitioner der er realistiske at sigte efter. Patienten kan have behov for professionel hjælp til at navigere i netop denne proces.

### Syn på læger og sundhedsvæsenet

Hun kræver, at lægen både er opdateret indenfor feltet og nye behandlingsmetoder. Hun er i risiko for ikke at være klar over problemets omfang, og at skjule det både for behandlere og omgivelser.

### Læring ved et smertetacklingsforløb

Hun forstår, at den måde hun har prøvet at overvinde og sejre i forhold til smerte, kan bekæmpes på en anden måde. Hun taber ikke, fordi hun ikke bliver smertefri, men hun får en oplevelses af succes ved at lære at lave realistiske mål for sig selv.

## 3.2 Den rationelle patient

### Forhold til arbejde

At kunne arbejde kan være en identitet for denne patient, men det er en patient som ser arbejde som "noget, man bør bidrage med til samfundet" og "være til nytte", frem for at være et selvudviklende projekt.

Hvis denne patient mister arbejdet, vil han have behov for at finde noget andet at bruge tid på, og hvor han gør nytte.

Hvis han går på deltid, vil han acceptere denne tilstand og vurdere, at deltids-bidrag på arbejdsmarkedet stadig tæller som et bidrag.

Han fortæller sjældent, at han er på deltid, men glider af på spørgsmålet med termer som "jeg er foredragsholder", og så gider han i øvrigt ikke snakke mere om det.

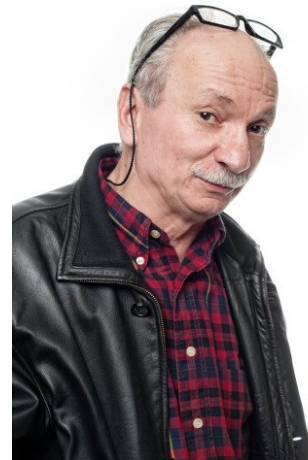
### Netværk

De nærmeste pårørende, som bor sammen med den rationelle patient, er inddraget i dagligdagens op- og nedture, men det er, fordi "de jo kan se, at jeg har en dårlig dag. Så det behøver vi ikke snakke om". Så netværket ved det godt, men bliver ikke inddraget i andet end en meget overfladisk kommentar om, at der er noget nedsat tid/sygedage/noget med en operation osv. Undtagelsen her er de allernærmeste pårørende i form af partner, børn og evt. forældre.

### Forhold til medicin /behandler

Denne patient har svært ved at acceptere smerten som værende en sygdom i sig selv og ikke et symptom, som kan behandles. Rationelle argumenter og uddybende forklaringer på, hvad 'komplekse kroniske smerter' dækker over; hvordan de rent fysisk påvirker kroppen vil have god effekt på denne patient. I forhold til behandling fra et sundhedsfagligt perspektiv vil patienten ofte få en aha-oplevelse ved at finde ud af, at der er andre ting, end det han traditionelt har set som behandling, som kan virke til at forbedre den daglige livskvalitet.

Han vil eksempelvis kunne finde på at afvise mindfulness som "noget pladder", men hvis det afprøves nogle gange, gerne sammen med en person han opfatter som sundhedsfaglig autoritær, så vil han være mere åben. Faktisk kan han finde på at hente en app med mindfulness, "for jeg fandt jo ud af, at det virkede".



### Udfordringer for patienten

Denne patient har behov for at finde en forklaring på, hvorfor hans situation er, som den er med nedslagspunkter for, hvornår det skete, hvad der skete og så videre. Han har nogle egne ideer om, hvad der har skabt udfaldet for den nuværende situation. Forklaringen kan være bundet op på en konkret fysisk hændelse, "som da jeg faldt" og mere abstrakte hændelser som "dengang vi havde utroligt travlt på arbejdet i fire måneder og jeg derfor ikke kunne få ro til at hvile mig". Det væsentlige for patienten er at have 'en grund' til, at situationen er, som den er og gør smerten til et problem, som skal søges løst.

Det er en patienttype, som ikke vil ses som én, der "brokker sig". Han vil umiddelbart protestere imod samtalegrupper og lignende, for han ser ikke nogen grund til "at sidde der og tude sammen med andre". Dette skal ikke forveksles med, at han ikke ønsker at tale om situationen, han foretrækker bare at gøre det med autoriteter indenfor det kliniske sundhedssystem.

### Syn på smerter

Smerten er ikke nogen hemmelighed som sådan "men det ikke noget, jeg går rundt og fortæller folk om. Ynk kan ikke bruges til noget, og i mødet med nye mennesker finder han måder at snakke på, så det ikke fremgår, at han er smertepatient. Særligt, hvis han er på nedsat tid.

### Syn på læger og sundhedsvæsenet

Han følger helst det "dokumenterede" behandlingsforløb og det autoriteter (sundhedsfagligt personale og lignende) siger "det virker". Derfor vil første indskydelse ikke være at opsøge alternative behandlinger. Undervej i smerte forløbet når denne patient til en erkendelse om at målet (at blive smertefri) er vigtigere end midlet (behandlingsmetode) og derfor vil han afprøve alle mulige behandlingsmetoder, som regel for egne midler, for der må jo være noget "som virker". Han vil ofte komme til egen læge, hvis han i radioen har hørt om en ny behandlingsmetode som skal til at tages i brug indenfor den kliniske verden

### Læring ved et smertetaklingsforløb.

Den læring den rationelle patient tager med fra et smertetaklingsforløb er, at han opnår at se smerten i det større billede og at der er andet som virker end blot medicinering og kirurgi. Det overbevisende argument som denne patient, er at han ved at gennemføre et sådan forløb kan fortsætte med at gøre gavn og lære at bruge sine kræfter mest hensigtsmæssigt så han kan holde til mest muligt.

### 3.3 Den Modløse patient

#### Forhold til arbejde

Forholdet til arbejdet er afhængigt af, om det kan kombineres med et liv, hvor smerterne fylder det meste. Hvis det ikke kan det, så står han/hun ofte uden arbejde. Arbejde er ikke nødvendigvis en stor del af patientens identitet, og der er ikke så mange følelser investeret i det.

Det er i højere grad livet som helhed, relationer og psykisk/fysisk tilstand, som optager ham. Det største problem ved smerterne er ikke, at han ikke kan arbejde, men at det reducerer hans/hendes livskvalitet som helhed.



#### Netværk

Den modløse smertepatient oplever sig selv som ensom med sine smerter, fordi *"de [netværket] alligevel ikke vil forstå, hvad jeg siger, og de synes bare, jeg er svag"*. I de tilfælde, hvor der er et netværk i form af en partner eller nære pårørende eller gode venner, så oplever han, at de ikke kan overkomme at lytte mere eller mistænkeliggør ham og tvivler på *"rigtigheden"* af hans udsagn om sin tilstand.

#### Forhold til medicin /behandler

I udgangspunktet har den modløse patient brug for, at lægen tager styring over forløbet, da han ikke kan overskue at skaffe sig overblikket over den tilgængelige viden på området. Han oplever lægen som en autoritet og er derfor særligt følsom overfor kommentarer og eventuel mistænkeliggørelse. En forkert bemærkning kan plage ham i flere år. Ansvar for behandlingen skubbes over på lægen.

Forholdet til medicin kan være kendetegnet ved, at han indtager mange forskellige præparater i høje doser, fordi det er det eneste, der opleves som at give en lille smule lindring. Der kan være risici for udvikling af afhængighed og bivirkninger, da han ikke kan overskue at tage styringen selv omkring den medicinske behandling. På den anden side kan forholdet til medicin også være kendetegnet ved en dyb skepsis overfor farmaceutisk behandling, og han afviser at prøve det, fordi *"det virker alligevel ikke"*.

#### Udfordringer for patienten

Han udtrykker følelser af håbløshed, hjælpeløshed og passivitet, fordi han ikke kan overskue at være 'tovholder' på sin egen sygdom/behandling.

#### Syn på smerter:

*"Smerterne er en ødelægger!"*

### Syn på læger og sundhedsvæsenet

Den modløse patient har en høj grad af autoritetstro, men samtidig har han en lav grad af tiltro til sundhedssystemet, fordi han ikke selv kan se en løsning på problemet og ikke har oplevet nogle eller meget få succeser i behandlingsforløbet. Når noget går galt, lever dette op til patientens forventning om, at sundhedsvæsenet intet kan stille op. Han er åben for at prøve nye og alternative behandlingsmuligheder, men tror i udgangspunktet ikke på, at det virker, hvorfor den modløse patient er placeret til højre i modellen hen mod kirurgi og medicinsk behandling.

### Læring ved et smertetacklingsforløb

I disse tilfælde kan den modløse smertepatient have gavn af at deltage i holdundervisning eller anden form for "samtale-gruppe" sammen med andre smertepatienter. Særligt i forhold til at opdage, at der er en vej ud af dette her.

## **3.4 Den selvbevidste patient**

Denne smertepatient lever et tilsyneladende velorganiseret og "normalt" liv. Hun lever sammen med ægtefælle og børn. Er udadtil og ved første indtryk velklædt, smilende og imødekommende.

De ydre faktorer for udseendet er på plads; tøjet følger modebilledet og hår, makeup og neglepleje er i brug for at opretholde et billede af "friskhed". Kendetegnende for denne smertepatient er opretholdelsen af en facade, som ikke afslører hvor stort et problem smerterne egentlig er.



### Forhold til arbejde

Hvis hun har et arbejde, så lægger hun så meget som mulig skjul på smerterne, og hun arbejder pligtopfyldende videre. I stedet er der andre ting i livet, der må nedprioriteres, eksempelvis hvor meget fritid der skal bruges på at hvile og sove for at orke at arbejde igen. Ofte er der ingen eller meget få kolleger og ledere, der ved noget om hendes egentlige tilstand.

### Netværk

Forholdet til netværk/familie er ofte præget af, at hun har nogle få nære familiemedlemmer eller venner, som hun fortæller om sine smerter til, men ellers snakker patienten ikke så meget om det. Selvom der ofte er en loyal og forstående ægtefælle i billedet, skinner det nogle gange igennem, at det er hårdt for vedkommende at være en af de få, der er delagtiggjort i situationen. Særligt, fordi når hun først åbner op om sin situation, så taler hun gerne længe og har mange teorier og tanker og tårer, som kommer til udtryk. Ved sociale sammenkomster udover det nære netværk er det vigtigt for den følsomme smertepatient at opretholde en facade af normalitet.

### Forhold til medicin og behandler

Brug for at blive hørt og inddraget i behandlingen gennem information og diskussioner om mulige årsager og løsninger. Skeptisk til effekt af medicin. Forholdet til medicin er kendetegnet ved forsigtighed, men også ved pragmatisme. Medicin kan bruges til at opretholde facaden ved at give noget mere søvn eller give evne til at arbejde lidt længere, men bliver ikke betragtet som at "fungere" særligt godt. Patienten har svært ved at acceptere, at der er smerter uden en "forklaring" og dermed også svært ved at acceptere at skulle tage medicin.

### Hvilke udfordringer?

I udgangspunktet har hun brug for at blive hørt og spurgt ind til smerterne for at komme til at beskrive smerternes omfang og indvirkning på øvrigt helbred og liv. Desuden har hun brug for at inddrages i behandlingen og i et tæt samarbejde med læge/behandler. Hun har et stort behov for information og diskussion om muligheder – fordi hun vil forstå, hvordan og hvorfor tingene virker.

### Hvilket syn på smerter?

Formindsker smerterne og deres omfang. Smerterne "forstyrrer" idealer om at være et menneske med overskud og skal derfor helst gemmes væk. Dette også, fordi det faktisk giver hende mere overskud at føle sig smuk/at hun har gjort noget ud af sig selv.

### Læring ved smertetaklingsforløb.

Hun har stor glæde af at opdage, at "omverden godt kan rumme mig og min svaghed – og at andre har det som mig." Denne patient har god gavn af et smertetaklingsforløb, som involverer kontakt til andre smertepatienter for at opdage, at hun ikke er alene om at have det sådan, og hun kan få en aha-oplevelse ved at opdage, at omverden godt kan rumme hende, selvom "facaden krakelerer".



### 3.5 Den håbløse patient

Vi mødte ikke denne persona under vores interviews, men han blev talt frem af de smertepatienter, som vi mødte.

Han er den, de ikke ønsker at være, og han har en (selv)opfattelse, som de distancerer sig i til.

Flere af informanterne har haft pårørende, som var kroniske smertepatienter på denne måde, og sådan vil de ikke selv være. Flere af dem har oplevet at være denne persona.



#### Forhold til arbejde

Han er sygemeldt fra jobbet og har ingen ønsker om at vende tilbage, for han er ikke i stand at forestille sig en verden, hvor han ikke har smerter.

#### Netværk

Han oplever, at sundhedsvæsenet eller familien ikke kan rumme ham. Der kan sagtens være masser af netværk, men den håbløse patient er ikke i stand til at bede om hjælp.

#### Forhold til medicin /behandling

Det er en patient, som i høj grad er afhængig af smertestillende og måske også alkohol. Behandling virker som uoverskuelig.

#### Udfordringer for patienten

Det er patienten, som er lægger "sig på siden i et mørkt rum, når smerterne kommer og har ondt af sig selv" og derfor er høj risiko for isolation og depression.

#### Hvilke drømme?

Han har ingen drømme for fremtiden udover at blive smertefri, men dette er imidlertid ikke noget, han regner med kommer til at ske.

#### Syn på smerter

Denne patient har smerten som identitet, har helt mistet lysten til at leve eget liv og har ofte tænkt tanken om selvmord, "for hvis jeg ikke er her mere, så slipper jeg da i det mindste for smerterne".

#### Syn på læger og sundhedsvæsenet

Han er frustreret over manglende løsninger fra sundhedssystemet, og han føler sig mistænkelig og negligeret af lægerne.

### Læring ved Smerteforløb

Denne patient er mentalt svær at nå ind til og vil ikke være åben overfor et tacklingsforløb andet end mirakelkuren, som så ikke må kræve noget af patienten.

### **Opsummering**

Samlet udgør de fem personaer levende beskrivelser af de oplevelser og udfordringer, som patienter med uforklarede kroniske smerter har på forskellige tidspunkter og i forskellig grad. Beskrivelserne peger mod en kompleksitet, som gør det vigtigt for den sundhedsprofessionelle at lytte og få nuancerne i fortællingen med.

I det komplekse billede kan vi se patientens forhold til sygdom og behandling samt grad af egenomsorg. Det er især de praktiserende læger, der møder patienterne tidligt i deres forløb, og som derfor spiller en vigtig rolle i at planlægge et forløb sammen med patienten, der giver mening for netop den individuelle patient.

I næste afsnit vender vi os derfor mod de tilgange til smertepatienter, som praktiserende læger beskriver, og hvilke behov de ser for at kunne tilrettelægge forløbene bedre.

## 4 Praktiserende lægers vinkel

I fokusgruppe-interviewet med lægerne blev flere behov og udfordringer kortlagt. Lægerne har i det daglige travlt og får mange mails om nye behandlingstilbud, medicin, nye retningslinjer og lignende. Derfor er det svært for dem at overskue, hvad der findes af tilbud, som kan gøre det lettere for dem at behandle/henvise patienterne.

De tre læger, som deltog i interviewet, bruger eksempelvis tre forskellige metodiske værktøjer til at spørge ind til en patients smerteoplevelse. Ligeledes varer en standard konsultation i gennemsnit kun 12 minutter, hvilket betyder, at de ikke har tid til at læse lange beskrivelser og oplevelser fra patienten. De har derimod brug for noget, som giver dem konklusionen.

Overordnet beskriver de praktiserende læger to forskellige tilgange til smertepatienterne; den ene tilgang er, at den praktiserende læge kan vælge at fokusere på, at patientens smerter er uhelbredelige, og at patienten derfor skal hjælpes til at lære at takle smerterne i deres hverdagsliv. Den anden er at fortsætte udredningen af årsagen af patientens smerter med det formål at finde en årsag og behandle denne, så smerterne stopper.

Pilotprojektet viste, at praktiserende læger ikke har en systematisk tilgang til, hvornår de anvender den ene eller den anden tilgang. Ligeledes viste projektet, at eksisterende screenings- og målingsredskaber ikke opfanger de reelle og komplekse risikofaktorer for at udvikle kroniske smerter.

Ønsker fra praktiserende læger til SmerteAgenten:

- En SmerteAgent skal kunne tale sammen med lægens nuværende journal-system.
- En SmerteAgent skal give konklusionerne og være handlingsanvisende.
- En SmerteAgent skal fortælle om muligheder, som lægen kan henvise til.
- En SmerteAgent skal give konklusionerne; mellemregningerne er ligegyldige.

## 5 Udvikling af design spørgsmål

Da vi havde analyseret materialet fra de forskellige interviews med smertepatienterne i form af et første udkast til smertepersonaer og herunder fået kortlagt de praktiserende lægers behov gennem et spørgeskema og fokusgruppe-interviews, afholdte vi en udviklingsdag i projektet.

Det var backerne Annette Quistgaard og Anne Sofie Persson Petersen, der bidrog med deres kompetencer indenfor Design Thinking. Udviklingsdagens fokus var at få formuleret de specifikke behov, vi så i empirien og få konkretiseret, hvem der har hvilke behov samt konceptualisering af løsninger, som er tilpasset brugeren (14). Det mundede ud i følgende designspørgsmål:

"Der er behov for, at praktiserende læge har fokus på smerten og smertetakling. Nu betragtes "smerte" hos den praktiserende læge som en vejleder og indikator i helbredelsesprocessen og ikke som selve problemet. Fordi fokus er på den individuelle patient og ikke på diagnosen".

Designspørgsmålet er tænkt som et hjælpemiddel til at konkretisere det behov, vi skal huske, når vi designer et redskab til brug mellem praktiserende læger og patienter. Vores indsigt fra dagen og arbejdet med at samstille behov fra smertepatienter og praktiserende læger var, at smerten af lægen betragtes og behandles som et symptom hos den enkelte og ikke som den centrale udfordring den er for patienten. En markant udfordring i relationen mellem praktiserende læge og smertepatient udspringer i dette helt forskellige syn på, hvad smerten konstituerer.

## 6. Workshopen

Pilotprojektet for SmerteAgenten blev 13. september 2016 afsluttet med en tværfaglig workshop med deltagende smertepatienter og deres interesseorganisation FAKS. Desuden deltog et miks af sundhedsfaglige behandlere, forskere, innovationsfolk, regionale og kommunale medarbejdere og en enkelt politiker (se bilag program).



Dagen havde til formål at dele den viden, som også fremgår af denne rapport i kombination med deltagernes bidrag. Dette for at kunne udvikle prototyper for en SmerteAgent, der sikrer tidlig udredning og støtte til mennesker med kroniske smerter – til gavn for patienter, praktiserende læger og social- og sundhedsvæsenet. Deltagerne blev bedt om at udvælge en persona og udvikle Den Ultimative SmerteAgent til netop denne persona.

Legoklodser og Post-It blokke blev brugt af grupperne, som summede af energi og diskuterede visioner og muligheder. Deltagernes forskellige baggrunde og ekspertrroller var en stor gevinst for dagens udbytte med nye idéer og uventede vinkler på de mange emner, der kom til debat i dagens løb.

Følgende udfordringer blev synliggjort:

- Smertepatienterne behandles oftest indledningsvis af de praktiserende læger, som mangler den specialiserede uddannelse, som håndtering af smerteproblemstillingen kræver (15).
- Antallet af praktiserende læger er faldende, hvorfor det er nødvendigt at tænke i løsninger, som ikke udelukkende beror på samarbejdet mellem praktiserende læge og patient samt lægens tid og mulighed for at tilegne sig ny viden om behandlingsmetoder (16). Løsningen skal være tværsektoriel og indeholde et tværfagligt argument (2).
- En af de største udfordringer for patienten udover selve smerten er oplevelsen af at stå alene i det sociale system og at navigere i behandlings- og udredningsmuligheder. Dette kan virke forværende på de fysiske symptomer.

### **Nye koncepter og oplæg**

De fem arbejdsgrupper holdt ved dagens afslutning nogle inspirerende oplæg, som vi efterfølgende kunne se delte sig i to spor.

Begge er måder, hvorpå vi kan implementere anbefalingerne fra de nationale kliniske retningslinjer for behandling af smertepatienter fra 2015 (2).

1. Nytænkning af de tværsektorielle arbejdsgange for tidlig opsporing af kroniske smerter og for en tværfaglig indsats.
2. Udvikling af et beslutningsstøtteværktøj til brug i et samarbejde mellem praktiserende læger og patienter.





## **Evaluering af workshopen**

Efter workshopen blev deltagerne spurgt, om de i én sætning kunne opsummere, hvad de mener, at SmerteAgenten kan. Nedenstående er et udpluk af, hvad der blev svaret:

*"Med SmerteAgenten håber jeg, at der kan sættes fokus på de store udfordringer, som denne patientgruppe slås med"* (Pia Frederiksen, FAKS)

*"Jeg havde en rigtig god dag, hvor jeg for første gang i mange år oplevede at føle mig lidt brugbar, og det var det hele værd."* (smertepatient)

*"Inspirerende og udfordrende dag om SmerteAgenten, der viste et stort potentiale med mulighed for bedre kvalitet for den enkelte bruger og bedre økonomi på sigt, når der er fælles dagsorden"* (Bente Nielsen, Regionsrådet)

*"For mig var det interessant, at prototyper blev udviklet på tværs af fagligheder, herunder sundhedspersonale, smertepatienter og politikere".* (Birthe Juhl, innovationskonsulent)

*"Workshopen var en god og anderledes dag, med megen dynamik og interaktion. Arbejdet i Smerteagenten er vigtigt, fordi vi har brug for at få henvist patienter med langvarige smerter eller komplekse smerteproblematikker, så tidligt som muligt i deres sygdomsforløb for at forhindre kronificering"* (Henriette Knudsen, Overlæge Smerteklinikken)

## 7. Fremtidsperspektiver

Med SmerteAgenten har vi fortsat en vigtig mission i forhold til at udvikle støtteværktøjer til smertepatientens forløb hos egen læge og til at navigere på tværs af sektorerne og faggrupperne. Det blev klart gennem vores behovsafklaringsfase med den afsluttende workshop.

Derfor er det vores afsæt i det videre forløb at arbejde med følgende tre områder:

- 1) Afdækning af, hvornår i forløbet praktiserende læge bør iværksætte smertetakling.
- 2) Udvikle og afprøve et beslutningsstøtteværktøj til brug mellem praktiserende læger og patienter i tidlige opsporing af smerter.
- 3) Afdække de organisatoriske muligheder og behov for, at praktiserende læge kan henvise patienten til et smertetaklingstilbud, hvori der er tværsektorielt samarbejde mellem den sociale sektor og sundhedssystemet.

Projektet vil fremadrettet udføres som et aktionsforskningsprojekt (18) forankret i Forskningsenheden, CPK og Smerteklinikken. Det er en metode, som tværsektorielt involverer de mennesker, der oplever de problemstillinger, som projektet i sit formål fokuserer på (11). Styregruppe med repræsentanter fra FAKS, Silkeborg Kommune, Forskningsenheden RSI, Smerteklinikken RSI, Praktiserende Lægers Organisation og HE Midt. Endelig vil der være en workshop som i pilotprojektet hvert halve år, hvor deltagerne fungerer som en referencegruppe, og inputs herfra vil være med til at justere i projektets fortsatte kurs og fokusområde.

## Referencer

- [1] Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbæk M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain* 2009;13:287-92.
- [2] Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet. 2015.
- [3] Jackson J. E. *Camp Pain, Talking with Chronic Pain Patients*, 2000
- [4] Conrad P & Muñoz .V. The Medicalization of Chronic Pain. *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*. No. 13, 2010 pp. 13-24.
- [5] Ørtenblad, Lisbeth et al. *Smerter – en MTV om mulighederne for tidlig målrettet indsats til smertepatienter*. CFK - Folkesundhed og kvalitetsudvikling. Region Midtjylland. 2014
- [6] O'Reilly, K. *Ethnographic Methods. Second Edition*. Routledge. Taylor and Francis Group. London and New York. 2010
- [7] Kvale, S, Brinkmann, S. *InterView*. København: Hanz Reitzels Forlag. 2015
- [8] Hommelvoll, J,K, Erikson, B.G & Cutcliffe, J.R. Local ecpiricende – central knowlegde? Methodological and practical implications for knowlegdedevelopment in local mental healt care settings. *Nordisk sygeplejeforskning*. 2015
- [9] Hummelvol, J.K. *Kunskabsdannelse I praksis: handlingsorienteret forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo. Universitetsforlaget. 2003
- [10] Mogensen P., *Towards a provotyping approach in systems development. Scandinavian Journal of Information Systems,1992* Vol. 4, pp 31-53.
- [11] Berring, L. *Deeskalering – håndtering ad vold og forebyggese af tvang på psykiske afdelinger. Et handlingsorigenteret aktionsforskningssamarbejde*. 2015
- [12] Hansen, M. N. *Kvalitativ evidens og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. In: *Klinisk Sygepleje*. Munksgaard Danmark. 16. årgang, nr 4.. 2002
- [13] Smith, M. *Engaging Characters: fiction, emotion, and the cinema*: Clarendon Press. 1995

- [14] Buchanan, Richard, "Wicked Problems in Design Thinking," *Design Issues*, vol. 8, no. 2, Spring 1992.
- [15] Overlæge Gitte Handberg, Formand for SmerteDanmark i <http://www.helse.dk/overlaege-alle-smertepatienter-skal-hjaelpes/>. Hentet 01.04.2016.
- [16] Praktiserende Lægers organisation. *PLO faktaark 2016*. 2016.
- [17] Reason, P and Bradbury, H (eds). *Handbook of Action Research*. Sage. London. 2001

# Program: Workshop SmerteAgenten

## Velkomst

8:30-9:00: Kaffen står klar, navneskilte udleveres og I kan småsnakke lidt

9:00: Velkomst ved Mette Terp Høybye  
Åbningstale Bente Nielsen, Næstformand Regionsrådet Midt  
Åbningstale Jens Jørgen Daugaard, leder af Smerteklinikken  
Regionshospitalet Silkeborg

## Formiddag

- Præsentation rammer, roller og resultat
- Hvorfor er det her så vigtigt?
- Præsentation deltagere; hvem er med i dag?
- Hverdagen med kroniske smerter  
ved Pia Frederiksen  
Formand, Foreningen af Kroniske Smertepatienter
- Indsigter og inspiration – Patientpersonaer  
ved Stine Højgaard, Antropolog
- Gruppeopgave: valg af persona
- Indsigter og inspiration – SmerteAgenten i praksis  
ved Stine Højgaard
- Gruppeopgave; Den ultimativt dårlige SmerteAgent

12:00 Frokost

## Eftermiddag

Gruppearbejde: Den ultimative SmerteAgent

15:00 Hvem er mulige samarbejdspartnere fremad i forløbet?

15:20 Fremtidsperspektiver – hvad er næste skridt?

15:30 Tak for i dag.

## Sted

Social –og sundhedsskolen, Høgevej 4, 8600 Silkeborg. Lokale 1.04

---

# Backeroversigt

## Crowdsourcing

Anna Louise Skovgaard  
Anne Sofie Persson Petersen  
Annette Quistgaard  
Mette Freisner Johansen  
Mikkel Nüssel

## Crowdfunding

Astrid Soldal  
Birgit Christensen  
Carsten G. Jensen  
Christoffer Jensen  
Dorthe Sticker  
Frank Blumensaat  
Helle Lauritsen  
Iben Bjerregaard Larsen  
Inger Grynet  
Jan Hjortshøj  
Jens Daugaard  
Karina Finding  
Lene Bastrup Jørgensen  
Lis Holm  
Mette Garval  
Michael Sølvsten Madsen  
Søren Bredahl  
Tina Meier Wissing  
Torben Henriksen