

Patientuddannelse til kroniske smertepatienter

Hvilke muligheder og begrænsninger er der i almen praksis?

Kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab
Aalborg Universitet



Titelblad

Aalborg Universitet
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Specialeafhandling

Specialetitel:

Patientuddannelse til kroniske smertepatienter: hvilke muligheder og
begrænsninger er der i almen praksis?

Anslag (inkl. mellemrum): 287.794

Referencehåndteringsprogram: Zotero

Referencesystem: APA 7th edition

Afleveringsdato: 01.06.2023

Specialevejleder: Henrik Bøggild

Specialet er udarbejdet af gruppe 10310: Serina Trankjær Jensen (20210524),
Oliver Gjærn Pedersen (20210525) og Emma Lundgaard (20210749)

Specialegruppen vil gerne rette en stor tak til informanterne, der trods deres travle hverdag tog sig tid til at deltage i interviewene og dermed muliggjorde dataindsamlingen. Derudover retter vi en stor tak til vores vejleder Henrik Bøggild, der har tilskyndet os til at indgå i en givende læringsproces med stor faglig udvikling.



**AALBORG
UNIVERSITET**

Resume

Baggrund: Kroniske smertepatienter er komplekse at behandle, og det er en patientgruppe, der fylder meget i almen praksis. I de nationale kliniske retningslinjer er der en stærk anbefaling for, at patientuddannelse som evidensbaseret praksis indgår som et led i behandlingen af kroniske smertepatienter. Da en stor del af kroniske smertepatienter behandles i almen praksis, kan dette være en opgave, der varetages af alment praktiserende læger i de lette til moderate tilfælde. Samtidig oplever patienterne i almen praksis at være uafklarede og efterspørger anerkendelse, vejledning og forklaringer på deres smerter. Dette kan indikere et potentielt behov for forandring i behandlingen af kroniske smertepatienter, og viden om faktorer der har betydning for alment praktiserende lægers mulighed for at udøve patientuddannelse kan være vigtigt herfor.

Formål: At undersøge muligheder og begrænsninger for at udøve patientuddannelse til kroniske smertepatienter ved lette til moderate tilfælde i almen praksis som organisation med henblik på at generere viden der kan bidrage til potentielle forandringstiltag i almen praksis.

Metode: En systematisk litteratursøgning blev foretaget med henblik på at generere viden om fremmende og hæmmende faktorer for implementering af evidensbaseret praksis i almen praksis. Samtidig blev en kvalitativ interviewundersøgelse med alment praktiserende læger udført for at undersøge muligheder og begrænsninger specifikt for at udøve patientuddannelse til kroniske smertepatienter i almen praksis. Den udvidede Leavitt-model blev anvendt som teoretisk rammesætning, og diskussionen af specialets resultater tog udgangspunkt heri.

Resultater: De mest gennemgående begrænsninger var mangel på tid i konsultationen og implementeringsprocessen, uoverensstemmelse mellem honorering og den anbefalede praksis, ukonkrete retningslinjer i forhold til konteksten, patientens forventninger, samt mangel på viden og kompetencer hos den alment praktiserende læge. De mest gennemgående muliggørende faktorer omfatter særligt inddragelse af sygeplejerskerne, men også formalisering af patientuddannelse, indføring af et passende ydelseshonorar samt efteruddannelse. Resultaterne tyder særligt på en holdning blandt lægerne om at indtænke klinikken som helhed.

Konklusion: Særligt strukturelle og organisatoriske forhold begrænser de alment praktiserende læger i at udøve patientuddannelse til kroniske smertepatienter. Af specialets resultater ser inddragelse af sygeplejerskerne ud til at være et potentielt forandringstiltag til at fremme udøvelsen af patientuddannelse til kroniske smertepatienter i almen praksis.

Abstract

Background: Treating chronic pain is challenging and complicated, and patients with chronic pain are frequently seen in general practice. According to the national clinical guidelines, patient education is a highly recommended evidence-based strategy in the treatment of chronic pain. As a large proportion of patients with chronic pain are treated in general practice, patient education is considered as a task for general practitioners in the mild to moderate cases of chronic pain. Yet patients with chronic pain feel unresolved, and request acknowledgement, guidance and explanations in terms of their pain. This may indicate a potential need for change in the treatment of chronic pain patients, and knowledge of factors that may impact general practitioners' prerequisites to practice patient education may be important for this.

Aim: To investigate facilitators and barriers for practicing patient education for patients with mild to moderate cases of chronic pain in general practice as an organization. This is with a view to generate knowledge that can contribute to potential change initiatives in general practice.

Methods: A systematic literature search was carried out, with the aim of identifying facilitators and barriers for the implementation of evidence-based practice in general practice. Furthermore, a qualitative interview study with general practitioners was conducted to investigate facilitators and barriers specifically for practicing patient education for chronic pain patients. Leavitt's extended model was used as a theoretical framework, and the discussion of the results was based upon this.

Results: The most pervasive barriers were lack of time in consultations and for the implementation process, inconsistency between remuneration and the recommended practice, non-specific guidelines related to the context, patient expectations and general practitioners' lack of relevant knowledge and skills. The most pervasive facilitators were in particular engaging the practice nurses, but also formalization of patient education, introducing a suitable service fee and enhancing level of knowledge and skills. The results indicate a general attitude among the practitioners to consider engaging the clinic as a whole.

Conclusion: Structural and organizational conditions in particular limit the general practitioners in practicing patient education for patients with chronic pain. Based on the results, engaging the nurses appears to be a potential change initiative to promote the practice of patient education for patients with chronic pain in general practice.

Indholdsfortegnelse

1.0 Initierende problem.....	5
2.0 Problemanalyse	6
2.1 Prævalens og definition af kroniske smerter.....	6
2.2 Registrering af kroniske smerter i det danske sundhedsvæsen	8
2.3 Samfundsmæssige og individuelle omkostninger.....	9
2.4 Anbefalinger for udredning og behandling af kroniske smerter.....	11
2.4.1 Udredning.....	11
2.4.2 Behandling	12
2.5 Nuværende organisering af indsatsen til kroniske smertepatienter.....	14
2.5.1 Aflønning og incitamenter i almen praksis	16
2.5.2 Det danske sundhedsvæsen i et internationalt perspektiv	17
2.6 Lægeperspektiv på håndteringen af kroniske smerter.....	17
2.6.1 Alment praktiserende lægers sygdomsopfattelser	18
2.6.2 Udfordringer ved behandling af kroniske smertepatienter i almen praksis.....	19
2.7 Patientperspektiv på håndteringen af kroniske smerter	23
2.7.1 Patientens forventninger	23
2.7.2 Divergerende sygdomsopfattelser	24
2.8 Kroniske smertepatienters sundhedskompetencer	26
2.9 Patientrettet forebyggelse af kroniske smerter.....	27
2.9.1 Forebyggelse af kroniske smerter	28
3.0 Problemafgrænsning.....	29
4.0 Problemformulering.....	30
5.0 Videnskabsteoretisk position.....	31
6.0 Specialets teoretiske ramme.....	34
6.1 Almen praksis som organisation.....	34
6.2 Den udvidede Leavitt-model.....	35
6.2.1 Barrierer mod forandring	38
7.0 Interessentanalyse.....	39
8.0 Metode.....	44
8.1 Systematisk litteratursøgning	44
8.1.1 Indledende søgning	44
8.1.2 Systematisk litteratursøgning	45
8.1.3 Valg af databaser	45
8.1.4 Søgestrategi for den systematiske litteratursøgning	46
8.1.5 In- og eksklusionskriterier.....	50
8.1.6 Udvælgelse af litteratur.....	51
8.1.7 Kritisk vurdering	52
8.2 Kvalitativ metode	53
8.2.1 Semistrukturerede individuelle interviews som kvalitativ metode	53
8.2.2 Rekruttering af informanter	54
8.2.3 Udarbejdelse af interviewguide	54
8.2.4 Udførelse af semistrukturerede individuelle interviews.....	55
8.2.5 Transskribering af semistruktureret individuelle interviews	57
8.2.6 Tematisk analyse som analysestrategi	58
8.2.7 Etiske overvejelser ved semistruktureret individuelle interviews	59
9.0 Resultater.....	61
9.1 Systematisk litteratursøgning	61

9.1.1	Kritisk vurdering af studier	61
9.1.2	Resultater fra litteraturstudie	70
9.2	Kvalitativ analyse	77
9.2.1	Organisationen som kontekst	77
9.2.2	Struktureret behandlingsforløb til kroniske smertepatienter	80
9.2.3	Viden og kompetencer	84
9.2.4	Inddragelse af andre aktører	87
9.2.5	Patientens forventninger	88
10.0	Diskussion af metode	91
10.1	Diskussion af videnskabsteoretisk position	91
10.2	Diskussion af Leavitts model som teoretisk ramme	92
10.3	Diskussion af interessentanalysen	93
10.4	Diskussion af den systematiske litteratursøgning	94
10.4.1	Valg af databaser	94
10.4.2	Søgestrategi	95
10.4.3	Brugen af tjeklister	96
10.4.4	Udvælgelse af studier og in- og eksklusionskriterier	96
10.4.5	Studiedesigns af inkluderede studier	97
10.4.6	Overførbarhed til dansk kontekst	98
10.5	Diskussion af den kvalitative metode	99
10.5.1	Troværdighed	99
10.5.2	Pålidelighed og konsistens	101
10.5.3	Overførbarhed	102
11.0	Diskussion af resultater	103
11.1	Opgaver	103
11.2	Ændringsagent	104
11.3	Struktur	105
11.3.1	Tid som begrænsning	106
11.3.2	Ydelseshonorar	107
11.4	Aktører	109
11.4.1	Viden og kompetencer	109
11.4.2	Inddragelse af sygeplejerskerne	110
11.5	Teknologi	112
11.6	Omverdenen	113
12.0	Patientuddannelse i et forandringsperspektiv	116
13.0	Konklusion	119
14.0	Referenceliste	120

1.0 Initierende problem

Kroniske non-maligne smerter er et stigende folkesundhedsmæssigt problem. I 2017 levede ca. 29% af den danske befolkning over 16 år med kroniske smerter, svarende til 1,3 mio. danskere (Sundhedsstyrelsen, 2020). Kroniske smerter udgør en stor samfundsøkonomisk byrde med årlige omkostninger på ca. 17,8 mia. kr. i 2010 (Christensen et al., 2011), og er samtidig forbundet med store konsekvenser for individet. Kroniske smerter er associeret med mentale helbredsproblemer, herunder angst og depression samt nedsat helbredsrelateret livskvalitet, tabt arbejdsevne og generelt flere psykosociale problemstillinger (Hadi et al., 2019; Jensen et al., 2016).

De fleste kroniske smertepatienter har den første kontakt med den alment praktiserende læge, hvorfor dette møde spiller en central rolle i håndteringen af kroniske smertepatienter (Kress et al., 2015). Kroniske smertepatienter ender ofte i usammenhængende udrednings- og behandlingsforløb, hvorfor der kan gå lang tid, før den optimale behandling igangsættes (Sundhedsstyrelsen, 2020). Kroniske smertepatienter kan som følge heraf opleve uafklarethed, hvilket kan facilitere uhensigtsmæssige håndteringsstrategier og progredierende påvirkning på funktionsevne og kompleksitet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette er problematisk, da kroniske smertepatienter netop efterspørger anerkendelse og vejledning i bl.a. mestringsstrategier og forklaring på deres smerter (Mose et al., 2022).

Som led i en tidligere indsats i behandlingen af kroniske smerter er der stærk anbefaling for patientuddannelse (herefter PU) (Sundhedsstyrelsen, 2018), som kan bidrage til at imødekomme patienternes uafklarethed og behov i deres forløb. Langt de fleste kroniske smertepatienter behandles i almen praksis, hvorfor PU kan være en opgave for de alment praktiserende læger ved patienter med lette til moderate kroniske smerter (Sundhedsstyrelsen, 2018). På baggrund af kompleksiteten i behandlingen af kroniske smertepatienter og almen praksis som organisation, kan der være flere faktorer af betydning for, hvilke forudsætninger alment praktiserende læger har for effektivt at kunne praktisere PU til denne patientgruppe. Dette skaber incitament til at undersøge netop disse faktorer, for herigennem at generere viden, der kan bidrage til potentielle forandringer i almen praksis, der kan fremme udøvelsen af PU til patienter med lette til moderate kroniske smerter. Dette med henblik på at forebygge udviklingen af mere komplekse smertetilstande, der i højere grad kræver specialiseret behandling.

2.0 Problemanalyse

Formålet med nedenstående problemanalysen er at fremanalysere, hvilke faktorer der har betydning for at forstå problemets omfang og nuancer. Indledningsvist vil prævalensen og definitionen samt registrering af kroniske smerter blive præsenteret. Efterfølgende redegøres der for samfundsmæssige og individuelle omkostninger. Disse afsnit bidrager med viden om omfanget af kroniske smerter som et folkesundhedsmæssigt problem. Herefter redegøres der for de gældende anbefalinger for udredning og behandling samt den nuværende organisering af indsatsen til kroniske smertepatienter. Dernæst præsenteres og fremanalyseres henholdsvis læge- og patientperspektiver på kroniske smerter samt behandlingen heraf, hvilket giver et indblik i de forskellige sygdomsopfattelser samt hvilke udfordringer der er ved denne patientgruppe. Slutteligt fremanalyseres relevansen af patientrettet forebyggelse i form af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis.

2.1 Prævalens og definition af kroniske smerter

I Danmark lever 1,3 mio. danskere over 16 år med kroniske smerter. Undersøgelser viser, at forekomsten af kroniske smerter hos den voksne befolkning er steget fra 19% i 2000 til 29% i 2017 (Sundhedsstyrelsen, 2020). Til sammenligning viser nationale registre, at der i 2017 var 236.025 personer med type 2-diabetes og 223.350 personer med kronisk obstruktiv lungesygdom (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). Kroniske smerter udgør et betydeligt folkesundhedsmæssigt problem, da det er forbundet med konsekvenser for det enkelte individ i form af lidelser og nedsat helbredsrelateret livskvalitet og derudover forårsager store udgifter til sundhedssystemet (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Den internationale smerteorganisation *International Association for the Study of Pain* (IASP) definerer smerter som ”(...) en ubehagelig sansemæssig og følelsesmæssig oplevelse forbundet med en aktuel eller mulig vævsskade, eller beskrevet som om en sådan forelå.” (IASP, u.å.). Smerter er således ikke blot en sansemæssig oplevelse ledsaget af en vævsskade. Smerter er en kompleks oplevelse, der ofte følges af flere følelsesmæssige komponenter såsom ubehag, frygt og angst. Kognitive komponenter som tidligere erfaringer samt personens sociale og kulturelle baggrund kan påvirke, hvordan personen oplever og reagerer på smerten. Således består en smerteoplevelse af tre komponenter: den sansemæssige, den følelsesmæssige og den kognitive. Her er det vigtigt at pointere, at disse komponenter ikke uden videre kan måles. Yderligere varierer disse også meget fra person til person, ligesom smerter kan variere meget hos den

enkelte person under forskellige livsomstændigheder og på forskellige tidspunkter (Sundhedsstyrelsen, 2020).

Kroniske smerter har ikke tidligere været systematisk repræsenteret i Verdenssundhedsorganisationens (WHO) sygdomsklassifikation ICD (*The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Indtil da har der ikke været en passende kode til kroniske smertediagnoser, hvilket har gjort præcise epidemiologiske undersøgelser vanskelige og kan have været med til at forhindre sundhedspolitiske beslutninger vedrørende kroniske smerter, såsom tilstrækkelig finansiering af adgang til smertebehandling (Treede et al., 2019). I 2019 blev kroniske smerter officielt godkendt som en selvstændig sygdom og fremgår således i WHO's nuværende klassificering af anerkendte sygdomme, ICD-11 (Treede et al., 2019). Kroniske smerter anses hermed som en overordnet diagnose med diagnosekoden MG30, som dækker over en række andre diagnoser, der ligeledes bygger på definitionen af IASP af kroniske smerter (Sundhedsstyrelsen, 2020). Kroniske smerter er i ICD-11 organiseret i syv underkategorier. Her defineres "kroniske primære smerter" som en tilstand, hvor smerter er den primære gene (Treede et al., 2019). I denne situation er smertetilstanden udløst af en ukendt årsag, som dog tyder på at involvere en vedvarende overfølsomhed i centralnervesystemet, der kaldes central sensibilisering (Sundhedsstyrelsen, 2020). I de seks andre undergrupper er smerterne sekundære til en underliggende sygdom, og disse tilstande defineres som "kroniske sekundære smerter", hvor smerte opfattes som et symptom på den underliggende sygdom (Treede et al., 2019). I dette speciale vil der blive taget udgangspunkt i den overordnede diagnose 'kroniske smerter' og de dertilhørende syv undergrupper. Disse smerter kaldes ligeledes kroniske non-maligne smerter, da smerten ikke relaterer sig til kræftsygdom. Er smerter vedvarende eller gentager sig i mere end tre måneder, defineres det som kroniske smerter (Treede et al., 2019). I den danske afdækning af kroniske smerter fra Sundhedsstyrelsen (2020) defineres kroniske smerter som smerter, der har været til stede i 6 måneder. Specialet vil tage udgangspunkt i en definition af kronicitet som smerter, der har været til stede i over tre måneder. Anden dansk og international forskningslitteratur, der anvender en definition på kronicitet på over seks måneder, inddrages ligeledes for at sikre at al relevant litteratur medtages.

2.2 Registrering af kroniske smerter i det danske sundhedsvæsen

Siden 1994 har der i Danmark været benyttet den dansksprogede version af ICD-10 på hospitalerne til registrering af sygdomme og dødsårsager som en del af Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS). I 2019 blev det besluttet, at ICD-11 skulle indgå i SKS (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). Danmark og en række andre lande vil dog først overgå og benytte ICD-11 til patientregistrering senere, da der er behov for forberedelse og omstilling af it-systemer (Sundhedsdatastyrelsen, 2022). I praksissektoren anvendes diagnosesystemet, *International Classification of Primary Care, 2. revision* (ICPC-2), som er linket op til ICD-10-diagnoserne. Dette bidrager til et bedre overblik over helbredsproblemer generelt samt for den enkelte patient i et sammenhængende sundhedsvæsen (Dansk Selskab for Almen Medicin, u.å.). Der er dog et ønske om at udvikle ICPC-2 til ICPC-3 for at have bedre mulighed for at linke til det kommende ICD-11 (Dansk Selskab for Almen Medicin, u.å.). Hermed ses ICD-11 ligeledes at påvirke praksissektoren på sigt. I ICPC-2 kodes smerter under en enkelt kode: A01 (Sundhedsstyrelsen, 2020). Denne kode dækker over alle smerter, hvormed både akutte smerter, kroniske smerter og cancerrelaterede smerter samt organspecifikke diagnoser bliver registreret under denne kode (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det kan være problematisk, da akutte og kroniske smerter adskiller sig betydeligt fra hinanden i relation til behandling. Det ses hermed, at der på henholdsvis hospitaler og i praksissektoren er forskel på, hvilke diagnosebetegnelser der anvendes til patienter med smerter, og hvad diagnosekoderne dækker over.

I 2018 udkom en opdateret version af de nationale kliniske retningslinjer for '*Udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet*', som har til formål at fremme en ensartet evidensbaseret indsats på tværs af landet og sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2020). Begrebet "generaliserede smerter i bevægeapparatet" er valgt som betegnelse i disse retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2018), og dækker således over kroniske smerter, som anvendes som terminologi i dette speciale. I de nationale kliniske retningslinjer fremhæves det, at der ikke er konsensus om diagnosebetegnelsen for patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet, da der anvendes forskellige diagnoser afhængig af speciale, forskningstradition og den enkelte læges præferencer (Sundhedsstyrelsen, 2018). Diagnosebetegnelserne dækker dog i vid udstrækning over samme fænomen. Det fremhæves, at denne varierende diagnosebetegnelse kan være problematisk både for patienter og

sundhedsprofessionelle samt anses som uhensigtsmæssigt i relation til optimal udnyttelse af ressourcer (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.3 Samfundsmæssige og individuelle omkostninger

Kroniske smerter er et omfattende nationalt og globalt folkesundhedsmæssigt problem, og har store konsekvenser både samfundsmæssigt såvel som individuelt. I en samfundsøkonomisk kontekst er kroniske smerter omkostningskrævende. I Europa anslås de direkte og indirekte omkostninger forbundet med kroniske smerter at være 200 mia. euro (Hadi et al., 2019), mens det estimeres at koste samfundet 560-635 mia. dollars årligt i USA baseret på 2010-værdier (Gaskin & Richard, 2012). I Danmark er kroniske smerter ligeledes forbundet med store samfundsøkonomiske konsekvenser. Kroniske non-maligne smerter beløber sig til ca. 17,8 mia. kr. i årlige omkostninger relateret til hospitalsydelser, ydelser i primærsektoren og ordineret medicin samt produktivitetstab pga. langtidssygemeldinger og førtidspension. De 17,8 mia. kr. udgjorde 18-23% af Danmarks samlede nettodriftsudgifter til sundhedsområdet i 2006 (Christensen et al., 2011). 12,8 mia. kr. er til brugen af sundhedsydelser, mens omkostninger forbundet med produktivitetstab estimeres til henholdsvis fem mia. kr. til langtidssygemeldinger og 111 mio. kr. til førtidspension (Christensen et al., 2011). Alle priser er opgivet i 2010-værdier. Ved at fremskrive omkostningerne fra 2010, er det muligt at afspejle og give et skøn over, hvad de årlige omkostningerne vil være i 2022-værdier (Drummond et al., 2015). Fremskrives de årlige omkostninger fra 2010 på ca. 17,8 mia. kr. til en nutidsværdi med en fast rentesats på 3,5%, estimeres de årlige omkostninger til omkring 26,8 mia. kr. i 2022-værdi. Det anses dog som væsentligt at forholde sig kritisk over for de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med kroniske smerter. Dette på baggrund af at der i Danmark ikke er overensstemmelse mellem, hvordan diagnoser kodes, og at der af denne grund ikke findes landsdækkende registre over kroniske smerter, hvorfor tallene kan betragtes som grove estimater.

Kroniske smerter kan samtidig have store konsekvenser for individet i form af sameksisterende lidelser og nedsat helbredsrelateret livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2020). Mange kroniske smertepatienter scorer deres helbredsrelaterede livskvalitet lav, og patienter med kroniske smerter scorer ofte signifikant lavere på alle parametre af SF-36 sammenlignet med den generelle befolkning (Jensen et al., 2016). Studier viser, at kroniske smertepatienter rapporterer deres helbredsrelaterede livskvalitet lige så lav som palliative cancerpatienter (Fredheim et al.,

2007; Jensen et al., 2016). De store menneskelige omkostninger har indflydelse på både biologiske og psykosociale faktorer for individet, og de forskellige helbreds komplikationer relateret til kroniske smerter kan ligeledes få betydelige økonomiske konsekvenser for patienter med kroniske smerter (Fine, 2011).

Kroniske smerter har en negativ indvirkning på flere aspekter af patientens sundhed, herunder søvn, hjernefunktion og kognitive processer, såsom hukommelse og koncentration. Derudover kan humør, seksuel funktion samt mental- og kardiovaskulær sundhed påvirkes af kroniske smerter og omvendt (Fine, 2011). Patienter med kroniske smerter oplever mindske evne til at arbejde samt at være begrænset i deres fysiske aktivitetsniveau og i at udføre dagligdagsopgaver (Hadi et al., 2019). Derudover kan smertepatienter være begrænset i leg med deres børn og samvær med deres ægtefælle. Dette forårsager ofte vrede, frustration og depression, hvilket kan medføre, at patienter med kroniske smerter oplever et højere niveau af smerte og manglende motivation til at deltage i enhver aktivitet. Denne onde cirkel anses ofte som svær at bryde, hvormed patienter med kroniske smerter har større risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer såsom depression og angst (Hadi et al., 2019). Smertepatienter er således i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer som konsekvens af at leve med smerter, men omvendt kan mentale helbredsproblemer ligeledes betragtes som en risikofaktor for at udvikle kroniske smerter (Kroenke et al., 2011). Det ses yderligere, at 30-50% af smertepatienter rapporterer smerter og depression samtidig. Det er ikke blot forbundet med højere behandlingsomkostninger, men ligeledes rapporterer patienter med kroniske smerter og samtidig depression større smerteintensitet, dårligere funktionsevne og større handicap sammenlignet med ikke-deprimerede smertepatienter (Kroenke et al., 2011). Ofte ses det, at patienter med kroniske smerter og sameksisterende mentale helbredsproblemer er udiagnosticerede og ubehandlede for én af sygdommene (Goesling et al., 2018). I betragtning af at de fleste patienter med smerter som det første henvender sig til deres alment praktiserende læge, stiller dette krav til, at lægen har viden om de fysiske smerter, men ligeledes psykosociale forhold, herunder indvirkning på hverdagslivet og på det mentale helbred (Kress et al., 2015). Hermed vurderes det at være en kompleks opgave for den alment praktiserende læge at håndtere kroniske smertepatienter både i forhold til udredning og igangsættelse af passende behandling. I takt med at de kroniske smerter intensiveres eller udbredes til flere dele af kroppen, er patienten i større risiko for at udvikle yderligere underliggende patologier og tilhørende følgesygdomme og lidelser. Disse kan have langsigtede fysiske og psykiske konsekvenser, hvormed smerter bliver mere komplekse (Fine, 2011). Over tid kan kroniske

smerter udvikles til at blive stadig mere komplekse og potentielt sværere at behandle, eftersom de kroniske smerter kan forårsage permanente ændringer i nervesystemet, hvis behandling ikke igangsættes. Er smerterne til stede i længere tid, uden at patienten tilbydes den rette behandling, ses smerterne at kunne forværres yderligere samt have konsekvenser for andre faktorer i patientens liv (Fine, 2011). Derfor er tidlig og effektiv behandling vigtigt for at forebygge udviklingen af komplekse kroniske smertetilstande og følgesygdomme (Fine, 2011).

2.4 Anbefalinger for udredning og behandling af kroniske smerter

De nationale kliniske retningslinjer henvender sig til alle faggrupper og sektorer, der har at gøre med kroniske smertepatienter (Sundhedsstyrelsen, 2018). Heri defineres patientgruppen som voksne mennesker med generaliserede smerter i bevægeapparatet, der har været ved i tre til seks måneder uden påvist somatisk eller psykisk sygdom som årsag til patientens smertetilstand (Sundhedsstyrelsen, 2018). Smertetilstanden for patientgruppen i retningslinjerne beskrives som en diffus udbredelse til større dele af kroppen, og påvirker patientens funktionsniveau til et niveau, der forårsager påvirkning på patientens livsverden, herunder arbejdsevne, hverdags- og fritidsliv (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen opererer med henholdsvis stærke og svage anbefalinger samt anbefalinger om god praksis. Anbefalingerne til patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet er gældende for udredning og behandling af kroniske smertepatienter og vil blive redegjort for i nedenstående afsnit.

2.4.1 Udredning

Grundlæggende bør både udredning og behandling af kroniske smerter tage afsæt i en biopsykosocial forståelsesramme (Kamper et al., 2015; Sundhedsstyrelsen, 2018). Den biopsykosociale model blev første gang præsenteret af George Engel i 1977 (Engel, 1977). Modellen konceptualiserer, at forståelsen af et individs sundhedstilstand ikke blot afhænger af biomedicinske faktorer, men at også psykologiske og sociale faktorer skal tages i betragtning. Modellen er sidenhen blevet bredt accepteret og anvendt i forståelsen af kroniske smerter, og er blevet fundamentet for udredning og behandling heraf (Gatchel et al., 2007; Kamper et al., 2015; Meints & Edwards, 2018). Dette afspejles i de nationale kliniske retningslinjer, hvor det i forbindelse med udredningen anbefales at adressere psykosociale faktorer sammen med objektive undersøgelser og udtømmende anamnese (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette tæller bl.a. patientens forventninger, sygdomsforståelse, familie- og arbejdssituation, indvirkning på hverdagsliv og -funktion, psykiske belastninger med videre. Udelukkelse af alvorlig patologi

og differentialdiagnoser forudsættes før kroniske smertepatienter kan betragtes som diagnostisk afklaret. Kroniske smerter kan dog godt sameksistere med somatiske og psykiske lidelser. Tydelig kommunikation til patienten om fund og tilstanden generelt fremhæves som en vigtig forudsætning i udredningen af kroniske smertetilstande. Udredning kan ske alene hos egen læge eller i samarbejde med specialiserede faggrupper, hvis dette vurderes relevant. En tidlig og fyldestgørende udredning, der kommunikerer tydeligt til patienten, er afgørende for at relevant behandling kan iværksættes. Uafklarethed vedrørende diagnosen kan have negativ indflydelse for patienten, der bl.a. kan risikere at tilegne sig uhensigtsmæssige håndteringsstrategier og progredierende påvirkning på funktionsevne (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.4.2 Behandling

Behandlingen af kroniske smerter afhænger i høj grad af den enkelte patient og bør tage udgangspunkt i individuelle problematikker og behov baseret på en biopsykosocial forståelsesramme (Sundhedsstyrelsen, 2018). Betegnelsen kroniske smerter indebærer store individuelle variationer i henhold til, hvilken behandlingsstrategi der bør anvendes. Der er derfor tale om generelle anbefalinger, der dog altid bør sættes i kontekst i forhold til den enkelte patient (Sundhedsstyrelsen, 2018).

2.4.2.1 Non-farmakologisk behandling

Der er stærk anbefaling for at anvende PU som en del af behandlingen af kroniske smerter. PU tilpasses den enkelte patients forståelsesramme og omfatter i denne sammenhæng undervisning i smertefysiologi, smertehåndtering, mestringsstrategier og betydningen af psykosociale faktorer samt samtale om behandlingsmuligheder (Sundhedsstyrelsen, 2018). PU er en evidensbaseret praksis, og er bl.a. fundet effektivt til behandling af fibromyalgipatienter i almen praksis (Luciano et al., 2011). Fibromyalgi er en uspecifik kronisk smertetilstand (Danneskiold-Samsøe et al., 2010). Langt de fleste kroniske smertepatienter bliver behandlet i almen praksis, og ifølge de nationale kliniske retningslinjer kan PU derfor være en opgave for alment praktiserende læger at varetage ved lette til moderate tilfælde (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvilket også definerer den gruppe, specialet retter sit hovedfokus på. Tidlig udredning og igangsættelse af relevante behandlingstiltag i en biopsykosocial forståelsesramme er vigtig for at undgå at patienterne unødigt sendes frem og tilbage mellem faggrupper og sektorer, og at smertetilstanden udvikler sig i sin kompleksitet (Ørtenblad et al., 2014). Da de alment praktiserende læger står med den initiale kontakt, tovholderfunktionen og i mange tilfælde

behandlingsansvaret (Sundhedsstyrelsen, 2020), findes det relevant, at udøvelsen af PU i almen praksis kan fungere som et relevant led i en tidlig og forebyggende indsats for at undgå udviklingen af mere komplekse smertetilstande. Dette danner grundlaget for specialets problemfelt, og vil blive belyst nærmere senere i problemanalysen.

Udover PU er der ligeledes stærk anbefaling for kognitiv adfærdsterapi særligt til borgere med mere komplekse problematikker, som også anbefales at blive tilbudt multidisciplinære behandlingsindsatser. Endvidere kan superviseret fysisk træning, afhængig af patientens erfaring med træning og selvstændig varetagelse heraf, indgå i behandlingsstrategien. Endeligt beskrives det som god praksis at inddrage strategier, der har til sigte at fastholde patientens arbejdstilknytning og fremme deltagelse og aktivitet i hverdagslivet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Disse anbefalinger ligger udenfor specialets sigte, og vil ikke blive uddybet yderligere.

2.4.2.2 Farmakologisk behandling

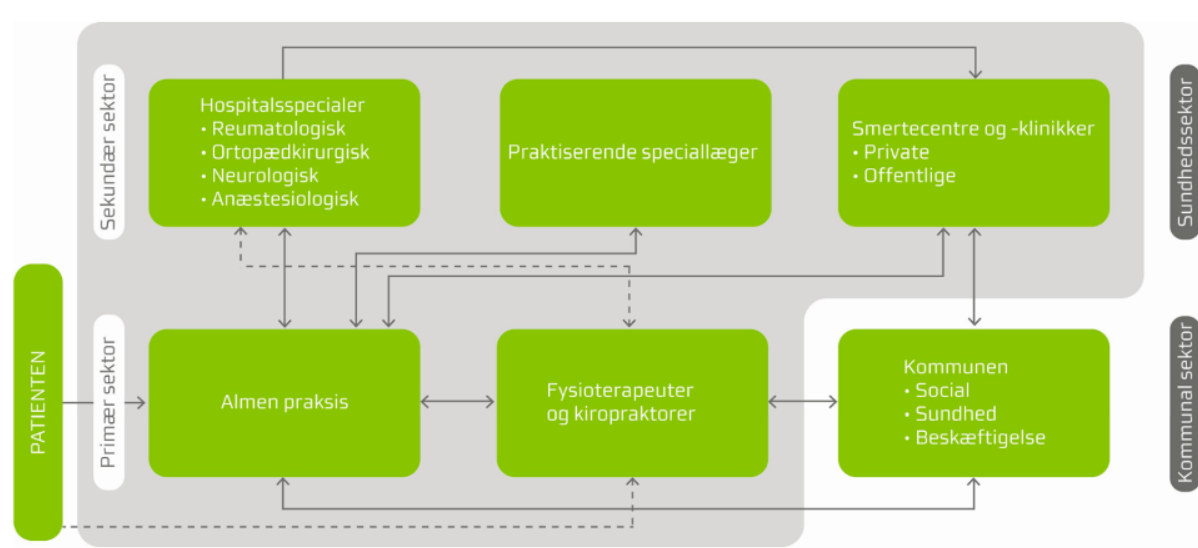
Med hensyn til farmakologisk behandling er der ikke stærke anbefalinger for anvendelsen af farmakologiske præparater til behandling af kroniske smerter. Afhængig af det specifikke præparat er der tale om svage anbefalinger enten for eller mod anvendelse, ligesom det forudsættes, at der foretages grundige overvejelser inden udvalgte præparater tages i brug til behandling af kroniske smerter. Eksempelvis frarådes brug af opioider bl.a. pga. risikoen for en afhængighedsskabende effekt. Opioider kan være nødvendigt at afprøve ved manglende effekt af anden non-farmakologisk behandling, men i dette tilfælde bør der være en klar plan for seponering (Sundhedsstyrelsen, 2018). Specifikke anbefalinger og yderligere gennemgang af de enkelte farmakologiske præparater ligger udenfor dette speciales problemfelt, og vil derfor ikke blive uddybet yderligere. Danmark har ligget i verdenstoppen over lande med det højeste forbrug af opioider, hvilket fik politisk bevågenhed i 2015 bl.a. pga. anvendelsen i forbindelse med behandling af kroniske smerter (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dog tyder det på, at anbefalingerne om opioider til kroniske smertepatienter i højere grad efterleves end tidligere. I perioden 2016-2021 har 16% færre personer årligt afhentet receptpligtige opioider mindst én gang, og det tyder generelt på, at de alment praktiserende læger har haft øget fokus på og lykkedes med, at nedbringe langvarige forbrug både i forhold til behandlingsvarighed og dosisniveau (Sundhedsstyrelsen, 2016).

Gennemgangen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger giver videre anledning til en analyse af, hvordan håndtering af smertepatienter aktuelt foregår og er organiseret i det danske sundhedsvæsen, herunder en uddybelse af den alment praktiserende læges rolle heri.

2.5 Nuværende organisering af indsatsen til kroniske smertepatienter

I 2014 udkom en Medicinsk Teknologivurdering om mulighederne for en tidlig og målrettet indsats til smertepatienter (Ørtenblad et al., 2014). Her blev det bl.a. undersøgt, hvordan indsatsen til smertepatienter er organiseret fra den initiale kontakt med sundhedsvæsenet og det videre forløb. Den medicinske teknologivurdering indeholder den nyeste og mest omfattende undersøgelse af den nuværende organisering, hvorfor denne danner grundlaget for dette afsnit.

Sundhedsvæsenets nuværende organisering af indsatsen til smertepatienter kan overordnet beskrives som en *seriel samarbejdsmodel* (Ørtenblad et al., 2014). Den nuværende organisering er illustreret i figur 1, og er karakteriseret ved, at opgaver relateret til behandling og udredning af smertepatienter foregår i serielle forløb på tværs af faggrupper og forskellige sektorer. I primærsektoren tæller de væsentligste aktører almen praksis, fysioterapeuter og kiropraktorer samt kommunale tilbud. Involverede aktører i den sekundære sektor rummer diverse hospitalsspecialer, praktiserende speciallæger samt både private og offentlige smerteklinikker og -centre (Ørtenblad et al., 2014).



Figur 1: Nuværende organisering af indsatsen til smertepatienter (Ørtenblad et al., 2014)

Som det ses i figur 1 starter smertepatienten oftest med initial kontakt til den alment praktiserende læge, der agerer gatekeeper og tovholder i smertepatientens forløb. Et fåtal starter kontakten hos en fysioterapeut eller kiropraktor. Afhængig af den alment praktiserende læges indledende vurdering henvises patienten videre til en anden sundhedsprofessionel enten i den primære eller sekundære sektor. Det generelle forløb bærer præg af en horisontal opdeling af udrednings- og behandlingsopgaver blandt de sundhedsprofessionelle, hvor den enkelte faggruppes delhandlinger påvirker den efterfølgende faggruppes delhandlinger. Dette medfører, at smertepatienten bevæger sig frem og tilbage mellem de forskellige faggrupper og sektorer, og smertepatientens "rejse" i sundhedsvæsenet afhænger i høj grad af de enkelte faggruppers individuelle handlinger og konklusioner (Ørtenblad et al., 2014).

Smertepatienter er en meget hyppig patientgruppe i almen praksis, hvorfor den alment praktiserende læge spiller en vigtig rolle i udrednings- og behandlingsforløbet, og dermed også i forebyggelsen af kroniske og komplekse smertetilstande (Sundhedsstyrelsen, 2020). Udover en vigtig rolle som tovholder og gatekeeper for patientens samlede forløb, har den alment praktiserende læge også andre vigtige funktioner, herunder udelukkelse af akut sygdom og underliggende patologi og diagnostik eventuelt i samarbejde med specialiserede faggrupper samt varetagelse af den primære behandling (Sundhedsstyrelsen, 2020). Den alment praktiserende læge kan inddrage specialiserede behandlere og faggrupper i smertepatientens udrednings- og behandlingsforløb. Henvisning til specialiserede faggrupper sker typisk enten for at få foretaget en supplerende vurdering af smertepatienten (Ørtenblad et al., 2014). Af specialiserede faggrupper kan der være tale om bl.a. reumatologer, neurologer eller ortopædkirurger. På baggrund af udredningen igangsættes behandlingen, som overvejende kombineres af farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling i almen praksis med specialiseret behandling i tillæg. I tilfælde af at behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis og ved specialiserede faggrupper er utilstrækkelig, kan smertepatienterne i stedet blive henvist til forløb på mono- eller tværfaglige smerteklinikker og -centre (Ørtenblad et al., 2014). Der ses dog regionale forskelle i indsatsen til smertepatienter. Denne forskel skyldes bl.a., at der imellem regionerne er forskel på mulighederne for specialiseret smertebehandling, hvilket har indflydelse på henvisningsmulighederne for den praktiserende læge. Dette på baggrund af, at der ses forskel på antallet af tværfaglige smertecentre mellem regionerne samt varigheden af ventetid til behandling på de offentlige tværfaglige smertecentre (Ørtenblad et al., 2014). Gennem indsigt i interne dokumenter om organisering og flow i landets tværfaglige smerteklinikker var der eksempelvis i februar 2023 ca. 90 ugers ventetid på smerteklinikken

på Regionshospitalet Silkeborg, hvor der på henholdsvis Odense og Aalborg Universitetshospital var 19 ugers og 22 ugers ventetid. Kroniske smertepatienter i svære tilfælde, der kræver henvisning til specialiserede tilbud, ligger uden for specialets sigte, og vil ikke blive uddybet yderligere.

2.5.1 Aflønning og incitament i almen praksis

I Danmark aflønnes alment praktiserende læger gennem en kombination af et fast årligt beløb pr. tilmeldte borger, per capita-honorering, der udgør 30% af indkomsten, og et ydelseshonorar, hvor lægen honoreres pr. ydelse, de leverer, som udgør 70% (Pedersen, 2013). I Danmark bestemmes disse takster ved en forhandling af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (Regioners Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). De forskellige aflønningsmetoder afføder forskellige incitament, der kan påvirke den alment praktiserende læges adfærd (Gyrd-Hansen, 2012). En højere vægt af basishonorar kan medføre færre konsultationer pr. patient og et lavere incitament til, at lægen selv varetager behandlingen (Gyrd-Hansen, 2012). Det kan ligeledes medføre, at lægerne bliver mere serviceminded, står til rådighed samt tager ansvar for de borgere, som er tilmeldt deres praksis for herigennem at fastholde dem (Pedersen, 2013). En højere vægt af ydelseshonorering kan modsat tilskynde lægen til selv at varetage behandlingen, og skabe grundlag for at lægen i højere grad engagerer sig i mere indsatskrævende patienter (Gyrd-Hansen, 2012), såsom kroniske smertepatienter. Ligeledes kan det motivere lægen til at behandle så mange patienter, som det er fagligt forsvarligt at gøre, og reducere antallet af unødige henvisninger til speciallæger eller hospitaler (Pedersen, 2013).

Ud fra denne betragtning er det relevant at overveje, hvorvidt flere ressourcer i form af ydelseshonorering for behandlingen af kroniske smertepatienter kan udgøre et incitament hos alment praktiserende læger for i højere grad at varetage behandlingen af kroniske smertepatienter. I takt med at de alment praktiserende læger pålægges flere opgaver, skal rammerne for at udføre opgaverne følge med og være optimale (Pedersen, 2013), hvilket også kan gøre sig gældende i forhold til behandling af kroniske smertepatienter. Hermed kan det tyde på, at der i højere grad skal fokus på, at ressourcerne følger opgaverne i form af en alternativ ydelseshonorering for behandling af kroniske smertepatienter. I ydelsestabellen fra januar 2023 er der ingen ydelseshonorar specifikt til behandling af kroniske smertepatienter, men blot til kroniske sygdomme som KOL og type 2-diabetes (Praktiserende Lægers Organisation, 2023). På trods af at kroniske smertepatienter er tidskrævende og komplekse at

behandle i almen praksis (Ørtenblad et al., 2014), kan praktiserende læger ikke tage et ydelseshonorar for behandling af denne patientgruppe, hvormed aflønning og dertilhørende incitament kan være en betydende faktor i behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis.

2.5.2 Det danske sundhedsvæsen i et internationalt perspektiv

Ovenstående gennemgang afspejler organiseringen af udredning og behandling af kroniske smertepatienter i en dansk kontekst. Der er dog forskelle på tværs af lande i forhold til, hvilken rolle den alment praktiserende læge spiller i sundhedsvæsenet, hvordan de er honoreret samt generelle normer og kultur vedrørende smerte og behandling heraf. Eksempelvis er der forskel på, hvordan primærsektoren er organiseret. Som eksempel er honorarmodellen i de fleste svenske landsting baseret på 80-100% basishonorar, hvor det i Danmark blot er 30% basishonorar, og de resterende 70% er ydelseshonorering (Olsen et al., 2016), hvilket bl.a. kan skabe divergerende incitamenter, som beskrevet tidligere. Det faktum at der eksisterer ligheder og forskelle mellem landenes sundhedssystemer er selvsagt vigtigt at have in mente, da det kan påvirke overførbareheden af international forskning til dansk kontekst. Trods forskelle på tværs af landene, er Danmark generelt sammenligneligt med lande som Sverige, Norge, Finland, Holland, Frankrig, Tyskland og Storbritannien med hensyn til sundhedssystem og borgernes generelle livsstil (Sundhedsstyrelsen, 2010). Nærmere gennemgang af specifikke ligheder og forskelle ligger udenfor rammerne af dette speciale, og vil ikke blive uddybet yderligere. Det er gennemgående i international såvel som dansk forskningslitteratur, at behandlingen af kroniske smerter generelt opleves som en udfordring for alment praktiserende læger (Harle et al., 2015; Lundberg & Melander, 2021; Polacek et al., 2020; Raffaeli et al., 2021; Schulte et al., 2022; Sundhedsstyrelsen, 2020; Valenzuela-Pascual et al., 2019; Ørtenblad et al., 2014), hvilket underbygger analysen af problemets karakter i henhold til dansk kontekst. Ovenstående overvejelser vedrørende overførbareheden af udenlandske studier til dansk kontekst medtages i følgende analyser af henholdsvis de alment praktiserende lægers samt patienters perspektiv på behandlingen af kroniske smerter og udfordringer i forbindelse hermed.

2.6 Lægeperspektiv på håndteringen af kroniske smerter

Som tidligere beskrevet udgør kroniske smertepatienter generelt en stor udfordring i almen praksis (Ørtenblad et al., 2014). Dette skyldes særligt smertetilstandens subjektive karakter, som ikke kan undersøges eller bekræftes ved objektive fund såsom scanninger eller blodprøver

(Raffaelli et al., 2021). I næstkommende afsnit vil det analyseres, hvordan sygdomsopfattelser i almen praksis kan spille en rolle i udredning og behandling af kroniske smertepatienter, samt hvilke udfordringer der kan være i relation til behandling af kroniske smertepatienter ud fra den alment praktiserendes læges perspektiv.

2.6.1 Alment praktiserende lægers sygdomsopfattelser

De praktiserende læger beskriver, at kroniske smertepatienter som patientgruppe er tidskrævende og optræder i flere typer arbejdsopgaver, herunder udredning, behandling, henvisning, receptudskrivning og kontrolbesøg. Således har almen praksis flere væsentlige funktioner i forhold til smertepatienter og udgør hermed en tovholderfunktion i forhold til patientens samlede forløb (Ørtenblad et al., 2014). Yderligere er den lægefaglige vurdering i både udredning og behandling i høj grad afhængig af den enkelte læges faglige erfaringer og skøn samt behandlingsmuligheder i den aktuelle region (Ørtenblad et al., 2014). Ifølge Jensen (1997) bygges lægers sygdomsopfattelse op gennem uddannelsen, klinisk erfaring og eventuelle personlige erfaringer i familien eller omgangskredsen. I den medicinske teknologivurdering (2014) giver nogle læger udtryk for, at de primært praktiserer en biomedicinsk tilgang, samtidig med at andre læger i højere grad arbejder ud fra en biopsykosocial tilgang. Ved den biomedicinske tilgang er identifikation og behandling af smerter mere orienteret mod biologiske 'fejl', og behandlingen er i højere grad farmakologisk. Den biopsykosociale tilgang derimod rummer både fysiologiske, psykologiske og sociale aspekter. Afhængig af hvad der findes relevant for den enkelte patient, kan den farmakologiske behandling suppleres af ikke-farmakologisk behandling såsom samtaleterapi. Endeligt udtrykker nogle læger, at de tager udgangspunkt i en biomedicinsk tilgang og arbejder hen mod en biopsykosocial tilgang, efterhånden som patientens forløb skrider fremad, og behandlingsmulighederne udtømmes (Ørtenblad et al., 2014).

De divergerende tilgange til kroniske smerter kan anskues ud fra en antropologisk forståelse omkring sygdomsopfattelse, hvor der i højere grad er fokus på sociale og kulturelle forhold. Arthur Kleinman (1941-) anvender som forklaringsmodel perspektiverne *illness* og *disease* til at skelne mellem forskellige sygdomsforståelser. Perspektivet *disease* beskriver den medicinske og biologiske sygdom, der rammer individet. *Illness* er derimod et perspektiv, som er relateret til den psykosociale og personlige oplevelse af opfattet sygdom (Kleinman, 1980). Når læger udtrykker, at de arbejder ud fra en biomedicinsk tilgang, søger de at finde frem til en specifik somatisk årsag, der kan klassificeres som en diagnose. Ifølge Kleinman (1980) kan

dette forstås som et *disease*-perspektiv, hvor lægen søger at finde frem til en primær “funktionsfejl” i biologiske eller psykologiske processer, og sygdommen kan klassificeres som en diagnose (Kleinman, 1980). Når læger derimod udtrykker at praktisere en biopsykosocial tilgang, orienterer de sig imod en indsats, der rummer både fysiologiske, psykologiske og sociale parametre. Dog vægtes de forskellige elementer forskelligt, da det afhænger af patientens ønsker og behov (Ørtenblad et al., 2014). Med afsæt i Kleinmans begreber (1980) læner disse læger sig mere op ad et perspektiv, der rummer både *disease* og *illness*. I *illness*-perspektivet er der fokus på psykosociale forhold og personlig oplevelse af sygdommen. Dette perspektiv omfatter ligeledes, hvordan patienten, vedkommendes familie og sociale netværk forstår og lever med sygdommen og dens symptomer (Kleinman, 1980). Med udgangspunkt i Kleinmans begreber (1980) integrerer en biopsykosocial tilgang således både et *disease* og *illness*-perspektiv i forståelsen af smerter samt en erkendelse af, at såvel sociokulturelle som psykiske faktorer har en indflydelse på de biologiske faktorer. Herved forstås begreberne ikke som en dikotomi, som Kleinman (1980) ellers stiller op. I stedet forstås *disease* som et perspektiv, der kan rumme elementer af *illness*, hvilket giver lægen mulighed for en behandlingstilgang, der kan rumme et biomedicinsk aspekt samt anerkende, at smertetilstanden både har fysiologiske, psykologiske og sociale aspekter, der alle sammen kan opleves af patienten samtidig.

2.6.2 Udfordringer ved behandling af kroniske smertepatienter i almen praksis

Ifølge Sundhedsstyrelsens afdækning af smerteområdet ser det generelt ud til, at danske alment praktiserende læger mangler nødvendig viden og kompetencer til håndtering af kroniske smertepatienter (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dette omfatter bl.a. viden om forebyggelse, udvikling, behandling, rehabilitering samt opfølgning af borgere med kroniske smerter (Sundhedsstyrelsen, 2020). Desuden tyder forskningslitteraturen også på, at alment praktiserende læger selv oplever udfordringer med at håndtere opgaver relateret til PU i forbindelse med behandling af denne patientgruppe. Eksempelvis fremhæves problematikken af Lundberg & Melander (2021), der skildrer, at praktiserende læger selv oplever at mangle kompetencer og viden om håndtering af kroniske smertepatienter. Særligt når patienterne gentagne gange efterspørger forklaringer på deres smerter, som er et centralt element i PU, oplever lægerne udfordringer (Lundberg & Melander, 2021). Dette kan udspringe af manglende viden om smertefysiologi blandt lægerne (Polacek et al., 2020). I tråd hermed fremhæver Kress et al. (2015), at europæiske alment praktiserende læger mangler de nødvendige kompetencer og viden om behandling af kroniske smerter. Dette understøttes i et

studie, der viser, at læger i almen praksis ikke føler sig trygge ved at behandle patienter med kroniske smerter grundet deres mangel på kompetencer og viden (Valenzuela-Pascual et al., 2019).

Ca. 89% af europæiske alment praktiserende læger mener, at de har behov for mere uddannelse i håndteringen af kroniske smertepatienter (Johnson et al., 2013), hvilket eksempelvis kan omfatte flere kompetencer i PU (Provenzano et al., 2018). Håndteringen af kroniske smerter kan være udfordrende, fordi fuldkommen smertelindring ofte ikke kan opnås. Der ligger derfor en udfordring i og vigtig opgave for den alment praktiserende læge i at adressere patientens uhensigtsmæssige mestringsstrategier, urealistiske forventninger og eventuel modstand mod non-farmakologisk behandling (Provenzano et al., 2018). Der kan i mange tilfælde være en diskrepans mellem den kroniske smertepatient og lægens forventninger og mål for behandlingen (Henry et al., 2017). Her kan relevant PU i almen praksis potentielt bidrage til, at patienten opnår mere viden om sin tilstand og behandlingsmulighederne. Herigennem kan der faciliteres en fælles sygdomsforståelse og en oplyst forventningsafstemning (Provenzano et al., 2018). Det kan samtidig adressere eventuelle uhensigtsmæssige mestringsstrategier og overbevisninger hos patienten, og dermed forebygge udvikling i tilstandens kompleksitet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Da de alment praktiserende læger står med den initiale kontakt, tovholderfunktionen og i mange tilfælde behandlingsansvaret, findes det relevant, at de i højere grad kan varetage PU som led i en tidligere indsats.

Ifølge et svensk studie står praktiserende læger overfor udfordringer med at give evidensbaseret og patientcentreret behandling til kroniske smertepatienter (Lundberg & Melander, 2021). En patientcentreret behandling kræver, at der opbygges en tillidsfuld relation mellem læge og patient, og hertil udtrykker lægerne en mangel på tid i konsultationerne (Lundberg & Melander, 2021). Den manglende tid understøttes i et britisk studie, hvor mindre end halvdelen af de adspurgte læger udtrykker, at de har tilstrækkelig med tid i konsultationen med patienterne til at tale om smerterne og håndteringen heraf. Kun 64% af de adspurgte britiske læger mener, at de har tilstrækkelige udredningsværktøjer (Johnson et al., 2013). Udfordringen omkring lægernes manglende tid i konsultationerne taler derudover ind i problematikken om knappe ressourcer i sundhedsvæsenet. Knappe ressourcer kan forstås som relative og absolutte (Pedersen, 2013). I dette tilfælde er der tale om knappe ressourcer i absolut forstand; der er kun et vist antal personaletimer til disposition for lægen. Konsekvensen af at ønsker og behov for

mere tid i konsultationen med kroniske smertepatienter overstiger de tilgængelige ressourcer kan være, at der må prioriteres, hvilket kan gå ud over patienterne i sidste ende.

De alment praktiserende lægers oplevelser af utilstrækkelighed, videns- og kompetencemangel indenfor bl.a. optimal PU kan skyldes mangelfuld undervisning om kroniske smerter på medicinuddannelserne. Dette understøttes af et britisk studie, der har undersøgt mængden af undervisning inden for smerte på europæiske medicinuddannelser (Briggs et al., 2015). Studiet finder, at mængden af smerteundervisning i størstedelen af de europæiske medicinske uddannelser ligger langt under, hvad der kunne forventes, taget i betragtning af både udbredelsen af kroniske smerter og den offentlige sundhedsbyrde det medfølger (Briggs et al., 2015). Desuden mener ca. 84% af alment praktiserende læger i Europa, at deres grundtræning i håndtering af kroniske smertepatienter er mangelfuld (Johnson et al., 2013). Sundhedsstyrelsens afdækning af smerteområdet fremhæver ligeledes, at der bør være et øget fokus på undervisning i basal lære om kroniske smerter for læger (Sundhedsstyrelsen, 2020). Udover de læger der har til hensigt at specialisere sig i smertebehandling, kan den manglende viden næppe kompenseres for, når de færdiguddannede læger først er ude i praksis (Kress, 2013). Mangel på relevant undervisning i smertebehandling på medicinuddannelserne kan være en betydende faktor for de alment praktiserende lægers selvrapporterede udfordringer med kroniske smertepatienter.

Sundhedsstyrelsens afdækning viser ligeledes, at lægerne særligt inden for farmakologisk behandling mangler viden om, hvilke lægemidler der bør anvendes i behandlingen af smertetilstande samt kendskab til hvilke metoder, der kan anvendes for rationel afprøvning af lægemidler (Sundhedsstyrelsen, 2020). Yderligere er der blandt læger et behov for større viden om bivirkninger og risici ved farmakologisk behandling samt risici for udvikling af afhængighed ved brug af opioider (Sundhedsstyrelsen, 2020). Danmark har i mange år haft det højeste forbrug af opioider per borger (Sundhedsstyrelsen, 2016). Dette er problematisk, da et langvarigt opioidforbrug kan medføre alvorlige bivirkninger som eksempelvis abstinenser, der kan optræde som forværring af eksisterende smerter (Sundhedsstyrelsen, 2016). En britisk metasyntese viser, at ordinationen af opioider til kroniske smertepatienter i almen praksis primært er påvirket af lægens viden, erfaring og overbevisning samt ressourcer den praktiserende læge har til rådighed (Kennedy et al., 2019). Ressourcer i form af manglende tid i konsultationer med kroniske smertepatienter kan bl.a. være årsagen til lægers hyppige ordinationer af opioider (Lundberg & Melander, 2021) samt utilstrækkelige kompetencer og

viden om smerter og håndteringen heraf (Sundhedsstyrelsen, 2020; Kress et al., 2015). Dette understøttes af et spansk studie, hvori læger rapporterer, at de ser farmakologisk behandling som en nem udvej og som en midlertidig løsning for både læger og patienter. Lægerne udtrykker, at de vinder tid i en tidspresset konsultation, når de udskriver medicin og samtidig føler, at de lever op til patienternes forventninger om en effektiv her-og-nu-behandling (Valenzuela-Pascual et al., 2019). Lægerne oplever ligeledes at opioid-dosering til behandling af kroniske smertepatienter er en behandling, de mestrer, men ikke desto mindre beskriver læger negative følelser såsom pres, hjælpeløshed og vrede ved situationen, da de føler sig utilstrækkelige i at behandle denne patientgruppe (Schulte et al., 2022). En opkvalificering af lægens videns- og kompetenceniveau indenfor håndtering af kroniske smerter kan således give lægerne mere tryghed i mødet med patienten. Der er risiko for, at lægernes mangel på tid i konsultationen samt hyppige udskrivelse af medicin medfører den utilsigtet konsekvens, at patienterne blot kommer igen, når medicinen er brugt op. Utilsigtede konsekvenser opstår netop, når der fremkommer en uventet effekt af en given indsats eller behandling, uden det var hensigten (Merton, 1936). På trods af at lægerne er opmærksomme på, at medicin ikke kan løse problemet med patienternes smerter alene, så ordinerer de fortsat medicin (Valenzuela-Pascual et al., 2019). Der er her tale om en utilsigtet konsekvens i form af en boomerang-effekt, da patienterne ofte kommer retur til lægen, trods igangsat behandling (Valenzuela-Pascual et al., 2019). En boomerang-effekt beskriver en effekt, der står i modsætning til de intendede effekter (Ringold, 2002). I tråd hermed udtrykker læger i et amerikansk studie, at tids- og andre ressourcebegrænsninger hæmmer deres evne til at håndtere kroniske smerter effektivt (Harle et al., 2015).

Lægers nuværende håndtering af kroniske smertepatienter er således påvirket af individuelle tilgange, manglende tid i konsultationer samt generelt manglende viden og kompetencer om behandlingen af denne patientgruppe. Ydermere kan patienter og læger have forskellige perspektiver på årsagerne til smerter og hermed forskellige forventninger til den rette behandling. Disse forskellige forventninger medfører, at lægerne ofte forsøger at undgå konflikter med deres patienter, eksempelvis vedrørende behandling med opioider (Lundberg & Melander, 2021). Med afsæt i dette vurderes det relevant at undersøge, hvordan kroniske smertepatienter oplever den nuværende behandling, hvilket bliver analyseret i næstkommende afsnit.

2.7 Patientperspektiv på håndteringen af kroniske smerter

Majoriteten af smertepatienter har deres initiale kontakt hos egen læge, og smertepatienter udgør samtidig en væsentlig andel af de alment praktiserende lægers samlede patientkonsultationer (Sundhedsstyrelsen, 2020). Som nævnt bør behandlingen af kroniske smerter tage udgangspunkt i en patientcentreret og biopsykosocial tilgang (Sundhedsstyrelsen, 2018; Kamper et al., 2015), hvorfor smertepatienternes perspektiv på håndteringen i almen praksis er essentielt at analysere. Dette med henblik på at generere viden og bedre forståelse for behovet for forandring, samt hvad der er vigtigt at forandre ud fra et patientperspektiv.

2.7.1 Patientens forventninger

En femtedel af smertepatienter går håbefulde fra deres første konsultation med deres alment praktiserende læge (Kress et al., 2015). I det efterfølgende forløb tyder det på, at smertepatienter oplever at blive kastet frem og tilbage i systemet med lange, usammenhængende og udmattende forløb (Mose et al., 2022; Ørtenblad et al., 2014). Eksempelvis har patienter med fibromyalgi væsentligt højere aktivitet i sundhedsvæsenet i form af lægekonsultationer og recepter op til, at diagnosen bliver stillet i forhold til en matchet kontrolgruppe (Hughes et al., 2006). Derudover bliver ca. hver anden patient med fibromyalgi undersøgt og vurderet af mellem tre og seks fagpersoner, før den endelige diagnose stilles, mens hver fjerde har fået en henvisning til over seks forskellige sundhedsprofessionelle før diagnoseafklaring (Bennett et al., 2007). Smertepatienter føler sig ikke altid forstået eller hjulpet i en tilstrækkelig grad, der modsvarer smerternes biopsykosociale påvirkning på bl.a. deres sociale og arbejdsmæssige liv (Hadi et al., 2017; Ørtenblad et al., 2014). I et britisk studie fremhæver kroniske smertepatienter at have erfaringer med alment praktiserende læger, der har virket uinteresserede, hvilket har medført, at patienterne ikke har følt sig hørt eller taget alvorligt (Hadi et al., 2017). Nogle patienter oplever at blive sendt hjem med forsimplede forklaringer på at smerter eksempelvis skyldes slid og alder (Hadi et al., 2017). Andre oplever, at smerterne forklares som udelukkende psykologisk betinget (Hadi et al., 2017; Kress et al., 2015). Dette modstrides dog i en dansk undersøgelse, hvor kroniske smertepatienter ikke oplever problematikken omkring psykologisering af deres smerter (Ørtenblad et al., 2014). Kroniske smertepatienter italesætter, at de ikke har forventningerne om en mirakelkur eller en 'her-og-nu-løsning' (Mose et al., 2022). I tråd med ovenstående peger smertepatienterne i stedet på et behov for sundhedspersonale, der tilgår dem med en anerkendende tilgang, er tryghedsskabende og udviser oprigtig interesse for deres smerter samt giver information, der

kan gøre dem klogere på deres smerter, give vejledning om smertehåndtering (Mose et al., 2022). Efterleves disse behov ikke, kan det være kilde til frustration og uvished samt en medvirkende faktor til et fortsat usammenhængende forløb og merforbrug af sundhedsydelser (Mose et al., 2022). Patienterne oplever ligeledes, at lægerne mangler fornøden viden og ekspertise i at håndtere og behandle kroniske smerter (Hadi et al., 2017). Der udvises dog også forståelse fra patienterne for, at alment praktiserende læger netop skal have en meget bred og almen viden, og at der derfor ikke kan forventes specialiseret behandling hos dem (Hadi et al., 2017). Dog har kroniske smertepatienter et tydeligt behov for information og forklaring i relation til deres smerter samt empati og anerkendelse (Mose et al., 2022). Dette kan bidrage til opnåelse af accept og afklarethed om deres smerter, og herigennem tilegnelse af hensigtsmæssige mestringsstrategier fremfor at gennemgå ineffektive invasive behandlinger (Mose et al., 2022).

2.7.2 Divergerende sygdomsopfattelser

Med afsæt i Kleinmans (1980) begreber om *illness* og *disease* kan det antages, at en årsag til patienternes utilfredshed med lægernes tilgang netop skyldes forskelligartede forståelser og perspektiver på de kroniske smerter. Patienternes erfaringer med læger, der har virket uinteresserede samt forklaringer på smerter som psykologisk betingede (Hadi et al., 2017; Kress et al., 2015) kan opleves af patienterne som en søgen efter “funktionsfejl” i psykologiske processer som årsag til smerterne. Med afsæt i Kleinmans begreber (1980), oplever patienterne således, at lægerne anskuer smerterne ud fra et *disease* perspektiv. Dette er i modstrid til patienterne, som læner sig mere op ad et *illness* perspektiv, når de efterspørger svar på deres smerter samt råd og vejledning til, hvordan de kan håndtere disse (Mose et al., 2022). Kleinman fremhæver netop vigtigheden af at forsøge at forene de to perspektiver for at undgå kommunikationsproblemer mellem patient og læge. Ifølge Kleinman bør det efterstræbes at undgå kommunikationsproblemer (Kleinman, 1980), da det kan medføre utilsigtede konsekvenser i form af utilstrækkelig behandling, øget ressourceforbrug, og at patienten ikke følger lægens råd.

På baggrund af forskellen på smerteforståelsen mellem læger og patienter samt patienters utilfredshed med lægernes håndtering, kan det resultere i den utilsigtede konsekvens, at patienten søger andre veje (Mose et al., 2022). Ifølge Kleinman er der grundlæggende forskel på, hvordan patienter og sundhedsprofessionelle anskuer sygdom, og dermed også hvordan sygdom håndteres (Kleinman, 1980). Det samme kan således gøre sig gældende i forhold til kroniske

smerter, hvor patienter og læger kan have forskellige opfattelser af kroniske smerter som sygdom. Ifølge Kleinman kan sundhedssystemet, hvori de forskellige sygdomsopfattelser indgår, anskues ud fra et pluralistisk hele, som består af forskellige erfaringer, forestillinger og aktiviteter, der relaterer sig til sygdom, behandling og sundhed (Jensen, 1997; Kleinman, 1980). I sundhedssystemet findes der tre forskellige medicinske systemer, der sameksisterer, hvori patienten kan søge svar og vejledning på sine smerter (Kleinman, 1980). Her er der tale om den professionelle, den alternative og den folkelige sektor (Kleinman, 1980). Den største af de tre er den folkelige sektor. Her starter den sundhedssøgende adfærd, hvor lidelsen først identificeres, og hvor individet tager sine første beslutninger og søger hjælp og råd. Sektoren består af individets sociale netværk, herunder familie, venner og lokalsamfundet (Kleinman, 1980). Det sociale netværk giver foruden hjælp og råd om smerterne også anbefalinger om behandlingsmuligheder. Mennesker med kroniske smerter oplever ofte, at pårørende er ivrige efter at hjælpe med at finde måder at lindre eller behandle smerterne på, og disse anbefalinger og råd er ofte fulgt (Mose et al., 2022). Når individet i den folkelige sektor således følger råd og anbefalinger fra sit sociale netværk og beslutter at opsøge yderligere behandling, bevæger individet sig videre til en anden sektor (Kleinman, 1980). Her viser den medicinske teknologivurdering, at smertepatienter oftest har den initiale kontakt med den alment praktiserende læge (Ørtenblad et al., 2014), som hører til i den professionelle sektor (Kleinman, 1980). Andre patienter henvender sig til ikke-autoriserede behandlere (Mose et al., 2022), der hører til i den alternative sektor (Kleinman, 1980). Hvorvidt patienterne henvender sig til den professionelle sektor eller alternative sektor, afhænger ligeledes af det sociale netværk i den folkelige sektor (Jensen, 1997). En anbefaling om en specifik behandlingstilgang kan være en stærk drivkraft for at afprøve denne (Mose et al., 2022). Yderligere kan det med afsæt i Kleinmans teori antages, at valget om den professionelle eller alternative sektor afhænger af både patientens egen sygdomsopfattelse samt den gældende sygdomsopfattelse i det sociale netværk i den folkelige sektor. Sygdomsopfattelser i både den professionelle og alternative sektor dannes på baggrund af den sundhedsprofessionelles uddannelse samt kliniske og personlige erfaring (Jensen, 1997). Dog er der en væsentlig forskel mellem de to; den alternative sektor er ikke et autoriseret behandlingssystem (Kleinman, 1980). Kleinmans pointe med det pluralistiske sundhedssystem er, at der er risiko for kommunikationsproblemer, fordi patienten navigerer mellem de forskellige sektorer, og derfor møder forskellige former for kommunikation og perspektiver på sygdom (Kleinman, 1980). I forlængelse heraf understreger Kleinman vigtigheden af, at lægen eller anden sundhedsprofessionel lytter til patientens sygdomsopfattelse som en moralsk og terapeutisk klinisk handling (Jensen, 1997; Kleinman,

1980). Det kan således tolkes som et udtryk for vigtigheden af relationsdannelse og et godt samarbejde mellem læge og patient. Et ikke-optimalt samarbejde med praktiserende læge udspringer af oplevet mangel på empati, kommunikation og tillid (Hadi et al., 2017). De kroniske smertepatienter efterspørger et partnerskab med egen læge som grundlag for en fælles forståelse og indsigt i patientens situation (Ørtenblad et al., 2014). Et godt samarbejde mellem patient og læge er vigtigt særligt for patienter med langvarige og kroniske lidelser (Kenny, 2004; May et al., 2004). En god relation kan have positiv indflydelse på patientens sundhed og fremme mestring og egenhåndtering af smerterne (Stewart, 1995). Dette anses som vigtige elementer i behandling og håndtering af kroniske smerter og savnes blandt kroniske smertepatienter som en tidligere indsats i deres forløb.

Det er et gennemgående tema i litteraturen, at kroniske smertepatienter er frustrerede og utilfredse over usammenhængende og langtrukken udredning og behandling samt håndteringen af deres problematik i primærsektoren. Der efterspørges mere rådgivning og information om særligt mestringsstrategier til patienterne selv og deres pårørende (Kress et al., 2015). Derudover fylder behovet for anerkendelse og forståelse for smerternes biopsykosociale påvirkning også. Ud fra patienternes perspektiv peger det på, at der er et behov for en forandring af måden, kroniske smertepatienter håndteres på i almen praksis.

2.8 Kroniske smertepatienters sundhedskompetencer

Udførelse og kommunikation i PU tager udgangspunkt i den enkelte patient, og dennes situation og forudsætninger (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvorfor patientens sundhedskompetencer og overbevisninger om deres tilstand kan antages at have indflydelse på udførelsen af PU. I nedenstående afsnit vil betydningen af individets sundhedskompetencer i behandlingen af kroniske smerter blive fremanalyseret med udgangspunkt i *health literacy*-begrebet.

Ifølge WHO kan individets *health literacy* (dansk: *sundhedskompetencer*) ligeledes påvirke befolkningens sundhedstilstand (Kickbusch et al., 2013). *Health literacy* defineres som “*de grundlæggende kognitive og sociale færdigheder, som bestemmer individers motivation og evne til at få adgang til, forstå og bruge information i måder, der fremmer og opretholder et godt helbred*” (egen oversættelse) (Nutbeam, 2000). Begrebet dækker således over flere parametre, men omhandler primært, hvilke muligheder individet har for at tilegne sig sundhed.

En lav *health literacy* kan være negativ associeret med individets generelle sundhedstilstand og -adfærd (Kickbusch et al., 2013). Generelt oplever 10-20% af den danske befolkning vanskeligheder i at forstå sundhedsoplysninger godt nok til at handle på dem samt til aktivt at engagere sig med sundhedsprofessionelle (Bo et al., 2014). I forlængelse heraf ses personer med kroniske smerter at opleve større vanskeligheder med at finde, forstå og anvende information relateret til håndtering af smerter sammenlignet med personer uden kroniske smerter (Briggs et al., 2010). Samtidig er en lav grad af *health literacy* associeret med mindre viden om smertestillende og ikke-medicinske alternativer til behandling af kroniske smerter (Devraj et al., 2013), og kan ligeledes påvirke udviklingen af visse kompetencer, der er nødvendige for effektiv egenhåndtering af kroniske smerter (Mackey et al., 2019). I relation til behandling af kroniske smertepatienter involverer PU, at man tilpasser det til patientens forståelsesramme og adresserer nuværende opfattelser, der potentielt kan være uhensigtsmæssige (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette afspejler vigtigheden af at tage højde for patientens *health literacy*, hvilket kan have betydning for patientens videre forløb og evne til hensigtsmæssig egenhåndtering.

Ovenstående vidner om, at behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis fordrer en opmærksomhed på de kroniske smertepatienters individuelle *health literacy*, herunder de sociale betingelser og ressourcer. Medregnes disse sociale og kontekstuelle forhold ikke i arbejdet med at forbedre den kroniske smertepatientens egenhåndtering af smerterne, kan det medføre risici for at grundlæggende faktorer ignoreres, hvilket kan føre til, at negative utilsigtede konsekvenser opstår.

2.9 Patientrettet forebyggelse af kroniske smerter

Da kroniske smerter er et stødt stigende folkesundhedsproblem (Sundhedsstyrelsen, 2020), kan der være mulige gevinster i at styrke den forebyggende indsats til kroniske smertepatienter med henblik på at mindske risikoen for, at tilstanden udvikler sig til en mere kompleks karakter, der har væsentlige fysiske og psykosociale påvirkninger til følge. Dette danner grundlaget for det følgende afsnit, hvori relevansen af patientrettet forebyggelse analyseres. Dette med henblik på at underbygge behovet for at forandre behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis.

2.9.1 Forebyggelse af kroniske smerter

Om end der findes forskellige risikofaktorer, der ofte kan observeres som karakteristika hos kroniske smertepatienter, er denne viden baseret på et sparsomt grundlag, og årsagerne til kroniske smerter opståen er i mange tilfælde ukendte og uspecifikke (Ørtenblad et al., 2014). Der er således fortsat et videnshul vedrørende, hvorfor nogle mennesker udvikler kroniske smerter, og andre ikke gør. Dette gør det svært at udvikle konkrete primære- og borgerrettede forebyggelsesinitiativer på et evidensbaseret grundlag til denne patientgruppe. I stedet kan patientrettet forebyggelse udgøre et muligt fokusområde. Patientrettet forebyggelse har til formål at forebygge yderligere udvikling af en sygdom, samt begrænse eller udskyde mulige komplikationer som følge af sygdommen (Tønnesen, 2005). Denne type forebyggelse praktiseres gennem et sigte om at optimere behandlingen og give den enkelte patient bedre forudsætninger for at håndtere og mestre egen sygdom. Dette kan bl.a. opnås gennem PU og rehabilitering (Tønnesen, 2005). For en del patienter bliver kroniske smerter et livsvilkår, hvor komplet smertefrihed er urealistisk. Her kan patientrettet forebyggelse gennem bl.a. målrettet PU formodes at give den kroniske smertepatient mestringsværktøjer, viden om smertefysiologi, betydning af psykosociale faktorer med videre. PU i forskellige former til kroniske smertepatienter har vist sig effektivt på forbedring af smerter og funktionsevne (Luciano et al., 2011; Williams et al., 2010), samt livskvalitet (Van Oosterwijck et al., 2013). Derudover kan målrettet smerteundervisning til patienter med kroniske smerter, oftest kombineret med anden behandling, forbedre funktionsniveau og smerter samt reducere bevægelsesrelateret frygt, katastrofetanker og brug af sundhedsydelser (Louw et al., 2016; Watson et al., 2019). At uddanne sundhedsprofessionelle i primærsektoren til at kunne varetage PU tyder på at kunne forbedre og understøtte egenomsorg og mestringskompetencer samt forbedre livskvaliteten for patienter med kroniske lidelser (Collins et al., 2021).

3.0 Problemafgrænsning

Kroniske smerter er et stigende folkesundhedsproblem med både individuelle og samfundsmæssige konsekvenser til følge (Sundhedsstyrelsen, 2020). Kroniske smertepatienter er en patientgruppe, der fylder meget i almen praksis, og som er en kompleks patientgruppe at udrede og behandle (Ørtenblad et al., 2014). Tidlig udredning og igangsættelse af relevante behandlingstiltag i en biopsykosocial forståelsesramme er vigtig for at undgå, at de kroniske smertepatienter unødigt sendes frem og tilbage mellem faggrupper og sektorer i lange og usammenhængende forløb, samt at smertetilstanden udvikler sig i sin kompleksitet (Ørtenblad et al., 2014). På baggrund af de nationale kliniske retningslinjer er der en anbefaling for at anvende PU som et led i behandlingen af kroniske smerter (Sundhedsstyrelsen, 2018). Da den alment praktiserende læge står med den initiale patientkontakt, tovholderfunktionen og i mange tilfælde behandlingsansvaret (Sundhedsstyrelsen, 2020), kan der være potentiale i at fremme udøvelsen af PU i almen praksis som et led i en tidlig og forebyggende indsats.

På trods af anbefalinger om udøvelsen af PU i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2018), efterspørger patienterne en mere balanceret tilgang med passende niveau af empati, forklaring og vejledning (Mose et al., 2022). Ligeledes oplever alment praktiserende læger udfordringer i håndteringen af kroniske smertepatienter pga. manglende kompetencer og viden om denne patientgruppe (Lundberg & Melander, 2021). Ydermere udtrykker lægerne, at manglende tid i konsultationer er en udfordring, og at manglende tid bl.a. kan være en årsag til lægers hyppige ordinationer af opioider (Lundberg & Melander, 2021). Dette indikerer, at der er et behov for en forandring i måden kroniske smertepatienter håndteres på i almen praksis, hvilket giver anledning til at undersøge muligheder og begrænsninger ved udøvelse af PU til patienter med lette til moderat komplekse kroniske smerter i almen praksis. Da PU er en evidensbaseret behandlingsstrategi, er der samtidig grundlag for at supplere med viden om, hvilke faktorer der har betydning for implementering af evidensbaseret praksis generelt i almen praksis. Dette med henblik på at samle og generere viden, der kan bidrage til potentielle forandringer i almen praksis, der kan fremme udøvelsen af PU til patienter med lette til moderate komplekse kroniske smerter. Dette kan facilitere en tidligere indsats og forebygge udviklingen af mere komplekse smertetilstande, der kræver henvisning til mere specialiseret behandling.

4.0 Problemformulering

Hvilke muligheder og begrænsninger er der for udøvelse af patientuddannelse til kroniske smertepatienter i almen praksis som organisation, og hvilket potentielt forandringstiltag kan denne viden afføde?

Undersøgelsesspørgsmål:

- Litteraturstudie: Hvilke fremmende og hæmmende faktorer kan have betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis i almen praksis?
- Interviewundersøgelse: Hvilke muligheder og begrænsninger oplever alment praktiserende læger, der er for at kunne udøve patientuddannelse til kroniske smertepatienter i almen praksis?

5.0 Videnskabsteoretisk position

Kritisk realisme præsenteres i dette afsnit som specialets videnskabsteoretiske tilgang. Der vil blive redegjort for hovedtræk for kritisk realisme samt tilgangens indflydelse på specialets metodologiske overvejelser og valg.

Kritisk realisme er en videnskabsteoretisk retning, som den britiske filosof Roy Bhaskar (1944-2014) anses at være grundlægger af. I kritisk realisme anses videnskab som en kontinuerlig social proces, hvor formålet er at producere viden om underliggende mekanismer, der fører til en given begivenhed (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I relation til specialet ønskes der at opnå viden om muligheder og begrænsninger for udøvelse af PU til kroniske smertepatienter med det formål at bidrage med viden til potentiel forandring i almen praksis. Ifølge kritiske realister eksisterer virkeligheden uafhængigt af menneskers forestillinger og iagttagelser af den (Wad, 2015). Som konsekvens heraf skelnes der mellem to dimensioner, den *transitive dimension* og den *intransitive dimension* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Den transitive dimension indeholder den kritiske realistiske epistemologi og de foreliggende erfaringer og viden om verden. Den transitive dimension består således af eksisterende teorier, begreber og data, som er uundværlige i opnåelsen af ny viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I specialet kommer den transitive dimension til udtryk i eksisterende erfaringer om verden, herunder specialegruppens uddannelsesmæssige og jobrelaterede baggrund samt viden fra forskningslitteratur og teorier anvendt i problemanalysen. Den kritiske realistiske epistemologi er således forenelig med dele af den hermeneutiske tilgang og dens forstående erkendelsesinteresse (Wad, 2015). For at kunne danne egen fortolkning, forståelse og forklaring af et givent fænomen, må forskeren først forstå og fortolke menneskers egen fortolkning og forståelse af den virkelighed, de lever i (Wad, 2015). I hermeneutikken er forskeren dog begrænset til kun at fortolke ting, som de fremstår, hvorimod en kritisk realistisk tilgang søger at finde dybere og bagvedliggende strukturer i samfundet (Wad, 2015). Ifølge kritiske realister kan samfundsvidenskab samtidig aldrig være værdineutral, og de som studerer samfundet bør aldrig afholde sig fra at anvende deres viden til at medvirke til progressive sociale forandringer (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Derfor anvender specialegruppen explicit eksisterende erfaringer og viden til at opnå ny viden med formålet om at besvare den opstillede problemformulering.

Den intransitive dimension omfatter den kritiske realistiske ontologiske opfattelse af, at der eksisterer en objektiv virkelighed uafhængigt af individuelle observatører og deres viden herom (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Dog eksisterer der en dyb ontologisk opfattelse af virkeligheden, hvilket kommer til udtryk i tre ontologiske domæner: *det empiriske*, *det faktiske* og *det dybe domæne* (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Det empiriske domæne består af individers erfaringer, refleksioner og virkelighedsopfattelser af de faktiske begivenheder (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I specialet er der her tale om udtalelser fra praktiserende læger angående egne erfaringer med udøvelse af PU til kroniske smertepatienter. Det faktiske domæne udgør alle de fænomener, der eksisterer, og de begivenheder der finder sted, uafhængig af om de bliver erfaret eller ej (Buch-Hansen & Nielsen, 2012), hvilket i specialet eksempelvis omfatter lægernes holdninger vedrørende PU, uagtet om de er erfaret eller ej. Tilsammen udgør det empiriske og det faktiske domæne en virkelighedsforståelse, der reducerer virkeligheden til det, som er observerbart, hvilket ligeledes er begivenheder og fænomener, der endnu ikke er blevet observeret. Det dybe domæne er det tredje domæne og omfatter begivenheder og erfaringer fra de to forrige domæner samt de strukturer og mekanismer, som ikke er direkte observerbare. Under visse omstændigheder kan strukturer og mekanismer fremkalde samt forårsage fænomener og begivenheder indenfor det faktiske domæne. Dette forudsætter dog, at de rette kontekstuelle betingelser aktiveres (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Med en kritisk realistisk tilgang vil specialet hermed undersøge, hvilke ikke-observerbare elementer der kan forårsage eller understøtte udøvelsen af PU i behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis.

Ifølge Bhaskar kan sociale strukturer og handlinger anses som ontologiske adskilte niveauer, der gensidigt har indflydelse på hinanden (Wad, 2015). I kritisk realisme opereres der således med et kausalitetsbegreb, hvor strukturer og individer påvirker hinanden. Dog har det strukturelle imidlertid den vigtigste rolle, da samfundet eksisterer forud for det individuelle menneske (Wad, 2015). Med specialet ønskes det således ikke blot at observere udøvelsen af PU på overfladen, men netop at undersøge de understøttende facilitatorer samt begrænsende barrierer, der har indflydelse på de praktiserende lægers udøvelse af PU samt for implementeringen af evidensbaseret praksis. Disse understøttende og begrænsende faktorer vil blive undersøgt gennem semistrukturerede interviews med alment praktiserende læger samt den systematiske litteratursøgning. De semistrukturerede interviews med praktiserende læger skal bidrage med viden om, hvilke muligheder og begrænsninger lægerne selv oplever, der er ved udøvelsen af PU til behandling af kroniske smertepatienter. Ligeledes skal den

systematiske litteratursøgning bidrage med viden om, hvilke faktorer der har betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis i almen praksis.

I kritisk realisme betragtes viden og videnskab som et socialt produkt, hvor viden dynamisk bygger videre på og omdanner eksisterende viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Ifølge Bhaskar skal videnskab betragtes som en vedvarende social aktivitet, som individer genskaber og omdanner, idet individer trækker på og anvender den eksisterende viden i egen kritiske forskning af et fænomen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Dette understøtter, at der i specialet på baggrund af viden om eksisterende teorier og litteratur fra problemanalysen søges at opnå en forståelse af de underliggende mekanismer og strukturer, der fremmer og begrænser de alment praktiserende lægers udøvelse af PU til kroniske smertepatienter. Ligeledes er der i kritisk realisme en generel åbenhed overfor videnskabelig praksis, og det anses således at være pluralistisk, hvad angår videnskabelig metode. Hvilken teori, metode og praksis, der bør anvendes, afhænger af karakteren af det pågældende fænomen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Kritisk realisme anses således for at være forenelig med specialets problemstilling og valgte metoder.

6.0 Specialets teoretiske ramme

Formålet med specialet er at undersøge muligheder og begrænsninger for udøvelse af PU til kroniske smertepatienter for at generere viden, der kan bidrage til potentiel forandring i behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis. Forandringen i almen praksis kan indebære, at alment praktiserende lægers udøvelse af PU til patienter med lette til moderate kroniske smerter fremmes som led i en tidligere indsats og behandling. Det forventes, at denne forandring bl.a. kan kræve organisatoriske ændringer i almen praksis, hvormed det kommende afsnit vil omfatte en redegørelse af den organisatoriske opbygning af almen praksis. Som teoretisk ramme for specialet vil den Leavitt-model blive anvendt.

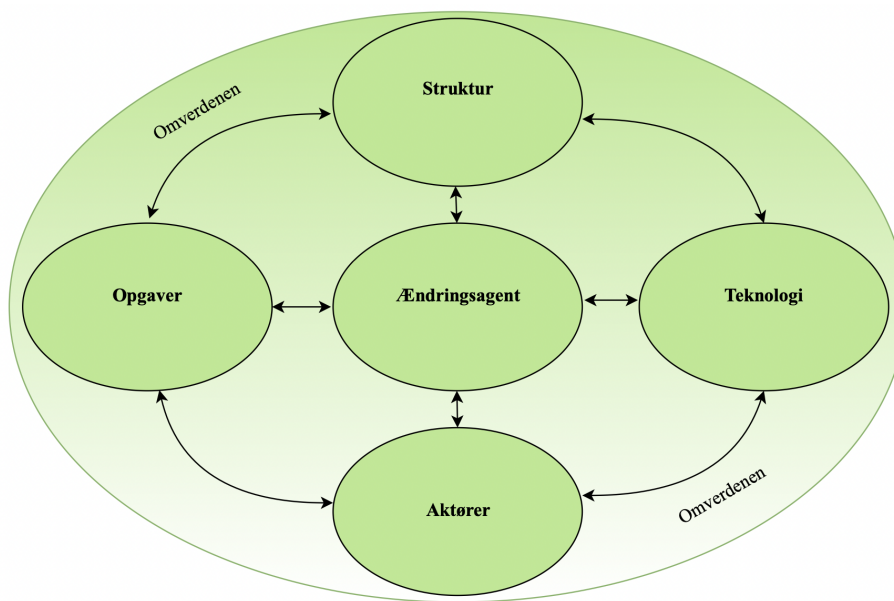
6.1 Almen praksis som organisation

En organisation kan defineres som *“Et socialt system som er bevidst konstrueret med det formål at løse særlige opgaver og realisere bestemte mål.”* (Jacobsen & Thorsvik, 2014). I specialet tages der udgangspunkt i almen praksis som en organisation. Overordnet er almen praksis en integreret del af det danske sundhedsvæsen, der fungerer som borgernes primære indgang og kontakt til sundhedsvæsenet i lokalmiljøet. Generelt leverer praktiserende læger en sundhedsydelse samt fungerer som generalister, gatekeepere og tovholdere. Almen praksis har derfor en stor betydning for borgernes sundhed og samlede sygdomsforløb på tværs af sektorer (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). I relation hertil kan almen praksis anskues som en organisatorisk enhed, da praktiserende læger i almen praksis indgår i en gruppe, der har fælles mål og opgaver i sundhedsvæsenet. Dette er i overensstemmelse med, at en gruppe kan angives som en organisation, når deltagerne i gruppen har fælles opgaver og mål, der knytter dem sammen, hvortil der eksisterer procedurer og retningslinjer, der koordinerer deltagerne arbejde mod realisering af fælles mål (Jacobsen & Thorsvik, 2014). På baggrund af Autorisationsloven (2019), Sundhedsloven (2022) samt overenskomsten, der udarbejdes mellem RLTN og PLO, er de praktiserende læger forpligtet til at overholde vilkår, indhold samt mål og visioner for opgaveløsningen (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). Dette på trods af at den enkelte lægepraksis som selvstændig erhvervsdrivende selv beslutter, hvordan arbejdsopgaver skal udføres og organiseres (Hansen et al., 2010), og den enkelte lægepraksis således kan ligeledes anskues som en organisation i sig selv.

6.2 Den udvidede Leavitt-model

En forandring i organisationers struktur vil som udgangspunkt skabe ændringer i opdelingen og koordineringen af arbejdsopgaver og derudover have betydning for, hvordan organisationen styres og kontrolleres (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Forandring er forbundet med omstilling, hvilket kan forekomme, hvis ledelsen indfører en ny struktur i organisationen. Dog kan denne omstilling ikke foregå uden fornyelse (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Som udgangspunkt foretages forandring i en organisation for at optimere den nuværende tilgang til opgaver, kultur, struktur m.m. i organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). I specialet vil fornyelse, omstilling og optimering komme til udtryk i ønsket om at fremme udøvelsen af PU til patienter med kroniske smerter i almen praksis. Med formålet om at opnå viden om forskellige muligheder og begrænsninger for at arbejde med organisationsændringer samt de dynamiske påvirkninger anvendes den udvidede Leavitt-model (Bakka & Fivelsdal, 2019; Ry Nielsen & Ry, 2002), som udspringer af den åbne systemmodel af H.J. Leavitt (1965).

I specialet er den udvidede Leavitt-model tiltænkt som en teoretisk ramme for tilrettelæggelse af organisationsændringer. Leavitts åbne systemmodel har haft stor gennemslagskraft i litteraturen samt i praksis, da den på en overskuelig og enkel måde definerer de forskellige muligheder og begrænsninger i arbejdet med organisationsændringer. Desuden fremhæver modellen de dynamiske påvirkninger, der skal tages i betragtning i en forandringsproces (Bakka & Fivelsdal, 2019; Ry Nielsen & Ry, 2002). Ifølge Bakka & Fivelsdal (2019) betragtede Leavitt organisationer som komplekse og dynamiske systemer med egen udviklings- og tilpasningsevne. Yderligere betragtede Leavitt forandringsprocessen i et helhedsperspektiv, der er kendetegnet ved, at de forskellige ændringsstrategier skal ses i et dynamisk og systemorienteret perspektiv (Bakka & Fivelsdal, 2019; Ry Nielsen & Ry, 2002).



Figur 2: Den udvidede Leavitt-model udarbejdet med inspiration fra Ry Nielsen og Ry (2002)

Ifølge Leavitts åbne systemmodel (1965) består en organisation af fire komponenter: *opgaver*, *struktur*, *teknologi* og *aktører*. Som det fremgår i figur 2, er der imellem disse fire komponenter en indbyrdes og dynamisk sammenhæng, hvilket betyder, at hvis en komponent ændres, påvirkes de øvrige komponenter (Leavitt, 1965). I de fleste organisationer er der en varieret opgavestruktur, hvor opgaver kan være meget forskelligartede. Opgaver defineres ud fra organisationens målsætning og består af de funktioner eller arbejdsopgaver, som organisationen udfører. Opgaver kan bl.a. bestå af serviceydelser (Leavitt, 1965), som er en kerneopgave i sundhedsvæsenet og dermed også for alment praktiserende læger. Praktiserende læger varetager mange forskellige opgaver, men overordnet står den alment praktiserende læge for den initiale kontakt, har en tovholderfunktion og i mange tilfælde behandlingsansvaret (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). PU i almen praksis kan anses som et led i en tidlig og forebyggende indsats for at undgå udviklingen af mere komplekse smertetilstande, hvilket kan anskues som en organisatorisk ændring i de praktiserende lægers opgaver. Dette vil ifølge Leavitts model påvirke struktur, teknologi og aktører i organisationen, da de fire komponenter har en indbyrdes sammenhæng. Herved er det væsentligt at bemærke at ingen enkeltkomponent kan bearbejdes isoleret i forbindelse med planlægning og gennemførelse af organisatoriske ændringer (Bakka & Fivelsdal, 2019).

Ændringer af opgaver påvirker aktører i organisationen (Leavitt, 1965), som i dette tilfælde er de ansatte i den enkelte lægepraksis. Afhængig af om der er tale om en solo- eller kompagniskabspraksis, kan de ansatte udgøre praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre

og sekretærer. Aktører udfører handlinger vedrørende løsningen af organisationens opgaver og bidrager til at skabe en organisationskultur. Desuden er aktører karakteriseret ud fra deres viden, holdninger, færdigheder, værdier og motivation (Bakka & Fivelsdal, 2019). Når en opgave ændres, vil det påvirke aktørerne, der skal tilegne sig ny viden og kompetencer (Leavitt, 1965), hvilket er tilfældet med fremme af PU som et led i behandlingen af kroniske smertepatienter. Yderligere vil teknologien påvirkes i forbindelse med, at opgaven ændres, da det er teknologi, som sikrer, at organisationen og dertilhørende aktører har mulighed for at udføre deres opgaver (Leavitt, 1965). Teknologi indbefatter både “hardware” og “software”, hvilket bl.a. kan være behandlingsformer og lokaler, men derudover kan teknologi ligeledes være arbejdsprocesser og administrative procedurer, der har relation til teknologien (Bakka & Fivelsdal, 2019). I tilfældet med PU kan teknologien bestå af kliniske retningslinjer eller behandlingsvejledninger. PU er en del af behandlingen til kroniske smertepatienter, som de praktiserende læger kan varetage (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvormed denne opgave ligeledes influerer på arbejdsprocesserne og eventuelle administrative procedurer (Bakka & Fivelsdal, 2019). Dette relaterer sig til organisationens struktur, som er en betegnelse for de mere stabile elementer, og for hvordan opgaverne er fordelt i organisationen (Bakka & Fivelsdal, 2019). I opgaven med udførelse af PU kan der her være tale om økonomiske faktorer samt konsultationstiden.

Bakka og Fivelsdal har videreudviklet Leavitts oprindelige systemmodel og tilføjet en femte komponent, *ændringsagenten* (Bakka & Fivelsdal, 2019). Det er ofte ledelsen, som agerer ændringsagent, og som har ansvar for gennemførelsen af forandringsprocessen i form af at planlægge og overveje, hvilke komponenter der er mest hensigtsmæssige at ændre på (Bakka & Fivelsdal, 2019). Hver enkelt lægepraksis har en ledelse, der optræder som ændringsagenten, og som bidrager til forandringen i almen praksis. Lederens muligheder for at indføre forandringer rammesættes af overenskomsten for almen praksis, der forhandles og udarbejdes af RLTN og PLO (Regionernes Lønnings- & Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). Ifølge Bakka og Fivelsdal (2019) udstikker principalen retningslinjerne for agenten. I dette tilfælde er RLTN og PLO principalen, og ledelsen i de enkelte lægepraksisser udgør agenten.

Fremme af PU i almen praksis vil ikke kun have indflydelse på de praktiserende læger i almen praksis, men forandringen vil ligeledes have betydning for omverdenen omkring almen praksis og omvendt. I figur 2 er omverdenen ligeledes en komponent, som påvirker de eksisterende

komponenter. Omverdenen som komponent er blevet tilføjet til Leavitts model af Ry Nielsen og Ry (2002), da det antages, at ændringer i organisationen vil ændre omgivelserne, som ligeledes vil påvirke de eksisterende komponenter i modellen. Der er hermed et samspil mellem omverdenen og organisationen (Ry Nielsen & Ry, 2002). Omgivelserne uden for organisationen er forhold, som kan have potentiel indvirkning på organisationens legitimitet og effektivitet. En organisation er derfor yderst afhængig af dens omgivelser, da organisationer har brug for ressourcer fra omgivelserne i form af bl.a. kapital (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Alment praktiserende læger aflønnes af den finansierende tredjepart, som i Danmark er regionerne. Hovedparten af de praktiserende lægers indtægter består af takster, der betales af Danske Regioner, men som forhandles i overenskomsten mellem RLTN og PLO (Pedersen, 2013; Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022), hvormed RLTN, PLO og Danske Regioner har indvirkning på almen praksis som organisation. Organisationen er således afhængig af omgivelserne i form af ressourcer og opbakning (Jacobsen & Thorsvik, 2014), som kan have betydning for, hvorvidt PU udøves i behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis.

6.2.1 Barrierer mod forandring

Organisationsændringer er ofte en kompliceret proces, som indbefatter en sammenkobling mellem menneskelige følelser og holdninger om økonomiske, tekniske og politiske forhold, hvormed resultatet af en forandringsproces ikke præcist kan forudsiges (Bakka & Fivelsdal, 2019). På baggrund af organisatoriske ændringer kan der ofte opstå modstand mod forandring fra personalet og ligeledes lederen, som i almen praksis er den enkelte læge som ejer klinikken. Modstand fra personalet kan bestå af frustrationer, hvilket kan skabe en magtesløshed overfor de organisatoriske ændringer, som sker. Ligeledes kan ændringerne forårsage mistillid til ledelsen. Konsekvensen af denne modstand fra personalet kan være en faktor, som forringer arbejdsklimaet samt har en negativ indvirkning på effektiviteten i organisationen (Bakka & Fivelsdal, 2019). En forandringsproces er kompliceret, og det er svært at undgå en modstand mod forandringen. For at imødekomme dette, er det vigtigt at have viden om de reaktioner, der kan opstå, da det kan bidrage til at mindske uønskede reaktioner. Holdningerne kan ligeledes påvirkes, men det vil ofte kræve tid og særlige kompetencer hos ledelsen, der agerer ændringsagent (Bakka & Fivelsdal, 2019). Af den årsag er det relevant at identificere relevante interessenter for at kunne få et indblik i, hvilke parametre der kan sættes ind på, for at overvinde eventuel modstand og opnå støtte til forandring (Bakka & Fivelsdal, 2019). På baggrund af ovenstående foretages en analyse af mulige interessenter, der kan have betydning for

potentielle tiltag om at fremme udøvelsen af PU af kroniske smertepatienter i lette til moderate tilfælde i almen praksis.

7.0 Interessentanalyse

Med henblik på at skabe overblik over organisationer, grupper og individer, der har relevans for fremme af udøvelse af PU i almen praksis, vil nedenstående afsnit omfatte en interessentanalyse. En interessentanalyse er en analyse af, hvem der er interessenter i tiltaget samt hvilke interesser og relationer, hver interessent har til tiltaget (Bager et al., 2014). Interessentanalysen er således et planlægningsværktøj, der kan anvendes til at identificere relevante interessenters mulige reaktioner på tiltaget (Mikkelsen & Riis, 2011), eksempelvis alment praktiserende lægers reaktion på fremme af udøvelse af PU til kroniske smertepatienter. Den viden, der opnås gennem en interessentanalyse, kan anvendes i implementeringen samt kommunikationen om tiltaget (Bager et al., 2014). I specialet er der taget udgangspunkt i Mikkelsen og Riis' (2011) metode til udarbejdelse af en interessentanalyse, der tager afsæt i tre parametre: 1) *identifikation af interessenter*, 2) *beskrivelse af interessenternes position i forhold til projektet* og 3) *analyse af potentielle interessekonflikter og interessesammenfald*.

Interessenter er ikke blot de organisationer, grupper eller individer, som har interesse i tiltaget, men også de interessenter der ønskes at kommunikere med og på anden vis at inddrage, da de har betydning for tiltagets succes (Mikkelsen & Riis, 2011). I dette speciale er følgende identificeret som interessenter: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), Danske Regioner, Praktiserende Lægers Organisation (PLO), alment praktiserende læger, Sundhedsstyrelsen, kroniske smertepatienter samt patientforeninger. Interessenterne er identificeret gennem litteratursøgning om emnet, herunder rapporter, officielle dokumenter samt hjemmesider.

Praktiserende læger som interessent

De praktiserende læger er essentielle interessenter, da deres arbejdsgange påvirkes ved fremme af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis (Sundhedsstyrelsen, 2018). Den enkelte lægepraksis har i sig selv lav beslutningsmagt, da PLO repræsenterer alle de alment praktiserende læger i forhandlingen af overenskomsten (Hansen et al., 2010). Lægernes mening er dog vigtig, da de som interessent i højest grad vil blive påvirket af et tiltag om fremme af PU. Jf. afsnit 2.6 kan det antages, at lægerne har divergerende holdninger til udøvelsen af PU,

hvilket indikerer, at der både vil være læger, som er imod tiltaget, men ligeledes også læger som er for.

Staten som interessant

I Danmark er der kommet et politisk fokus på smerteområdet, og i forbindelse med finansloven fra 2018 blev det af Regeringen og Dansk Folkeparti besluttet at afsætte 14,3 mio. kr. til smerteområdet i perioden 2018-2020 til udarbejdelse af en national smertebehandlingsplan (Sundhedsstyrelsen, 2020). Målet med denne var at understøtte en langsigtet kvalitetsudvikling på smerteområdet i hele sundhedsvæsenet samt at sikre en rationel behandling af smerter på tværs af landet (Sundhedsstyrelsen, 2020). Indenrigs- og Sundhedsministeriet har en vision om at sætte rammerne for et velfungerende, moderne og effektivt sundhedsvæsen med borgeren i centrum (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, u.å.). Med sundhedsreformen "Gør Danmark Sundere" fra 2022 ønskede regeringen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et øget politisk fokus på kroniske smertepatienter ved at forebygge, at smerter udvikler sig i sin kompleksitet og således bliver mere behandlingskrævende (Sundhedsministeriet, 2022). Regeringen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriet anskues således som interessenter af høj magt, da disse kan sætte et politisk fokus samt tilføre økonomiske midler til behandlingen af kroniske smertepatienter. Ligeledes har Indenrigs- og Sundhedsministeriet stor beslutningsret, da der i RLTN er to repræsentanter, en fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt en fra Finansministeriet, som har vetoret i forhandlingerne af overenskomsten i almen praksis mellem RLTN og PLO (Hansen et al., 2010).

Regionerne som interessant

Regionerne har ansvaret for sygesikringen, herunder de alment praktiserende læger (Finansministeriet, u.å.). En af visionerne i regionerne er, at forebyggelse skal prioriteres i en samlet og slagkraftig indsats, da tidligere indsatser i almen praksis kan forhindre både udvikling af sygdom og indlæggelser (Danske Regioner, 2017). Regionerne modtager et bloktilskud fra staten, som forhandles gennem økonomiaftalerne med regeringen (Hansen et al., 2010). Af dette tilskud går omkring 8% til almen praksis (Pedersen, 2013), hvorfor regionerne kan have et økonomisk incitament for tiltaget, da en tidligere indsats med PU potentielt kan medføre besparelser for denne patientgruppe (Ørtenblad et al., 2014). Samtidig lægger Danske Regioner op til, at de økonomiske ressourcer også i fremtiden vil være knappe (Danske Regioner, 2017). Rigtig mange sygdomme kan forebygges, hvilket der ifølge Danske Regioner skal langt mere fokus på (Danske Regioner, 2017). Dog bør det pointeres, at såfremt

patientrettet forebyggelse skal prioriteres, vil det sandsynligvis medføre flere omkostninger i en periode (Pedersen, 2013). Såfremt forebyggelsen er effektiv, vil det dog medføre et samlet mindre udgiftsniveau sammenlignet med et udgiftsniveau uden forebyggelse (Pedersen, 2013). Dette indikerer, at såfremt tiltaget er omkostningseffektivt, vil de danske regioner være en interessant med høj interesse for potentielle tiltag om fremme af PU i almen praksis til kroniske smertepatienter med formålet om at forebygge mere komplekse smertetilstande. Derudover har regionerne gennem RLTN stor beslutningsret i forhold til, hvilke tiltag der skal forhandles.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn som interessant

RLTN indgår aftaler og overenskomster samt forhandler takster for bl.a. de alment praktiserende læger på vegne af regionerne (Danske Regioner, u.å.). I RLTN sidder der én repræsentant fra hver af de fem regioner, to fra Kommunernes Landsforening samt to fra regeringen, hvoraf en repræsenterer Indenrigs- og Sundhedsministeriet og en repræsenterer Finansministeriet (Hansen et al., 2010). RLTN er således en interessant med stor beslutningsret vedrørende nye tiltag i almen praksis, da de er sammensat af repræsentanter fra både kommuner, regioner og regeringen. Overenskomsten for almen praksis fra 2022 beskriver, at almen praksis' ressourcer bl.a. skal målrettes identifikation af forebyggelsesbehov samt patientrettet forebyggelse (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). Således har RLTN en umiddelbar interesse i, at PU som patientrettet forebyggelse implementeres i almen praksis. Som nævnt forhandler RLTN overenskomsten i almen praksis på vegne af regionerne (Danske Regioner, u.å.), hvorfor det kan antages, at RLTN som interessant er af samme interesse for potentielle tiltag om fremme af PU i almen praksis som de danske regioner, såfremt tiltaget er omkostningseffektivt.

Praktiserende Lægers Organisation som interessant

PLO er ligeledes en interessant, da de varetager de alment praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser samt forhandlingen af de praktiserende lægers overenskomst (Praktiserende Lægers Organisation, u.å.). I forhandlingerne af overenskomsten for almen praksis er PLO og RLTN lige parter (Hansen et al., 2010), hvorfor PLO som interessant ligeledes har høj beslutningsret vedrørende ændringer i praksis. Primært beskriver overenskomsten, hvilke vilkår der skal gælde for de praktiserende lægers opgaver. Særligt er der fokus på, hvad opgaverne skal koste samt hvilke vilkår i form af lægernes løn, der skal gælde (Hansen et al., 2010). Overenskomsten består af en række ydelser, som lægerne kan blive honoreret for. Overenskomsten beskriver dog kun, hvordan lægen honoreres for en

specifik ydelse, men det er lægen selv, der suverænt afgør, hvilke ydelser den enkelte patient skal tilbydes, samt hvordan arbejdet organiseres og udføres (Hansen et al., 2010).

Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber som interessant

Sundhedsstyrelsen udarbejdede de nationale kliniske retningslinjer for behandlingen af kroniske smerter med inddragelse af flere forskellige aktører, som derved også har fået indflydelse på udarbejdelsen af retningslinjerne. Flere faglige selskaber var repræsenteret i arbejdsgruppen, hvor Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) kan fremhæves, da de formodes at have særlig interesse for tiltag vedrørende behandling i almen praksis. De nationale kliniske retningslinjer har til formål at fremme en ensartet, evidensbaseret og kvalitetssikret indsats på tværs af landet (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen har ingen beslutningsret i forhold til mulige tiltag vedrørende PU i almen praksis, da de blot udfærdiger anbefalinger og retningslinjer. Det formodes dog, at Sundhedsstyrelsen som interessant har interesse herfor, da de kliniske retningslinjer indeholder en stærk anbefaling for at udøve PU til kroniske smertepatienter (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Kroniske smertepatienter som interessant

De kroniske smertepatienter er som interessant en patientgruppe, som udgør en væsentlig andel af de alment praktiserende lægers samlede patientkonsultationer (Sundhedsstyrelsen, 2020). Patientgruppen kan ansues som en heterogen gruppe, da patienterne umiddelbart kan have divergerende forventninger til behandlingen af kroniske smerter. Ud fra lægers udtalelser har nogle smertepatienter forventninger om en effektiv behandling, der skal minimere smerterne med det samme (Valenzuela-Pascual et al., 2019), hvilket således kan antages at være af farmakologisk karakter. Modsat er der dog ligeledes patienter, der italesætter, at de ikke har forventningerne om en mirakelkur eller en 'her-og-nu-løsning' (Mose et al., 2022). I stedet efterspørger disse patienter en balanceret tilgang med passende niveau af empati, og som kan gøre dem klogere på deres smerter, give vejledning om smertehåndtering samt være tryghedsskabende (Mose et al., 2022). Det kan derfor antages, at de kroniske smertepatienter som heterogen gruppe udgør en interessantgruppe med varierende interesse for at fremme PU i almen praksis. Dog har de som interessant ingen beslutningsret.

Patientforeninger som interessant

Slutteligt kan diverse patientforeninger betragtes som interessenter. Patientforeninger er organisationer, der arbejder for at støtte patienter med en bestemt sygdom eller lidelse, og der

findes flere patientforeninger relateret til patienter med kroniske smerter. Eksempelvis kan Danske Patienter nævnes, som er en paraplyorganisation med 24 medlemsorganisationer (Danske Patienter, u.å.), hvoraf Fibromyalgi- og Smerteforeningen samt Gigtforeningen er relevante interessenter i relation til kroniske smertepatienter. Danske Patienter er en stor patientforening, der kæmper for udvikling i sundhedsvæsenet, og varetager patienternes interesser og behov med formål om at sikre bedst mulige vilkår og behandling på tværs af diagnoser. Dette gøres gennem konstant dialog med politikere og myndigheder på nationalt, regionalt og kommunalt plan (Danske Patienter, u.å.). Derudover er Foreningen af Kroniske Smerteramte og Pårørende (FAKS) også en relevant interessent i denne sammenhæng. FAKS arbejder for synliggørelse og anerkendelse af kroniske smerter, og foreningens formål er at arbejde for smertepatienters interesser ud fra, hvad der er bedst for samfundet som helhed (Foreningen af Kroniske Smerteramte og Pårørende, u.å.). FAKS mener, at den rette behandling på rette tidspunkt til den rette patient er vejen frem i behandlingen af kroniske smertepatienter (Foreningen for smerteramte og pårørende, u.å.). Af den årsag antages det, at FAKS, såvel som de andre patientforeninger, kunne have interesse i specialets problemfelt. FAKS, Danske Patienter, Gigtforeningen og Fibromyalgi- og Smerteforeningen har desuden været repræsenteret blandt høringsparterne i forbindelse med udfærdigelsen af de nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af kroniske smerter samt deltaget i referencegrupper hertil (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvilket understøtter antagelsen om foreningens interesse. Dog har patientforeninger som interessenter ingen beslutningsret.

8.0 Metode

I de nedenstående afsnit redegøres der for de metodiske valg og overvejelser, der blev anvendt til at besvare specialets problemformulering. Dette omfatter metoden til den systematiske litteratursøgning samt til den kvalitative interviewundersøgelse.

8.1 Systematisk litteratursøgning

I det følgende gennemgås udførelsen af metoden vedrørende den systematiske litteratursøgning. Formålet med den systematiske litteratursøgning var at fremsøge videnskabelig viden, der kunne bidrage til den endelige besvarelse af specialets problemformulering. En gennemarbejdet, struktureret og transparent litteratursøgningsproces kan øge reproducerbarheden af resultaterne (Buus, 2008), hvilket blev bestræbt i dette speciale. Med den systematiske litteratursøgning søgte specialegruppen specifikt at besvare første undersøgelsesspørgsmål: *“Hvilke fremmende og hæmmende faktorer kan have betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis i almen praksis?”*. Baggrunden for at søge bredt på evidensbaseret praksis generelt beror på at tilgængeligheden af litteratur om betydende faktorer specifikt for implementering af PU i almen praksis er begrænset, og udgør et snævert forskningsfelt. Dette blev identificeret gennem den indledende søgning, hvorfor specialegruppen vurderede, at en søgning på evidensbaseret praksis som overordnet begreb, ville kunne bidrage med brugbar viden som supplement til specialets interviewundersøgelse. Her undersøges netop betydende faktorer specifikt i relation til udøvelse af PU i almen praksis.

8.1.1 Indledende søgning

Litteratursøgningsprocessen blev initieret med en indledende søgning gennem ustrukturerede og tilfældige søgninger med formål om at generere viden fra primær såvel som sekundær litteratur vedrørende specialets problemfelt. Ustrukturerede og tilfældige søgninger kan fungere som inspirationskilde til den systematiske litteratursøgning (Buus, 2008), og kan anvendes til orientering og overblikdannelse i forskningslitteraturen (Rasmussen et al., 2017). De indledende søgninger tog udgangspunkt i centrale kernebegreber i relation til problemfeltet og undersøgelsesspørgsmålet tilknyttet litteratursøgningen, herunder begreber for almen praksis, implementering og evidensbaseret praksis. Søgningerne blev indledt på Google og søgemaskinen Google Scholar, hvorefter der blev søgt på sundhedsvidenskabelige databaser, bl.a. PubMed og Embase. Dette blev suppleret med gennemgang af viden fra fagbøger, rapporter og andet kursusmateriale fra relevante moduler. De indledende søgninger på

sundhedsvidenskabelige databaser bidrager, foruden med viden om problemfeltet, ligeledes med identificering af hyppigt anvendte termer for kernebegreber i forskningslitteraturen, og kan herigennem danne grundlag for valget af specifikke søgetermer i den systematiske litteratursøgning (Rasmussen et al., 2017). Ydermere blev kædesøgning anvendt. Herigennem blev referencelisterne i de fremsøgte studier gennemgået for yderligere at identificere relevante studier (Stenbæk & Jensen, 2007), som ligeledes bidrog med inspiration til søgetermer.

8.1.2 Systematisk litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget mellem d. 10.-20. april 2023 og blev udført af alle gruppemedlemmerne. Den systematiske litteratursøgning havde til formål at besvare første undersøgelsesspørgsmål i problemformuleringen. En systematisk litteratursøgning sikrer en struktureret indhentning af den evidens, som omfatter undersøgelsesfeltet (Buus, 2008; Lund et al., 2014). Endvidere bidrager en systematisk litteratursøgning til, at alle relevante referencer identificeres, og at vidensgrundlaget dermed ikke fremstår utilstrækkeligt (Frandsen et al., 2014). Ved at beskrive og forklare de metodiske valg der blev foretaget, øges gennemsigtigheden, som er medvirkende til at styrke litteratursøgningens reliabilitet (Lund et al., 2014). Hermed vil der i nedenstående afsnit blive redegjort for de metodiske valg i den systematiske litteratursøgning, herunder valg af databaser, søgestrategien, in- og eksklusionskriterier, et flowchart over udvælgelsesprocessen samt kritisk vurdering.

8.1.3 Valg af databaser

Specialets systematiske litteratursøgning blev udført i de tre databaser PubMed, Embase, Scopus samt søgemaskinen Google Scholar. En systematisk litteratursøgning udføres med fordel i flere databaser, gerne tre til fem forskellige, for herigennem at have bedre mulighed for at opnå et tilstrækkeligt vidensgrundlag, og fremsøge mest mulig relevant forskningslitteratur i forhold til det aktuelle undersøgelsesspørgsmål (Lund et al., 2014). Stenbæk og Jensen (2007) argumenterer for, at en søgning i flere forskellige databaser medvirker til en flervidenskabelig tilgang til besvarelse af problemformuleringen (Stenbæk & Jensen, 2007). Ud fra problemfeltets relevans blev de tre databaser valgt, da databaserne hver især afdækker og repræsenterer vidensområder inden for videnskabelig litteratur.

PubMed og Embase er to store bibliografiske databaser, der begge indeholder medicinsk og sundhedsvidenskabelig forskningslitteratur (Lund et al., 2014). PubMed er den største database indenfor sundhedsområdet, og indeholder forskningslitteratur fra MEDLINE. Selvom der er

nogle overlap, dækker PubMed og Embase forskellige tidsskrifter. PubMed dækker primært amerikanske tidsskrifter og engelsksprogede studier. Embase indekserer i højere grad et bredere spektrum af tidsskrifter fra hele verden, herunder europæiske tidsskrifter, og indeholder en større andel af ikke-engelsksprogede studier sammenlignet med PubMed (Buus et al., 2008; Lund et al., 2014). Scopus er den største videnskabelige citationsdatabase, der indeholder en bred vifte af peer-reviewed tidsskriftsartikler. Scopus omfatter forskningslitteratur indenfor det sundhedsvidenskabelige område, medicin og socialvidenskab (Lund et al., 2014; Scopus, 2022). Endelig er Google Scholar blevet anvendt som et supplement til de kommercielle databaser for at sikre tilstrækkelig og effektiv afdækning af evidens. På Google Scholar er der fri adgang, og der ligger tidsskrifter i et nyt journal-setup. Det betyder, at tidsskrifter bliver publiceret uden om de kommercielle databaser, hvormed en anden type tidsskrift forekommer ved søgninger på Google Scholar sammenlignet med betalingsdatabaser (Bramer et al., 2017).

8.1.4 Søgestrategi for den systematiske litteratursøgning

Der blev forud for den systematiske litteratursøgning udformet en bloksøgning med fire relevante søgeblokke, der tog udgangspunkt i specialets første undersøgelsesspørgsmål. Bloksøgningen er en systematisk metode, der skaber struktur i søgningen. Søgningen blev dokumenteret, hvilket gør den transparent. Dette gør søgeprocessen troværdig og reproducerbar (Buus et al., 2008; Lund et al., 2014) og styrker reliabiliteten af litteratursøgningen (Frandsen et al., 2014). Første blok blev opstillet for at indkredse til målgruppen, *alment praktiserende læger*. Anden blok omfatter *implementering*, tredje blok omfatter *evidensbaseret praksis* og fjerde blok omfatter *fremmende og hæmmende faktorer*. Kombinationen af de fire blokke blev vurderet at kunne besvare det første undersøgelsesspørgsmål og dannede således grundlag for søgningerne i de udvalgte databaser. I tabel 1 illustreres bloksøgningen foretaget i PubMed, som afspejler specialets søgestrategi. Søgningerne foretaget i de resterende databaser kan ses i bilag 1.

Database: PubMed (Søgning foretaget d. 20.04.2023)		
Nr.	Søgeterm	Antal hits
Blok 1: Almen praksis		
1	Primary Health Care (MeSH)	189.532
2	Physicians, Primary Care (MeSH)	4.322
3	General Practice (MeSH)	78.295
4	General Practitioners (MeSH)	10.436
5	primary care (tiab)	142.700
6	primary health care (tiab)	33.416
7	primary healthcare (tiab)	9.324
8	general practice (tiab)	42.247
9	general practitioner (tiab)	23.200
10	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	380.752
Blok 2: Implementering		
11	implementation (tiab)	340.565
12	implementing (tiab)	97.073
13	11 OR 12	411.323
Blok 3: Evidensbaseret praksis		
14	Evidence-Based Practice (MeSH:NoExp)	93.543
15	Evidence-Based Medicine (MeSH:NoExp)	76.015
16	Translational Research, Biomedical (MeSH)	12.846
17	Professional Practice Gaps (MeSH)	303
18	evidence based practice (tiab)	14.077
19	evidence based medicine (tiab)	19.498
20	practice gap (tiab)	1.522
21	14 OR 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20	35.410

Blok 4: Fremmende og hæmmende faktorer		
22	barriers	189.144
23	challenges	416.021
24	enablers	4.680
25	enabling	107.634
26	facilitating	90.684
27	facilitators	24.897
28	22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28	772.135
Kombineret søgning med alle blokke		
29	10 AND 13 AND 21 AND 28	230

Tabel 1: Overblik over bloksøgningen i PubMed

Inden for hver blok blev der identificeret søgetermer i hver af de tre databaser samt nært beslægtede termer hertil, for at finde mest muligt relevant litteratur, uagtet ordvalg i de enkelte studier. Eksempelvis blev der i første blok søgt på termer som *primary care* og *general practice*, da disse begreber er nært beslægtede, og er termer, der begge dækker over den målgruppe, som der ønskes undersøgt i specialet. Valget af søgetermer i de enkelte blokke udspringer bl.a. af den indledende søgning, hvor hyppigheden i anvendelsen af disse begreber var særligt gennemgående i den fremsøgte litteratur. Søgetermerne blev enten søgt på som fritekstsøgning eller thesaurus. Thesaurus er et kontrolleret emneord, som bidrager til præcision i søgeresultaterne. Udbyderne af databaserne anvender thesaurus for at sikre, at referencer indekseres ensartet i tilfælde af, at de omhandler det samme emne og giver ligeledes et overblik over et bestemt emneområde (Buus et al., 2008). Ved anvendelse af thesaurus i søgningen vil flest mulige relevante referencer blive identificeret og desuden vil færre irrelevante referencer fremkomme (Buus et al., 2008). I databaserne er thesaurus ikke navngivet ens, da databaserne er opbygget forskelligt (Buus et al., 2008). I de udvalgte databaser var thesaurus desuden indekseret forskelligt, hvorfor de ikke kunne overføres direkte mellem databaserne. Eksempelvis var *practice gap* et thesaurus i tredje blok i Embase, som ikke fandtes som thesaurus i PubMed. Hermed var det nødvendigt at søgeordene blev tilpasset i de fire blokke til hver database, der blev foretaget en søgning i. På baggrund af ovenstående ses nogle søgeord i bloksøgningen at variere på tværs af de tre databaser. Dette fremgår i bilag 2.

Nyere publiceringer kan have til gode endnu at få tildelt relevante kontrollerede emneord, hvormed litteratur kan gå tabt i en søgning udelukkende baseret på kontrollerede emneord. I den forbindelse blev thesaurus-søgninger suppleret med fritekstsøgninger. Dette udbreder søgningen og sikrer, at nyere litteratur, som endnu ikke er blevet indekseret med et thesaurus, ikke udelades (Lund et al., 2014). I databaserne Embase og PubMed blev der foretaget fritekstsøgninger ud fra titel og abstract. I Scopus blev der ligeledes søgt på keywords. Disse fritekstsøgninger medvirkede til en mere præcis søgning (Lund et al., 2014). Scopus indeholder ikke thesaurus, hvorfor der udelukkende blev søgt på fritekst. I Embase og Scopus blev der ved fritekstsøgninger anvendt fraser “ ” i tilfælde af, at en søgeterm bestod af flere ord, såsom “*primary health care*”. I PubMed blev der automatisk tilføjet fraser på thesaurus. Frasering er en metodisk strategi til at præcisere ordene og begreber i en søgning (Buus et al., 2008; Lund et al., 2014). Det blev valgt at søge uden brug af trunkering. Dette blev vurderet på baggrund af testsøgninger med og uden trunkering. Brugen af trunkering kan gøre det svært at gennemskue, hvilke ekstra termer søgningen indeholder (Buus et al., 2008).

Ud fra tabel 1 ses det, at søgetermene og de fire blokke blev kombineret med de boolske operatorer *OR* og *AND*. Inden for hver blok blev søgetermene kombineret med *OR* med det mål at identificere al den litteratur, som synonymerne gav tilsammen. Dette blev gjort for at udvide søgningen (Buus et al., 2008). Efterfølgende blev de fire blokke kombineret med *AND* for at indsnævre søgningen, hvorved der fremkom litteratur som indeholdt søgetermer fra alle fire blokke (Buus et al., 2008). Søgningen efter relevant litteratur på Google Scholar blev foretaget ved at indsætte søgestrengen fra PubMed i søgefeltet. Søgningen indeholdt ligeledes de boolske operatorer *OR* og *AND*. I PubMed og Embase blev der henholdsvis anvendt kommandoen *no explosion (NoExp)* og *no explode (/de)*. Kommandoer bidrager til at indskrænke søgningen ved udelukkende at finde det angivne thesaurus og dermed ekskludere de termer, som findes under thesaurus-hierarkiet (Johns Hopkins University & Medicine, 2022; Northeast Ohio Medical University, 2023). *NoExp* og */de* blev anvendt, da nogle undertermer var mindre relevante til besvarelsen af specialets underspørgsmål. Et eksempel herpå var *Evidence Based Practice (Emtree/de)* i Embase, som bl.a. indeholdte undertermet *evidence based dentistry*. Yderligere blev der i Embase og Scopus gjort brug af filtre, der begrænsede søgeresultater. I Embase og Scopus findes der bl.a. et sprogfilter, der begrænser søgeresultater til studier skrevet på et bestemt sprog (Johns Hopkins University & Medicine, 2022). De filtre,

der blev anvendt, begrænsede søgeresultater til studier på engelsk og skandinaviske sprog samt mennesker. I PubMed var det ikke relevant at anvende filtre, pga. et tilfredsstillende antal hits.

8.1.5 In- og eksklusionskriterier

I forbindelse med screeningen og udvælgelse af videnskabelige studier i den systematiske litteratursøgning blev der opstillet en række in- og eksklusionskriterier, der skulle sikre udvælgelsen af relevante studier for besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet. In- og eksklusionskriterier præciserer og minimerer antallet af fremsøgte studier og frasorterer irrelevante studier (Buus et al., 2008). Endvidere blev kriterierne opstillet for at sikre ensartethed i screeningen og udvælgelsen af studier (Stenbæk & Jensen, 2007). De opstillede in- og eksklusionskriterier ses i tabel 2.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
- Skal omhandle almen praksis eller praktiserende læger - Skal omhandle implementering af evidensbaseret praksis - Skal undersøge betydende faktorer for implementering af evidensbaseret praksis, herunder fremmende og/eller hæmmende faktorer - Studier der er peer-reviewed	- Studier der ikke er overførbare til dansk kontekst og som ifølge Danmarks Statistik ikke betragtes som et vestligt land - Studieprotokoller - Studier der ikke er på dansk, engelsk, svensk og norsk - Studier omhandlende psykisk sygdom - Studier omhandlende stof- og alkoholmisbrug - Studier der omhandler implementering af farmakologisk behandling i almen praksis

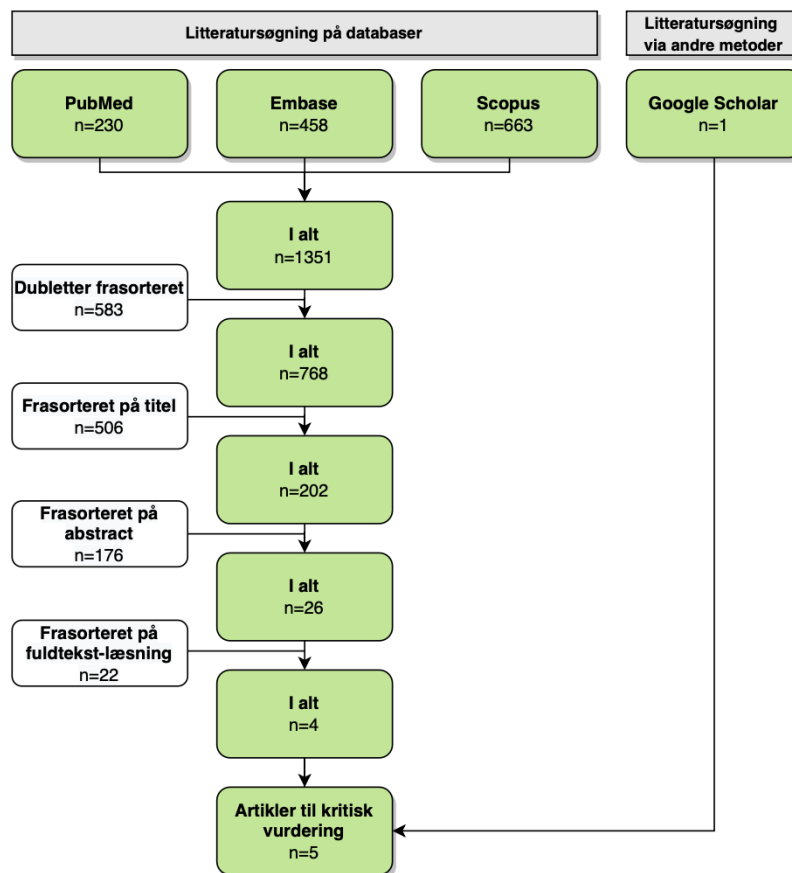
Tabel 2: In- og eksklusionskriterier

Med det formål at sikre kongruens mellem de udvalgte studier, undersøgelsesspørgsmålet, de anvendte søgetermer og in- og eksklusionskriterierne var et af inklusionskriterierne, at studierne skulle omhandle almen praksis eller praktiserende læger. Specialets målgruppe var de praktiserende læger og almen praksis, hvorfor kun studier, der havde almen praksis som undersøgelsesfelt eller studier, hvor en betydelig del af populationen var læger, blev inkluderet.

Almen praksis som organisation differentierer sig fra andre organisationer i sundhedsvæsenet (Hansen et al., 2010), hvorfor der kan være forskellige opfattelser af, hvilke faktorer der kan have betydning for implementering af evidensbaseret praksis afhængig af, hvilken organisation man foretager sin undersøgelse i. Samtidig blev studier kun inkluderet, hvis de undersøgte faktorer, der har betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis, da dette var et centralt element i specialets undersøgelsesspørgsmål. På baggrund af sproglige begrænsninger i specialegruppen, blev kun studier på dansk, engelsk, norsk og svensk inkluderet, da studier på andre sprog ikke ville kunne læses og forstås af gruppemedlemmerne. Studier, hvor undersøgelsen blev foretaget i et land, der ikke var kulturelt overførbart til dansk kontekst, blev ligeledes ekskluderet. Denne vurdering blev foretaget med udgangspunkt i Danmarks Statistiks definition af vestlige og ikke-vestlige lande (2019). Dette med henblik på at sikre mest mulig overførbare til en dansk kontekst, da almen praksis kan være organiseret forskelligt på tværs af lande. For samtidig at sikre den grundlæggende kvalitet i de inkluderede studier, blev studieprotokoller og studier, der endnu ikke var blevet peer-reviewed, ekskluderet. Slutteligt blev studier omhandlende psykisk sygdom eller stof- og alkoholmisbrug ekskluderet, da patienter med sådanne problematikker ikke er overførbare til specialets undersøgelsesfelt.

8.1.6 Udvalgelse af litteratur

De fremsøgte studier blev selekteret gennem en udvælgelsesproces med udgangspunkt i de opsatte in- og eksklusionskriterier. Buus et al. (2008) argumenterer for, at et søgeresultat altid vil indeholde for mange referencer, hvormed arbejdet med at frasortere irrelevante studier vil fortsætte. I figur 3 skildres et flowchart med det samlede antal hits, som fremkom i hver database. Dette visualiserer udvælgelsesprocessen i den systematiske litteratursøgning. På tværs af de tre databaser blev der fremsøgt i alt 1.351 hits. Der var 230 hits på PubMed, 458 på Embase og 663 hits på Scopus. I Google Scholar blev de første 100 hits gennemgået, hvori én relevant artikel blev inkluderet. Indledningsvist i udvælgelsesprocessen blev der frasorteret dubletter ved, at alle studier fra hver database blev eksporteret til referenceprogrammet Zotero, hvorved det samlede antal hits på tværs af de tre databaser blev reduceret til 768 hits. Dernæst blev der foretaget en screening af alle fremsøgte studier på baggrund af titel, hvorefter der forelå 202 studier. I tilfælde af at titlen ikke førte til en eksklusion af studierne, blev abstract gennemlæst, og denne gennemgang resulterede i 26 studier. Der blev på de 26 studier foretaget en fuldtekstlæsning, hvilket resulterede i fire studier til kritisk læsning fra den systematiske litteratursøgning, inklusiv det ene studie fra Google Scholar. I alt blev der foretaget kritisk læsning på fem studier.



Figur 3: Flowchart over udvælgelsen af studier

8.1.7 Kritisk vurdering

De fem udvalgte studier blev alle gennemlæst af de tre gruppemedlemmer, hvorefter studierne blev kritisk vurderet ud fra relevante tjeklister fra Joanna Briggs Institute (JBI, u.å.). Kritisk læsning gør det muligt at vurdere studierne interne og eksterne validitet, hvor den interne validitet er en forudsætning for den eksterne validitet (Juul et al., 2017). Yderligere muliggjorde den kritiske læsning en vurdering af, om studierne resultater kunne generaliseres til specialets undersøgelsesspørgsmål. Studiets interne validitet blev vurderet ud fra metodologisk kvalitet, som indebar en vurdering af studiedesign, metode samt sammenhængen mellem formål og konklusion. To af de udvalgte studier var kvalitative studier (Breen et al., 2007) og (Freeman & Sweeney, 2002), og tre var reviews (Lau et al., 2016), (Ng et al., 2021) og (Wang et al., 2023). Formålet med at anvende tjeklister var at systematisk kritisk vurdere kvaliteten af studierne med udgangspunkt i standardiserede vejledninger. De anvendte tjeklister blev udvalgt på baggrund af de udvalgte studiers design og indeholder en række punkter, der gav mulighed for at vurdere kvaliteten af det enkelte studies metode og transparens i forhold til det anvendte design. Den kritiske vurdering blev foretaget af alle tre

gruppemedlemmer, og der var enighed om at anvende tjeklisterne fra JBI, da de anses som anerkendte internationale tjeklister (JBI, u.å.). Dette med formål om at sikre ensartethed og kvalitet af de kritiske vurderinger af studierne.

8.2 Kvalitativ metode

I specialet blev der udført semistrukturerede kvalitative forskningsinterviews med fire alment praktiserende læger. Interviewene blev udført med henblik på at besvare andet undersøgelsesspørgsmål: *“Hvilke muligheder og begrænsninger oplever alment praktiserende læger, der er for at kunne udøve patientuddannelse til kroniske smertepatienter i almen praksis?”*. I nedenstående afsnit vil der blive redegjort for de metodiske valg i relation til den kvalitative metode.

8.2.1 Semistrukturerede individuelle interviews som kvalitativ metode

Med kvalitative forskningsinterviews kan det undersøges, hvordan individer fortolker deres oplevelser samt hvilken betydning, de tillægger disse oplevelser. Overordnet er formålet at forstå, hvordan individet giver mening til sit liv og sine oplevelser (Merriam & Tisdell, 2016). Kvalitative forskningsinterviews blev valgt som dataindsamlingsmetode i specialet, da denne metode muliggør at beskrive og forstå alment praktiserende lægers oplevelser relateret til PU i behandlingen af kroniske smertepatienter. Der kan foretages induktive kvalitative forskningsinterview, såfremt der mangler teori eller en eksisterende teori ikke tilstrækkeligt formår at forklare et fænomen (Merriam & Tisdell, 2016). I specialet blev der således anvendt en induktiv tilgang, da specialgruppen indsamlede data for at øge vidensgrundlaget for muligheder og begrænsninger for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter. Der blev anvendt semistrukturerede interviews, hvilket gør interviewene fleksible og muliggør at interviewet kan styres samtidig med, at informanten frit kan tale om udvalgte emner og selv berige interviewet med nye emner (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette med henblik på at indfange informanternes subjektive holdninger og perspektiver på muligheder og begrænsninger for udøvelsen af PU i almen praksis.

8.2.2 Rekruttering af informanter

Målgruppen i specialet var alment praktiserende læger. Den primære rekruttering foretog specialegruppen gennem henvendelse til diverse forskningsenheder og kvalitetsenheder. Derudover har specialegruppen kontaktet lokale lægepraksisser samt anvendt snowball-sampling til at kontakte andre relevante informanter. Snowball-sampling defineres ved, at allerede rekrutterede informanter henviser til andre potentielle informanter (Merriam & Tisdell, 2016). Sekundært er informanter blevet rekrutteret gennem forespørgsler i private omgangskredse. Rekruttering og udvælgelse af relevante informanter bør ske ud fra deres evne til at udtrykke tanker, meninger og følelser om det undersøgte fænomen (Merriam & Tisdell, 2016). Af den årsag ønskede specialegruppen at rekruttere alment praktiserende læger, som har eller har haft kroniske smertepatienter i konsultation. Lægerne blev således anset for at besidde en ekspertviden om undersøgelsesspørgsmålet, samt hvorledes eventuelle begrænsninger kunne løses med formålet om potentielt at fremme udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. Der blev rekrutteret fire læger med flere års erfaring i almen praksis samt varierende grad af interesse for kroniske smertepatienter. Tre af lægerne har stor interesse for patientgruppen og har deltaget i både kurser og konferencer samt forsket i denne patientgruppe. Der blev rekrutteret læger fra tre forskellige danske regioner og deres anciennitet spænder fra 10,5 år til 20 år. Lægerne er blevet anonymiseret og navngivet som Anders, Bo, Carl og Kim.

8.2.3 Udarbejdelse af interviewguide

Der blev forud for interviewene udarbejdet en interviewguide (bilag 3). Denne har til hensigt at skabe overblik og struktur over emnerne, der ønskes belyst i interviewene, samt sikre at interviewer kan styre interviewet i den ønskede retning (Kvale og Brinkmann 2015). Afhængigt af hvor struktureret interviewet skal være, kan guiden udformes efter behov (Merriam & Tisdell, 2016). Oftest er kvalitative forskningsinterviews semistrukturerede, hvorfor interviewguiden vil indeholde både specifikke spørgsmål og dertilhørende åbne, sonderende spørgsmål (Merriam & Tisdell, 2016). Interviewguiden for specialet blev opstillet med inspiration i Kvale og Brinkmanns (2015) udformning af en interviewguide. Første del bestod af en briefing, som sikrede, at informanterne fik den rette information vedrørende specialets problemstilling samt proceduren for interviewet. Gennem briefing blev informanten ligeledes informeret om fortrolighed samt håndtering af data. Yderligere sikrede briefing, at informanten og interviewer skabte en god relation samt en afslappet atmosfære.

En god briefing kan få informanten til at slappe af i interviewsituationen og føle sig tilpas til at tale åbent (Kvale & Brinkmann, 2015).

Interviewguiden indeholder først og fremmest indledende spørgsmål. Indledende spørgsmål har til formål at konkretisere bestemte episoder i informantens liv i forhold til temaet (Kvale & Brinkmann, 2015), og omhandlede derfor informantens erfaringer med kroniske smertepatienter og viden omkring anbefalinger om denne patientgruppe. Endvidere indeholdt interviewguiden både forskningsspørgsmål, interviewspørgsmål samt opfølgende og sonderende spørgsmål. Forskningsspørgsmålet er formuleret i et akademisk og teoretisk sprog, som herefter er operationaliseret til interviewspørgsmål, der er formuleret mere enkle og letforståelige. Et forskningsspørgsmål kan undersøges gennem flere interviewspørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Interviewspørgsmålene var de spørgsmål, som blev brugt i interviewsituationen, og som informanten blev stillet. Der var flere interviewspørgsmål til hvert forskningsspørgsmål i interviewguiden, hvilket gav mere nuancerede og informative beskrivelser fra informanterne. Ligeledes gav de opfølgende og sonderende spørgsmål til interviewspørgsmålene mulighed for at informantens svar kunne udvides og forfølges (Kvale & Brinkmann, 2015). Som det fremgår i interviewguiden i bilag 3, definerede interviewer bl.a. kroniske smerter og patientuddannelse, inden interviewspørgsmålet omhandlede disse fænomener blev stillet. Dette var med henblik på at skabe en fælles forståelse for begreberne samt strukturere og styre interviewet i den ønskede retning. Når svarene blev vurderet fyldestgørende, blev informanten guidet videre til det næste interviewspørgsmål.

Forud for udførelsen af interviews blev der foretaget en pilottest af interviewguiden. Et pilotinterview er en metode til at afprøve, hvorvidt rækkefølgen og formuleringen af spørgsmålene fungerer efter hensigten. Dermed kan eventuelle rettelser tilføjes og interviewer kan få mulighed for at øve spørgeteknikken (Merriam & Tisdell, 2016). Pilotinterviewet blev foretaget med en nyligt uddannet læge. Efterfølgende blev der foretaget indholdsmæssige og sproglige ændringer af interviewguiden på baggrund af feedback fra den nyuddannede læge. Hermed blev den endelige interviewguide udformet (bilag 3).

8.2.4 Udførelse af semistrukturerede individuelle interviews

Der blev i alt foretaget fire interviews. Forud for alle interviews blev der indhentet både skriftligt og mundtligt samtykke fra informanterne bl.a. med det formål at sikre, at informanterne var informeret om interviewets formål. Et informeret samtykke sikrer, at

informanterne bliver oplyst om frivillig deltagelse og retten til at tilbagekalde deres samtykke ved ønsket om ikke længere at deltage i interviewet eller indgå i specialet. Informanterne blev ligeledes gjort opmærksomme på, at personlige oplysninger og udsagn fra interviewet opbevares fortroligt samt behandles og slettes forsvarligt efter Databeskyttelsesforordningens bestemmelser (Datatilsynet, 2021) og Aalborg Universitets retningslinjer (Aalborg Universitet, u.å.). Yderligere information om det informerede samtykke uddybes i senere afsnit om etiske overvejelser.

To interviews blev afholdt ved fysisk fremmøde på en lokation, som informanten havde valgt, og de andre to interviews blev afholdt online med video. Ved alle fire interviews var der to gruppemedlemmer til stede. Under interviewet fungerede det ene gruppemedlem som primær interviewer og den anden fungerede som observatør og suppleant. Det var den samme interviewer, der foretog alle fire interviews, hvorimod rollen som observatør skiftede mellem de to andre gruppemedlemmer. Det var interviewerens rolle at stille spørgsmål ud fra interviewguiden, hvor rækkefølgen af spørgsmål i interviewguiden ikke nødvendigvis skulle følges helt stringent. I et semistruktureret interview er det interviewet samt det fænomen, der ønskes undersøgt, der er bestemmende for, hvorvidt interviewguiden følges stringent, eller om interviewet giver anledning til at afsøge nye fænomener og svar fra informanten (Kvale og Brinkmann, 2015). Undervejs i interviewet var der fokus på at give informanten tid til at reflektere over sit svar, og derudover blev der i interviewet anvendt aktiv lytning. Aktiv lytning giver intervieweren mulighed for at vurdere, hvorvidt det fænomen, som der ønskes belyst, bliver afdækket, eller om der mangler uddybende svar (Kvale og Brinkmann, 2015). Observatøren havde til opgave at holde øje med tiden og sikre, at relevante spørgsmål blev stillet og besvaret. I tilfælde af at informantens udsagn skulle uddybes yderligere, kunne observatøren stille supplerende spørgsmål. Rollen som observatør er væsentlig for at sikre, at intervieweren kan holde fokus på at opretholde en god kontakt med informanten (Kvale og Brinkmann, 2015). Alle interviews startede med en briefing og blev afsluttet med en debriefing for at give informanten mulighed for at åbne op omkring spekulationer og tanker, der kunne være opstået forinden og undervejs i interviewet (Kvale og Brinkmann, 2015). I debriefingen blev informanterne bl.a. spurgt til, hvorvidt de havde tilføjelser for på den måde at give plads til nyopståede tanker og refleksioner. Slutteligt blev der takket for deltagelse og lydoptagelsen blev slukket.

8.2.5 Transskribering af semistruktureret individuelle interviews

Der blev foretaget lydoptagelser af alle interviews via appen “Memoer” på to mobile enheder, med henblik på at kunne foretage en transskribering af interviews. Der blev anvendt to mobile enheder for at sikre, at intet gik tabt, såfremt den ene mobile enhed skulle svigte. Efterfølgende blev alle interviews transskriberet. Således blev talesprog omsat til skriftsprog, og transskriberingen udgør hermed første del af den analytiske proces (Kvale & Brinkmann, 2015). Lydoptagelsen gør det derudover nemmere at genhøre interviewet til brug i analysen og skabe overblik over interviewets temaer (Kvale og Brinkmann, 2015). Ligeledes kan interviewereren anvende lydoptagelserne til forbedring af egen spørgeteknik (Merriam & Tisdell, 2016). Transskriberingerne blev foretaget af interviewereren eller observatøren, hvilket gjorde, at fejlhøringer eller misforståelser af informanternes udtalelser pga. dårlig lyd kvalitet kunne undgås. Det er en fordel at transskribere eget materiale, da der opnås en bedre indsigt i egen empiri. Dette sikrer fortrolighed med data samt mulighed for at notere analytiske overvejelser undervejs. Det skaber ligeledes bedre forudsætninger for selv at identificere udfordringer undervejs i optagelsen, hvormed fejl i transskriberingen mindskes (Merriam & Tisdell, 2016). Generelt kan transskribering af interviews omfatte en række fortolkningsmæssige og tekniske udfordringer (Kvale & Brinkmann, 2015). For at undgå dette, opstillede specialegruppen en transskriptionsguide, som skulle sikre en objektiv tilgang til transskriberingen. En vejledende transskriberingsguide, som indeholder instruktioner til en fælles transskriberingsprocedure, bidrager til konsistens og ensartethed i transskriberingen (Merriam & Tisdell, 2016; Kvale og Brinkmann, 2015). Der er ikke en forudbestemt korrekt måde at kode eller forme en transskription på (Kvale & Brinkmann, 2015), hvormed transskriptionsguiden blev udarbejdet med inspiration fra Merriam og Tisdell (2016). Transskriberingsguiden kan ses i bilag 4. I den transskriberede tekst blev der gjort brug af en fortløbende nummerering for at skabe overblik og overskuelighed over citaterne. Der blev ligeledes indsat en blank linje for at markere et skift i hvem der talte. Dette skaber læsevenlighed og overblik i en stor tekstmængde (Merriam & Tisdell, 2016).

Fyldord som “Ja” og “Mm” blev transskriberet, da disse fyldord bl.a. gav indblik i, hvordan interviewereren lyttede og anerkendte informantens udsagn. I forlængelse af interviewereren og informantens udsagn blev følelsesudtryk transskriberet, hvormed grin eller suk indgik i transskriberingen. Desuden blev pauser mellem ytringerne angivet med (.) i transskriberingen. Hvis det var svært at høre informanten eller interviewerens udsagn eller svar, blev det markeret

med “()”. For at sikre yderligere objektivitet samt validitet og reliabilitet af transskriberingerne, læste de øvrige gruppemedlemmer transskriberingerne igennem og lyttede til lydoptagelserne af interviewene. Således skabte det en fælles forståelse af interviewene samt et fælles udgangspunkt for den efterfølgende tematiske analyse.

8.2.6 Tematisk analyse som analysestrategi

I specialet blev der taget udgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi. Denne analysestrategi blev anvendt til at identificere, analysere samt præsentere mønstre og elementer fra interviewene. Analysestrategien blev vurderet at være anvendelig i specialet, da den er fleksibel i sin tilgang samt kan anvendes inden for flere videnskabsteoretiske positioner (Braun & Clarke, 2006). Den tematiske analyse er således i tråd med kritisk realisme anvendelig til at identificere og analysere bagvedliggende mekanismer, der fremkommer i datamaterialet. Yderligere er den tematiske analyse anvendelig, da det indenfor kritisk realisme anerkendes, at individer danner meninger på baggrund af deres oplevelser, og at disse meninger påvirkes af konteksten. Dette samtidig med at det i kritisk realisme anerkendes, at der eksisterer en virkelig verden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). I specialet var der gennem en induktiv og eksplorativ tilgang fokus på at identificere, hvilke muligheder og begrænsninger læger oplever ved udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter, hvilket er i tråd med den ontologiske opfattelse i kritisk realisme.

Analyseprocessen struktureres ved brug af den tematiske analysestrategi, da den er opbygget i seks overskuelige faser. Disse faser skal dog anskues som en dynamisk proces, hvormed der veksles mellem faserne med det formål at sikre fuldt udbytte af data (Braun & Clarke, 2006). De seks faser består af: 1) opnå kendskab til data, 2) generere koder, 3) søge efter temaer, 4) gennemarbejde temaer, 5) definere og navngive temaer og 6) præsentere analysen (Braun & Clarke, 2006). Faserne i den tematiske analyse vil blive gennemgået i nedenstående afsnit.

Transskriberingen og gennemlæsningen af interviewene udgjorde første fase af analysestrategien, hvor specialegruppen opnåede kendskab til data. Dette giver mulighed for at nedskrive de første tanker og idéer til den efterfølgende kodning (Braun & Clarke, 2006). Herefter bestod anden fase af at generere de indledende koder. Kodningen foregik ved at specialegruppen hver især gennemgik data systematisk og markerede, når tekstuddrag blev vurderet interessante og meningsfulde for det undersøgte fænomen. De tekstuddrag, som tilhørte samme kode, blev farvelagt med samme farve. I tilfælde af at en tekstpassage blev

vurderet til at kunne indgå i flere forskellige koder, blev tekstpassagen farvelagt med flere farver. En kode bestod af et enkelt eller få beskrivende ord, og var formuleret således at koden kunne identificere indholdet. Ud fra den tematiske analysestrategi er der ingen begrænsninger for, hvor mange koder der må dannes, og ligeledes kan data kodes med forskellige koder, eller en kode kan optræde i datamaterialet op til flere gange (Braun & Clarke, 2006). Der blev foretaget både en selektiv samt en komplet kodning. Den selektive kodning blev anvendt, da viden fra forskningslitteratur og problemanalysen blev brugt til at opstille en liste over koder. Denne type af kodning er således i tråd med den kritiske realistiske epistemologiske opfattelse af, at eksisterende viden anvendes i opnåelse af ny viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Yderligere blev komplet kodning anvendt med formålet om at identificere alt af interesse eller relevans for undersøgelsesspørgsmålet. I tredje fase genereres der temaer, hvormed der søges efter potentielle temaer (Braun & Clarke, 2006). I denne fase blev koderne fra den forrige fase sammenlignet og opstillet i potentielle temaer. Således blev tekstpassager fra lignende eller overlappende koder samlet under en kode. Koderne blev herefter anvendt til at identificere temaer i datasættet. Fjerde fase bestod af en gennemgang af temaer (Braun & Clarke, 2006), hvor de opstillede temaer og kodede tekstpassager blev gennemgået og eventuelt rekodet. På tværs af datasættet blev temaerne identificeret som mønstre, og hermed var det relevant at sikre en sammenhæng mellem temaerne og de kodede tekstuddrag samt mellem temaerne og datasættet. Slutteligt blev data inden for hvert tema analyseret, hvormed det var muligt at definere og navngive temaerne. Dette udgjorde femte fase af den tematiske analyse, som havde til formål at indfange det centrale i temaerne (Braun & Clarke, 2006). Processen fra indledende koder til endelige temaer kan ses i figur 4 i afsnit 9.2. Når det endelige sæt af temaer var blevet udarbejdet, påbegyndte specialegruppen den endelige analyse af de kvalitative interviews samt af rapporteringen af disse. Således bestod sjette og sidste fase af producering af rapporten, hvori der udvælges citater, der gengiver det mest centrale af det fremanalyserede (Braun & Clarke, 2006).

8.2.7 Etiske overvejelser ved semistruktureret individuelle interviews

Ved kvalitativ forskning foreskriver Helsinki-deklarationen, at der foretages en stillingtagen til etiske aspekter (The World Medical Association, 2013). I overensstemmelse hermed er der ifølge Kvale og Brinkmann (2015) etiske tommelfingerregler, der bør overvejes i forbindelse med kvalitativ forskning. Her er der tale om fortrolighed og konsekvenser for informanten (Kvale & Brinkmann, 2015). Informanten blev forinden interviewets start informeret om, at interviewene blev lydoptaget via mobile enheder, og at lydfilen efterfølgende blev flyttet til og

opbevaret på én sikker enhed. Ligeledes blev informanterne informeret om specialets afsluttende dato samt bortskaffelsen af interviewdata efter denne dato. Informanterne blev yderligere informeret om, at deres svar ville blive anonymiseret i den endelige afrapportering, hvilket sikrede, at informanterne ikke ville kunne identificeres efterfølgende. Således har deltagelsen i specialet ingen konsekvenser for informanterne. Der blev indhentet mundtligt og skriftligt samtykke forinden interviewets påbegyndelse. Den skriftlige samtykkeerklæring indeholdt oplysninger om frivillighed for specialet samt håndteringen af personfølsomme data ud fra GDPR-reglerne. Ligeledes indeholdt den skriftlige samtykkeerklæring oplysninger om informanternes ret til at trække sig fra interviewet samt at trække sit bidrag til specialet tilbage op til datoen for aflevering af specialet. Således er det med den skriftlige samtykkeerklæring forsøgt at handle i overensstemmelse med Datatilsynets databeskyttelsesforordning omhandlende behandling af personoplysninger (Datatilsynet, 2021). Den skriftlige samtykkeerklæring kan ses i bilag 5.

9.0 Resultater

I nedenstående afsnit præsenteres resultaterne af den systematiske litteratursøgning samt de kvalitative interviews med alment praktiserende læger.

9.1 Systematisk litteratursøgning

Følgende afsnit præsenterer resultater fra den systematiske litteratursøgning. Første del vil præsentere de kritiske vurderinger af de inkluderede studier, og anden del af afsnittet vil præsentere de samlede resultater fra litteratursøgningen.

9.1.1 Kritisk vurdering af studier

Den kritiske vurdering af de inkluderede studier tager afsæt i relevante tjeklister til kritisk vurdering fra Joanna Briggs Institute baseret på studierne design. Tjeklisterne anvendes til at vurdere studierne resultater, troværdighed samt relevans for specialets undersøgelsesspørgsmål. Nedenstående tabeller indeholder beskrivelser af de enkelte studier samt vurderingerne af deres kvalitet. De anvendte og udfyldte tjeklister kan ses i bilag 6.

"You feel so hopeless": A qualitative study of GP management of acute back pain (Breen et al., 2007)

Formål

Formålet med studiet var at undersøge alment praktiserende lægers holdninger til håndtering af rygsmerter som et biopsykosocialt problem med henblik på at forbedre videreuddannelse i psykosocial udredning og behandling af rygsmerter i almen praksis.

Design, metode og studiepopulation

Et kvalitativt studie baseret på 21 semistrukturerede telefoninterviews samt tre fokusgruppeinterviews med praktiserende læger fra tre forskellige praksisser i to områder i Storbritannien. De semistrukturerede telefoninterviews dannede grundlag for udviklingen af vignetter, der blev brugt til at identificere konteksten forud for de efterfølgende fokusgruppeinterviews med de samme praktiserende læger.

177 praktiserende læger i almen praksis inden for de to områder blev inviteret til at deltage via brev, hvori undersøgelsen blev beskrevet. Der blev udvalgt en stikprøve ud fra de læger, der svarede på invitationen. De praktiserende læger, der havde været i praksis i mindre end to år og/eller havde en særlig interesse eller tidligere specifik erfaring med håndtering af rygsmerter, blev ekskluderet. En forsker foretog telefoninterviews med de udvalgte læger. Lægernes følelser og oplevelsen af at håndtere patienter med rygsmerter og tilhørende psykosociale problematikker blev diskuteret.

Internt i forskergruppen blev der brugt to workshops på at diskutere og debattere hovedtemaerne fra telefoninterviewene, hvormed der blev udviklet tre vignetter, som dannede grundlaget for de efterfølgende fokusgruppeinterviews, som blev afholdt to måneder efter telefoninterviewene. De tre vignetter indeholdt eksempler på patientcases, som de alment praktiserende læger skulle forholde sig til. Fokusgruppeinterviewene havde én times varighed, hvor lægerne var fordelt i tre grupper med syv læger i hver gruppe. Lægerne skulle i slutningen af fokusgruppeinterviewet forholde sig til, hvilken slags pædagogiske ressourcer og aktiviteter, der ville hjælpe dem med at håndtere psykosociale problemer.

Resultater

Der blev fremanalyseret fem temaer ud fra de tre fokusgruppeinterviews: *følelser, patient/behandler forholdet, tid, udfordringer og splid, ressourcer og tjenester samt uddannelse.*

Studiet indikerer de vanskeligheder, som de praktiserende læger oplever ved at skulle anvende relevant evidens for en vellykket håndtering af rygsmerter. Særligt ønsket om at

undgå konflikter i læge/patient-forholdet var en faktor, som forklarede problemet med at implementere evidens i almen praksis. De praktiserende lægerne var derudover bekymrede for selv at håndtere psykosociale problemer i betragtning af den tid, ekspertise og ressourcer, de havde til rådighed, hvor henvisninger til udredning og terapi ofte blev anvendt.

Ud fra de praktiserende lægers perspektiv skulle videreuddannelse foregå som gruppearbejde og tværfaglige møder med tid til at diskutere problemstillinger og aktuelle håndteringsstrategier.

Vurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Studiet er veludført. Forskningsspørgsmålet er klart formuleret, og der er god sammenhæng mellem formålet, valget af metode, herunder kombinationen af telefoninterview, som danner grundlag for vignetterne, der anvendes i de tre fokusgruppeinterviews. Yderligere er der god sammenhæng mellem formål, resultater og konklusion, hvilket øger den interne validitet af studiet. Studiet har generelt en høj pålidelighed, da det er den samme interviewer, der har foretaget telefoninterviews og de tre fokusgruppeinterviews.

Studiet har generelt en høj pålidelighed og god validitet, da både de individuelle telefoninterviews og de tre fokusgruppeinterviews blev transskriberet, kodet og kvalitativt analyseret for et tematisk indhold af samme forsker, som havde foretaget interviewene. Pålideligheden og validiteten af kodningen og fortolkningen blev opnået ved, at alle medlemmer af forskerholdet læste de ukodede transskriptioner, gennemgik kodningsstrukturen og kommenterede de foreløbige kategorier. Efter en foreløbig aftale om fremanalyserede temaer gennemgik et eksternt ekspertpanel på to erfarne kvalitative forskere undersøgelsesprotokollen, én af de tre transskriptioner, de tre anvendte vignetter samt kategorierne, temaerne og koderne. For at øge troværdigheden fik hver praktiserende læge tilsendt en liste over de temaer, der blev fremanalyseret ud fra fokusgruppeinterviewene, og de blev bedt om at vurdere, i hvilket omfang de mente, at temaerne afspejlede deres fokusgruppeinterview.

Dette studie belyser alment praktiserende lægers holdninger til håndtering af rygsmerter som et biopsykosocialt problem, med henblik på at forbedre den fremtidige strategi for videreuddannelse for alment praktiserende læger. Det kan styrke overførbareheden og den eksterne validitet, at studiet omhandler smertepatienter og alment praktiserende lægers håndtering af denne patientgruppe, da dette er i overensstemmelse med specialets målgruppe. Yderligere anses sundhedsvæsenet i Storbritannien generelt at være sammenligneligt med det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2010), hvilket styrker overførbareheden af studiets resultater. Dog kan praktiserende læger i andre samfund have forskellige synspunkter, især i andre lande, hvor behandlingen og håndteringen af smertepatienter kan være anderledes sammenlignet med Danmark.

Tabel 3: Kritisk vurdering af "You feel so hopeless": A qualitative study of GP management of acute back pain (Breen et al., 2007)

Why general practitioners do not implement evidence: Qualitative study (Freeman & Sweeney, 2002)
Formål
Studiet havde til formål at undersøge årsagerne til, at alment praktiserende læger ikke altid implementerer evidensbaseret medicin.
Design, metode og studiepopulation
Studiet er et kvalitativt studie, som undersøger årsagerne til og betingelserne for, at alment praktiserende læger konsulterer deres patienter ud fra den nyeste evidens. Studiet omfatter tre fokusgrupper med 19 alment praktiserende læger i alt fra det sydvestlige England. Hver fokusgruppe bestod af seks til otte læger og var ledet af en erfaren gruppeleder. Hvert interviewmøde tog udgangspunkt i noter om en specifik patient, læge-patient-relationen samt følelserne heromkring. Samtaleemner for gruppeinterviewene var fortrolige, hvilket alle læger indvilligede i. Forskerne var ikke en del af gruppesamtalerne, men forinden første møde i hver gruppe præsenterede en af forskerne interviewundersøgelsens agenda. To af grupperne mødtes seks gange, og den tredje gruppe mødtes kun en. Alle møder blev lydoptaget. To lydoptagelser kunne ikke anvendes i databearbejdningen grundet dårlig lyd. Alle lydoptagelser blev transskriberet. Tre af transskriberingerne analyserede forfatterne i fællesskab, resten af data analyserede forfatterne uafhængig af hinanden ud fra en grounded theory-tilgang.
Resultater
Studiet identificerede seks temaer, der påvirker implementeringen af klinisk evidens: lægens personlige og professionelle erfaringer, patient-læge-relationen, en opfattet spænding mellem primær og sekundær sektor, den praktiserende læges opfattelse af evidensens rolle, patientens opfattelse af lægens ord i konsultationen samt logistiske problemer. Alment praktiserende læger betragter det generelt som udfordrende at tilpasse evidensbaseret praksis til den enkelte patients liv. Klinisk evidens er ofte generisk, og skal tilpasses og individualiseres til patientens behov, og implementeringsprocessen er derfor kompleks, flydende og adaptiv.
Vurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research
Overordnet er det et veludført studie. Den videnskabsteoretiske tilgang angives ikke, men der redegøres for sammenhængen mellem studiets formål og metode, hvilket øger den interne validitet. Yderligere vurderes studiet at have høj reliabilitet, da metoden er udførligt beskrevet. Der anvendes flere citater i afrapporteringen, hvilket øger gennemsigtigheden samt reliabiliteten af resultaterne. Forfatternes indflydelse på undersøgelsen adresseres,

hvilket øger gennemsigtigheden af studiet og reliabiliteten af resultaterne. Studiet er foretaget i det sydvestlige England, hvilket generelt er sammenligneligt med Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2010). Studiets resultater er således relevante og overførbare til specialet undersøgelsesspørgsmål.

Tabel 4: Kritisk vurdering af *Why general practitioners do not implement evidence: Qualitative study* (Freeman & Sweeney, 2002)

Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews (Wang et al., 2023)

Formål

Formålet med reviewet var at identificere barrierer og muliggørende faktorer for implementeringen af kliniske retningslinjer i primærsektoren samt at bidrage med anbefalinger, der kan facilitere brugen af kliniske retningslinjer i primærsektoren.

Design, metode og studiepopulation

Studiet er et såkaldt *umbrella review*, som benyttes til at identificere flere systematiske reviews relateret til et givent forskningsspørgsmål og emneområde med det formål at udtrække og analysere resultaterne på tværs af de inkluderede systematiske reviews. En systematisk litteratursøgning blev foretaget på ni videnskabelige databaser og tre online kilder relateret til kliniske retningslinjer. Systematiske reviews, metaanalyser og andre systematiske syntese af både kvantitativ og kvalitativ karakter samt med mixed methods blev inkluderet. Studierne skulle omhandle identificering af barrierer og/eller muliggørende faktorer for implementering af kliniske retningslinjer i primærsektoren. Der var ikke kriterier om retningslinjernes indhold, herunder specifikke sygdomme eller lidelser.

Resultater

12 systematiske reviews blev inkluderet, der samlet omfattede 275 studier fra en række forskellige lande, hvor majoriteten var udgjort af vestlige lande, herunder bl.a. USA, Canada, England, Norge, Sverige, Danmark, Tyskland. Seks temaer blev identificeret på tværs af de inkluderede studier: 1) politiske, sociale og kulturelle faktorer, 2) miljø og ressourcer, 3) faktorer relateret til retningslinjen, 4) faktorer relateret til de sundhedsprofessionelle, 5) patientrelaterede faktorer og 6) faktorer relateret til adfærdsregulering. De mest gennemgående barrierer var kommunikation på tværs af sundhedsprofessionelle, tidsbegrænsninger, manglende anvendelighed i den virkelige verden, mangel på viden og kompetencer, manglende motivation og adherence samt utilstrækkelig aflønning/belønning og incitament. De mest gennemgående muliggørende faktorer var tilstedeværelsen af teknisk support, rettidig uddannelse og træning af sundhedsprofessionelle og en tidlig indsats med PU for at optimere patienternes forventninger og egenhåndtering. Andre muliggørende faktorer omfattede bl.a. muligheden for revision og feedback.

Vurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews

Overordnet er det et veludført studie. Reviewet er udført i overensstemmelse med den anerkendte og evidensbaserede retningslinje PRISMA, hvilket fremmer transparens og reproducerbarhed.

Der er et klart formuleret forskningsspørgsmål, som er kongruent med valg af metode, herunder valg af søgestrategi, søgetermer og databaser samt resultater og konklusion, hvilket fremmer den interne validitet. Søgestrategien blev gennemgået af to erfarne forfattere og en bibliotekar, og er generelt transparent og udførligt beskrevet, hvilket højner reproducerbarheden. Alle inkluderede studier blev kritisk vurderet ved hjælp af en anerkendt tjekliste fra JBI. Den metodologiske kvalitet af de inkluderede studier blev af forfatterne generelt vurderet til at være robust, da alle de inkluderede studier havde en kvalitetsscore på minimum syv ud af 11 ud fra tjeklisten.

De inkluderede studier belyste implementeringen af kliniske retningslinjer for en lang række forskellige sygdomme og lidelser, hvilket kan kompromittere generaliserbarheden og den eksterne validitet til specifikke patientgrupper. Der blev ikke foretaget subgruppeanalyser, som netop kunne have imødekommet dette. Dog identificerede forfatterne gennemgående barrierer og muliggørende faktorer på tværs af studierne, hvilket giver mulighed for at vurdere disse faktorer generelt i forbindelse med implementering af evidensbaserede kliniske retningslinjer i primærsektoren. Dette gør studiets resultater relevante og overførbare til specialets undersøgelsesspørgsmål, hvor det netop ønskes at afdække barrierer og muliggørende faktorer på et generelt plan. Der var desuden en stor diversitet i oprindelseslandene i studierne, hvor også en minoritet var ikke-vestlige lande, som kan være mindre overførbare til dansk kontekst.

Tabel 5: Kritisk vurdering af Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: an overview of systematic reviews (Wang et al., 2023)

Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis (Ng et al., 2021)

Formål

Reviewet har til formål at undersøge, hvilke barrierer og muligheder der har indflydelse på anvendelsen af en biopsykosocial tilgang til muskuloskeletale smerter i primærsektoren ud fra de sundhedsprofessionelles perspektiv.

Design, metode og studiepopulation

Der blev udført en kvalitativ evidens-syntese med afsæt i fire databaser (CINAHL, Embase, MEDLINE og PsycInfo). 25 kvalitative studier fra 11 lande blev inkluderet. 24 studier var fra OECD-lande, og ét studie var fra Brasilien. Der blev anvendt en metasyntese-tilgang til systematisk identificering og syntetisering af unikke, kvalitative indsigter fra sundhedsprofessionelle om deres anvendelse af en biopsykosocial tilgang. Metasyntese-tilgangen er både deduktiv og induktiv. De inkluderede studier omhandlede perspektiver på en biopsykosocial tilgang til muskuloskeletale smerter fra sundhedsprofessionelle i primærsektoren (alment praktiserende læger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, kiropraktorer). Patientgruppen i de inkluderede studier var voksne med non-cancer muskuloskeletale kroniske smerter. Alle inkluderede studier anvendte kvalitative dataindsamlings- og analysemetoder.

Resultater

Ud fra de 25 inkluderede studier blev der identificeret tre metatemaer: 1) På mikroniveau, 2) På mellemniveau og 3) På makroniveau. På mikroniveau er der flere faktorer, som påvirker adaptationen af en biopsykosocial tilgang: sundhedsprofessionelles personlige viden og kompetencer samt misforståelser af kliniske retningslinjer og patientens udtalelser og adfærd. Ligeledes er der på mellemniveau flere faktorer, der har indflydelse på en biopsykosocial tilgang: udformningen af kliniske retningslinjer, kliniske fællesskaber, økonomiske faktorer, udøvelsen i praksis, ressourceudfordringer samt kommunikationskompetencer. Slutteligt fandt forfatterne, at der på makroniveau er sundhedspolitiske, organisatoriske og sociale faktorer, som har betydning for en biopsykosocial tilgang.

Vurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews

Reviewet er et overordnet veludført studie. Reviewet blev udført ud fra en metasyntese-tilgang og i overensstemmelse med de anerkendte og evidensbaserede retningslinjer PRISMA og ENTREQ, hvilket fremmer transparens og reproducerbarhed. Den interne validitet er høj, da der er kongruens mellem forskningsspørgsmål, herunder søgestrategi, valg af metode og resultater. Ligeledes er valg af databaser, søgeord, in- og eksklusionskriterier

udførligt beskrevet, hvilket højner reproducerbarheden. To forfattere screenede studier på titel og abstract uafhængigt af hinanden, og uenigheder om inddragelse af studier blev løst af en tredje forfatter, hvilket øger den interne validitet. Alle inkluderede studier blev kritisk vurderet af hovedforfatteren ved anvendelse af den anerkendte tjekliste for kvalitative studier, CASP. To øvrige forfattere vurderede den metodiske kvalitet af 28% af de inkluderede studier for at sikre kongruens.

De inkluderede studier belyste implementeringen af en biopsykosocial tilgang til muskuloskeletale smerter hos sundhedsprofessionelle i primærsektoren, hvilket kan reducere generaliserbarheden og den eksterne validitet til specifikke sundhedsprofessionelle samt behandlingsformer. Forfatterne identificerede dog gennemgående barrierer og muliggørende faktorer på tværs af studierne, hvilket giver mulighed for at vurdere disse faktorer generelt i forbindelse med implementering af kliniske retningslinjer i primærsektoren, som bygger på evidensbaseret viden. Dette gør studiets resultater relevante og overførbare til specialets undersøgelsesspørgsmål.

Tabel 6: Kritisk vurdering af Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis (Ng et al., 2021)

Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews (Lau et al., 2016)

Formål

Formålet med reviewet var at identificere, opsummere og syntetisere den tilgængelige litteratur omhandlende årsager til kløften mellem evidens og praksis samt forklaringer på, hvorfor og hvordan komplekse interventioner ikke kan implementeres i klinisk praksis i primærsektoren.

Design, metode og studiepopulation

Der blev udført et systematisk review omfattende engelsksprogede reviews, der blev offentliggjort frem til december 2013. Den systematiske søgning blev foretaget i fem databaser (MEDLINE, Embase, CINAHL, Cochrane Library og PsycINFO). De inkluderede studier var fra henholdsvis USA, Canada, Storbritannien, Australien og Europa. Alle studier indeholdt de opstillede inklusionskriterier, som var primærsektoren i udviklede lande, komplekse interventioner, implementering og derudover skulle studierne være reviews. Referencelisterne i alle inkluderede studier blev gennemgået for at finde yderligere relevante studier.

De inkluderede reviews skulle omhandle årsager til kløften mellem evidens og praksis for komplekse interventioner i primærsektoren. Det primære fokus var professionel adfærdændring, hvormed data kom fra flere perspektiver, herunder sundhedspersonale og administrativt personale.

Resultater

Der blev i alt inkluderet 70 reviews. 17 studier var kvantitative undersøgelser, fire studier var kvalitative og 30 studier var kombinerede kvantitative og kvalitative undersøgelser. Ingen af studierne anvendte begrebet "årsag", men derimod barrierer og facilitatorer.

Der blev identificeret barrierer og facilitatorer for implementering af komplekse interventioner i primærsektoren. Dette resulterede i udviklingen af en begrebsramme, som understregede vigtigheden og den indbyrdes afhængighed af den eksterne kontekst, hvori implementeringen fandt sted, organisatoriske træk, karakteristika for de involverede sundhedsprofessionelle og karakteristika ved interventionen. Forståelse af konteksten, samspillet mellem facilitatorer og barrierer for implementering og overvejelser omkring tilpasningen mellem interventionen og konteksten er afgørende for, i hvilken grad implementeringen af en intervention er vellykket.

Begrebsrammen som blev udviklet kan bruges af sundhedsfaglige forskere og/eller primære sundhedsorganisationer, der søger at forbedre implementeringen af effektive komplekse interventioner ved at identificere deres kontekstspecifikke problemstillinger.

Vurdering ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews

Studiet er veludført. Kvaliteten af de inkluderede studier blev vurderet ud fra den anerkendte og evidensbaserede retningslinje PRISMA.

Forskningsspørgsmålet er klart formuleret. Derudover er der god sammenhæng mellem formålet og metoden, herunder søgestrategien der inkluderer databaser og søgetermer. Yderligere er der god sammenhæng mellem formål, resultater og konklusion, hvilket øger den interne validitet af reviewet. Reviewets søgestrategi er generelt transparent, og øger dermed reproducerbarheden. Yderligere blev søgningen udført af en primær forfatter i samråd med en specialiseret bibliotekar. Enhver uoverensstemmelse eller usikkerhed blev løst igennem diskussion mellem primær forfatter og bibliotekaren i første omgang. Ellers blev en tredje forfatter inddraget, hvilket øger den interne validitet. Reviewet blev afrapporteret i overensstemmelse med ENTREQ for at sikre transparens i rapporteringen af syntesen.

Dette review belyser ikke én form for klinisk emne eller disciplin, men har et bredt fokus i form af at reviewet muliggør en sammenligning på tværs af forskellige komplekse interventioner, forskellige resultater og forskellige sundhedstilstande eller befolkningsgrupper i primærsektoren. Det kan svække generaliserbarheden og den eksterne validitet, at de inkluderede reviews ikke omhandler en specifik patientgruppe. En subgruppeanalyser blev ikke foretaget, selvom det kunne have kompenseret for dette.

På tværs af de inkluderede reviews blev der identificeret barrierer og facilitatorer for

implementering af evidensbaserede komplekse interventioner i primærsektoren. I den forbindelse anses dette review som relevant og overførbart til specialets undersøgelsesspørgsmål og bidrager til at afdække barrierer og faciliterende faktorer for implementering af komplekse interventioner i primærsektoren generelt, men ikke for en specifik patientgruppe.

Tabel 7: Kritisk vurdering af Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews (Lau et al., 2016)

9.1.2 Resultater fra litteraturstudie

I nedenstående afsnit præsenteres de samlede resultater fra litteraturstudiet. Tabel 8 illustrerer, hvilke overordnede temaer der fremgår på tværs af de inkluderede studier. Som beskrevet omfatter studierne forskning fra flere forskellige oprindelseslande, og kan afstedkomme overvejelser om overførbarheden til dansk kontekst. Dette er væsentligt at inddrage i fortolkningen af litteraturstudiets resultater, hvilket diskuteres mere uddybende i afsnit 10.4.6.

Temaer
Organisatoriske faktorer
Faktorer relateret til de sundhedsprofessionelle
Ressourcer
Udformningen af en klinisk retningslinje
Omgivelsernes betydning og samfundsmæssige faktorer
Patientrelaterede faktorer

Tabel 8: Oversigt over fremanalyserede temaer i litteraturstudiet

9.1.2.1 Organisatoriske faktorer

Almen praksis som organisation varierer i karakteristika, hvilket indebærer en forskelligartet sammensætning af professioner, men der er ligeledes forskel i organisationsstruktur, kultur og arbejdsmetoder i de enkelte lægepraksisser (Lau et al., 2016). Disse forskelligartede karakteristika kan gøre det udfordrende at gennemføre forandringer, når nye evidensbaserede retningslinjer skal implementeres (Lau et al., 2016). Næsten alle ændringer i praksis kan være særligt svære at implementere, da det vil kræve ændringer på flere parametre (Lau et al., 2016). Bl.a. anses paratheden i den enkelte lægepraksis at være en barriere. Parathed indebærer manglende forberedelse af personale eller strategisk planlægning, såsom ressourceplanlægning og implementeringsplaner. Denne organisatoriske parathed ses at variere fra praksis til praksis

(Lau et al., 2016). Wang et al. (2023) fremhæver bl.a., at implementeringen af evidensbaserede kliniske retningslinjer er udfordrende i forbindelse med, at organisationsstrukturen ændres. Ydermere anses det som en hæmmende faktor for implementeringen af evidensbaserede kliniske retningslinjer, at prioriteringer i den enkelte praksis og variationer i måden, en praksis drives på, skal ændres (Wang et al., 2023). I tråd hermed finder Lau et al. (2016), at implementeringen af nye processer i almen praksis kan ændre arbejdsopgaverne, men at dette både kan betragtes som en facilitator og en barriere. Implementeringen af en evidensbaseret klinisk retningslinje kan medføre omkostningsbesparelser eller en mere effektiv arbejdsgang (Lau et al., 2016). Omvendt kan implementeringen af en ny evidensbaseret klinisk retningslinje kræve, at organisationen prioriterer og beslutter, om andre arbejdsopgaver skal sættes i bero (Lau et al., 2016). Dette kan resultere i lavere produktivitet og en øget arbejdsbyrde for personalet (Wang et al., 2023), hvilket kan anses som en barriere for implementeringen (Lau et al., 2016).

I flere af studierne fremhæves ledelse som en vigtig funktion, for at implementeringen af evidensbaseret kliniske retningslinjer lykkes (Lau et al., 2016; Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). På den ene side kan manglende lederskab betragtes som en barriere, særligt hvis ledelsen ikke kan drive forandring, prioritere, lave ændringer eller styre implementeringsprocessen (Lau et al., 2016). Derimod kan en klar ledelsesstruktur og kontinuerlig kommunikation fra ledelsen fremme implementeringen af evidensbaserede kliniske retningslinjer (Lau et al., 2016; Wang et al., 2023). Særligt er en stærk opbakning og ledelsesstøtte samt forventning til sundhedspersonalet i almen praksis om at følge den faglige udvikling og evidensbaserede praksis, fremmende for implementeringen af en biopsykosocial tilgang til behandlingen (Ng et al., 2021). Således har en stærk og konsekvent intern og ekstern ledelse en positiv indvirkning på implementeringen af kliniske retningslinjer i almen praksis. Dette i form af en indflydelsesrig leder, der respekteres og er betroet af personalet til at drive forandring (Lau et al., 2016).

De interprofessionelle relationer i almen praksis er ligeledes en faktor i implementeringen af evidensbaserede kliniske retningslinjer (Lau et al., 2016). Først og fremmest er positive og tillidsfulde tværprofessionelle relationer samt effektiv tværprofessionel kommunikation fremmende for implementeringen (Wang et al., 2023). Dette gør det muligt for personalet at diskutere relevante emner og give input til de udfordringer, der opstår i forbindelse med implementeringen (Lau et al., 2016). I tråd hermed fremhæves det, at tværfaglige teams med

forskellig ekspertise og længde af erhvervserfaring i en ikke-hierarkisk struktur medfører erfaringsbaseret læring fra kollegaer, som øger muligheden for bedre håndtering af en udfordrende patientgruppe (Ng et al., 2021), og samtidig fremmer implementeringen af en evidensbaseret klinisk retningslinje (Lau et al., 2016). Modsat kan implementering af evidensbaserede kliniske retningslinjer understøtte og lette det tværfaglige samarbejde samt give et fælles sprog i behandlingen (Ng et al., 2021). En succesfuld implementering kræver dog en klar definition af ansvars- og rollefordeling (Lau et al., 2016). Dette understøttes af Wang et al. (2023), der finder, at en klar rollefordeling og tidligere inddragelse af sygeplejersker i primærsektoren kan fremme implementeringen af evidensbaseret praksis.

9.1.2.2 Faktorer relateret til de sundhedsprofessionelle

De inkluderede studier viser, at de sundhedsprofessionelles viden og kompetencer har indflydelse på implementeringen af evidensbaseret praksis. Reviewet af Ng et al. (2021) undersøgte betydende faktorer for implementering af en biopsykosocial tilgang i almen praksis og fandt, at der på medicinstudiet mangler eksplicit kommunikationstræning i, hvordan de medicinstuderende i praksis skal nærme sig patienters følelser og samtidig vurdere og adressere patientens psykosociale bekymringer. Dette er en hæmmende faktor for implementeringen af en biopsykosocial tilgang som evidensbaseret praksis, da det, de medicinstuderende bliver undervist i på universitetet, har indflydelse på deres senere adfærd i praksis (Wang et al., 2023). I tråd hermed har manglende tillid til egen evne til at udføre specifikke opgaver ligeledes en betydning for implementeringen (Lau et al., 2016). Sundhedsprofessionelle, der er bevidste om egen manglende viden, er dog også i stand til at reflektere over deres arbejds erfaring og behov for at søge ny viden (Ng et al., 2021). Ligeledes har alment praktiserende læger med en høj faglighed også en professionel dømmekraft til at anvende videnskabelig og erfaringsbaseret viden i praksis (Lau et al., 2016). Reviewet af Ng et al. (2021) viser, at sundhedsprofessionelle, der opnår yderligere kvalifikationer gennem deltagelse i kurser eller lignende, oftest er mere sikre i praksis af den biopsykosociale tilgang. Dette understøttes af Wang et al. (2023) der fandt, at træning og undervisning af sundhedsprofessionelle med henblik på at vedligeholde færdigheder og udvikle nye i henhold til nye anbefalinger eller retningslinjer virker fremmende på implementeringen af evidensbaseret praksis. Muligheden for tilegnelsen af yderligere viden og kompetencer gennem videreuddannelse fremmer således implementeringen af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016). Særligt foreslås videreuddannelse, der inkluderer gruppearbejde, tværfaglige møder samt tid til at diskutere problemstillinger og aktuelle håndteringsstrategier som en fremmende faktor (Breen et al., 2007). Ligeledes kan skemalagte

supervisioner og feedback anvendes, hvilket motiverer de sundhedsprofessionelle og samtidig fremmer implementeringen af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023).

Hvorvidt de sundhedsprofessionelle er forandringsvillige og har motivation for at indføre evidensbaseret praksis, har ligeledes betydning for implementeringen. Reviewet af Lau et al. (2016) viser, at alment praktiserende læger først og fremmest kan have negative overbevisninger om, at implementeringen ikke nytter eller omfatter opgaver, som er en del af deres rolle i praksis. Samme review fandt, at tidligere erfaring i praksis påvirker lægernes holdninger til implementering af ny evidens (Lau et al., 2016). I tråd hermed udtrykker nogle læger, at de er mindre begejstrede for at implementere evidensbaseret praksis, da det er associeret med besvær for både læger og patienter samt hårdt arbejde (Freeman & Sweeney, 2002). For lægerne er evidensbaseret praksis ikke blot noget, der læses i medicinske tidsskrifter og derefter direkte overføres i konsultationen med patienten. Lægerne kan opleve en ængstelighed i at skulle praktisere den nyeste evidens overfor patienterne og samtidig føle en frygt for at fejle (Freeman & Sweeney, 2002). Evidensbaseret praksis kan således medføre bekymringer om nedsat autonomi og manglende evner til at praktisere fuldt ud (Lau et al., 2016), hvilket kan påvirke de sundhedsprofessionelles self-efficacy og selvtillid i at håndtere sundhedsproblemer (Wang et al., 2023). Det kan udgøre en barriere for implementeringen af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016; Wang et al., 2023). Der er dog også positive følelser hos lægerne overfor evidensbaseret praksis. Nogle læger finder det trygt at anvende evidens som støtte i konsultationen med patienterne, men udtrykker samtidig, at de altid individualiserer behandlingen til den enkelte patient (Freeman & Sweeney, 2002).

9.1.2.3 Ressourcer

I de inkluderede studier er ressourcer i form af økonomi og tid identificeret som faktorer, der kan fremme og hæmme implementeringen af evidensbaseret praksis. Økonomiske ressourcer er først og fremmest af stor betydning for implementeringen (Lau et al., 2016). På et organisatorisk plan fremmer det implementeringen, hvis omkostningerne kan medføre et positivt afkast. Særligt er den investerede tid i konsultationen en faktor (Lau et al., 2016). Modsat er manglende beviser for, at den evidensbaseret praksis er omkostningseffektiv hæmmende for implementeringen (Lau et al., 2016). I tråd hermed fremmer det implementeringen af en evidensbaseret praksis, når finansierings- og aflønningssystemet stemmer overens med de evidensbaserede retningslinjer (Ng et al., 2021) samt incitamentet hos de sundhedsprofessionelle (Wang et al., 2023). Modsat vil en mangel på passende aflønning

eller økonomisk incitament være en hæmmende faktor hos de sundhedsprofessionelle for at implementere den evidensbaserede praksis (Wang et al., 2023).

Tid som ressource er ligeledes på mange punkter en barriere i at implementere evidensbaseret praksis. Overordnet påvirker arbejdsstrukturen i organisationen, hvordan de sundhedsprofessionelle har mulighed for at følge de evidensbaseret retningslinjer (Ng et al., 2021). Særligt bliver det opfattet som en barriere hos lægerne, at der er manglende tid til at planlægge og implementere nye arbejdsgange (Lau et al., 2016). Yderligere er den manglende tid til at læse og orientere sig i nye evidensbaserede kliniske retningslinjer en barriere for implementeringen (Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). Tid i konsultationen med patienten er generelt en begrænsning, der udgør en hæmmende faktor for, at lægerne implementerer evidensbaseret praksis (Breen et al., 2007). En årsag til dette er, at lægerne betragter den kliniske evidens som generisk, og skal tilpasses og individualiseres til patientens behov (Freeman & Sweeney, 2002). Implementeringsprocessen er således kompleks og adaptiv, og tid som ressource er generelt en hæmmende faktor (Freeman & Sweeney, 2002).

9.1.2.4 Udformning af en klinisk retningslinje

I de inkluderede studier blev der identificeret en række faktorer relateret til udformning og formidling af en evidensbaseret klinisk retningslinje, der kan have betydning for implementeringen af denne i praksis. I reviewet af Lau et al. (2016) udtrykkes det, at implementeringen af en evidensbaseret praksis kan fremmes, hvis denne indeholder velorganiserede retningslinjer med målbare handlinger, der er baseret på tydelige og stærke anbefalinger. Dette understøttes af Wang et al. (2023), der ligeledes fremstiller manglen på klare og specifikke kliniske retningslinjer som en barriere for implementeringen af evidensbaseret praksis. Brugen af fakta og tal i kliniske retningslinjer kan bidrage til bedre og mere beroligende kommunikation og rådgivning til patienterne (Ng et al., 2021), og herigennem fremme brugen af evidensbaseret viden i praksis. Generelt skildres det, at en kompleks evidensbaseret retningslinje har bedre forudsætninger for en vellykket implementering, hvis den er godt designet, anvendelig, pålidelig, brugervenlig, let tilgængelig, hurtig og kan give nøjagtig og opdateret information (Lau et al., 2016). Med hensyn til gennemførelsen og troværdigheden af evidensbaseret praksis spiller politiske agendaer og professionelle organisationer, der udfærdiger kliniske retningslinjer, også en rolle (Lau et al., 2016). Ligeledes hæmmer det implementeringen af kliniske retningslinjer i almen praksis, da disse ofte ikke er valideret og tilpasset specifikke kontekster, men blot er generelle

retningslinjer indenfor en given sygdom eller patientgruppe (Wang et al., 2023). Dette kan bl.a. betyde, at alment praktiserende læger ofte kan føle sig begrænsede i at anvende kliniske retningslinjer (Wang et al., 2023). I overensstemmelse hermed fandt Lau et al. (2016), at evidensbaserede retningslinjer, der kan tilpasses den organisatoriske praksis, værdier og kulturelle normer kan fremme implementeringen heraf. Supplerende kan der med fordel udformes vejledninger internt i den enkelte praksis der statuerer, hvordan en given behandling skal udføres, for at sikre kvaliteten i behandlingen og en ensartet praksis (Lau et al., 2016).

9.1.2.5 Omgivelsernes betydning og samfundsmæssige faktorer

Wang et al. (2023) viser, at der mellem samfundets opfattelse af den rette behandling og den anbefalede evidensbaserede praksis kan være en kløft. Opfattelsen i samfundet kan bl.a. skyldes patienters overbevisninger fra misledende information fra deres omgivelser (Ng et al., 2021). Denne forskel mellem samfundets opfattelse og den evidensbaserede praksis kan påvirke den sundhedsprofessionelles opfattelse af, hvad der er passende at gøre i behandlingen af patienten (Wang et al., 2023). I tråd hermed finder Ng et al. (2021) at der i almen praksis er forankret en biomedicinsk kultur blandt de sundhedsprofessionelle, hvilket er en barriere for håndteringen af særligt de psykosociale elementer. Yderligere har flere sundhedsprofessionelle en stærk biomedicinsk professionel identitet, og anser det således ikke som deres opgave eller ansvar at håndtere patienternes psykosociale faktorer (Ng et al., 2021). Modsat er det en fremmede faktor for implementeringen af evidensbaseret praksis, hvis der fra regeringen eller myndighederne er en opmærksomhed rettet mod den specifikke patientgruppe eller behandling (Breen et al., 2007). Ligeledes er tilstedeværelsen af nationale og lokale politikker faktorer, som kan muliggøre og fremme implementeringen af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016). Yderligere er offentlighedens opmærksomhed også en vigtig faktor i implementeringen. En stor offentlig opmærksomhed på en given patientgruppe eller behandling kan være en stærk fremmede faktor for implementeringen af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016).

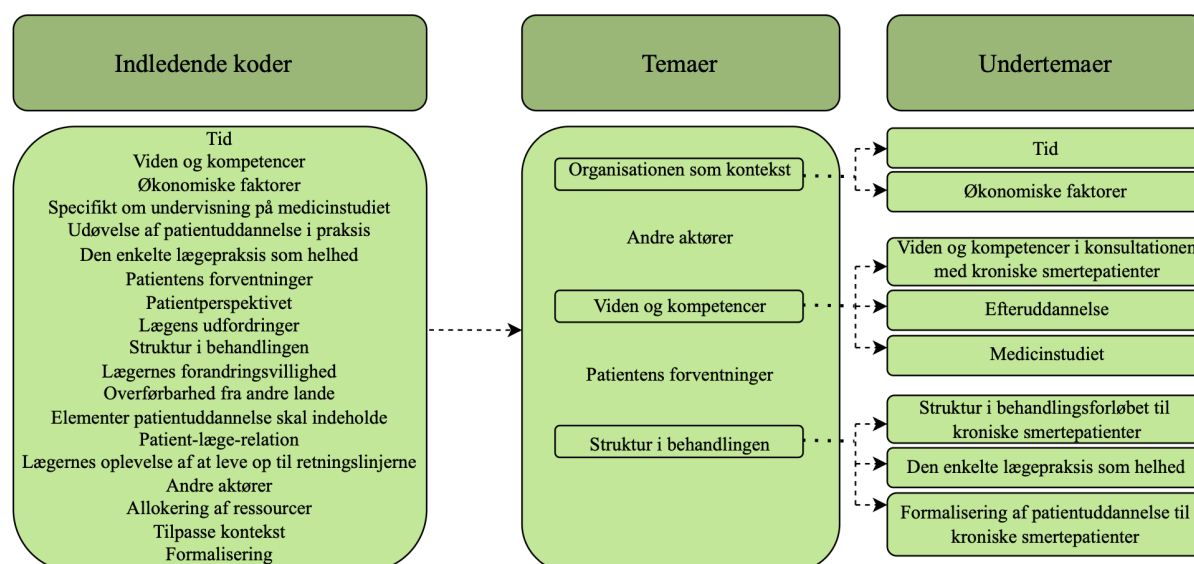
9.1.2.6 Patientrelaterede faktorer

Flere af studierne finder, at relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten har indflydelse på implementeringen af en intervention (Lau et al., 2016; Ng et al., 2002; Freeman og Sweeney, 2002; Wang et al., 2023). Lau et al. (2016) finder, at uoverensstemmelser mellem patienten og den sundhedsprofessionelles forventninger til behandlingen hæmmer implementeringen af evidensbaseret praksis. Særligt oplever de praktiserende læger, at patientens forventninger ofte ikke stemmer overens med lægens egne synspunkter, hvilket

anses som en udfordring, der påvirker de praktiserende lægers håndtering og behandlingstilgang samt implementeringen af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023). I den forbindelse anses det som vigtigt, at lægen har viden om, hvordan konflikter i læge-patient-relationen håndteres (Ng et al., 2021). Studiet af Breen et al. (2007) fremhæver, at lægerne ønsker at undgå konflikter med patienterne, og at dette kan være en forklarende årsag til, hvorfor implementering af evidens i almen praksis er en udfordring. På trods af god evidens for at anvende en særlig behandlingstilgang, viste studiet af Freeman og Sweeney (2002), at lægerne som en start overvejer patientens situation og hvilken kontekst, patienten befinder sig i. Hvordan lægen opfatter patientens situation og karakteristika, kan således både have en positiv og negativ indflydelse på implementeringen af evidensbaseret praksis (Freeman & Sweeney, 2002; Ng et al., 2021). Nogle sundhedsprofessionelle kan have en negativ opfattelse af kroniske smertepatienter og en opfattelse af, at patienten blot vil have medicin og “snyder sig til det” (Ng et al., 2021). En sådan opfattelse vil typisk have en indflydelse på, hvorvidt den sundhedsprofessionelle implementerer en biopsykosocial tilgang i sin behandling (Ng et al., 2021). I modsætning hertil fremhævede en læge i studiet af Freeman og Sweeney (2002), at vedkommende brugte en del tid på at opbygge en relation til patienten, hvorfor vedkommende ikke fulgte de kliniske retningslinjer fra behandlingens start. Men når en god og tillidsfuld relation til patienten var opbygget, havde lægen mulighed for at praktisere evidensbaseret praksis (Freeman & Sweeney, 2002). Dette underbygges af Ng et al. (2021) som finder, at for at udføre en biopsykosocial behandlingstilgang, er det vigtigt at den sundhedsprofessionelle opbygger en tillidsfuld relation til patienten, er empatisk og anerkender patientens perspektiv. Det, at den sundhedsprofessionelle anerkender smerter som en del af patientens generelle helbred og har forståelse for, at smerter kan forværres af psykologiske faktorer og social stress, fremmer implementeringen af en biopsykosocial behandlingstilgang (Ng et al., 2021). Når den sundhedsprofessionelle derimod har udfordringer med at skabe en god relation til patienten samt at få patienten til at åbne op om sårbare emner pga. manglende kommunikations- og rådgivningsevner, hæmmer det implementeringen af en biopsykosocial behandlingstilgang (Ng et al., 2021). Flere faktorer hos patienten har ligeledes betydning for implementeringen af en evidensbaseret praksis (Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). Særligt hæmmer det implementeringen, såfremt patienten har lav *health literacy* (dansk: sundhedskompetencer), lav adherence (dansk: overholdelse af anbefalinger), dissonante forventninger og mål med hensyn til sygdomshåndtering eller havde en misforstået sygdomsopfattelse og manglende forståelse for konsekvenserne af sygdommen (Wang et al., 2023).

9.2 Kvalitativ analyse

I nedenstående afsnit analyseres data fra interviewene med de alment praktiserende læger. Analysen tager udgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi jf. afsnit 8.2.6. Processen fra indledende koder til endelige temaer illustreres i figur 4.



Figur 4: Oversigt over koder og temaer

9.2.1 Organisationen som kontekst

På tværs af interviewene fremgår det, at strukturen i almen praksis som organisation kan være en begrænsning for at udøve PU. Lægerne udtrykker, at når en retningslinje skal implementeres i praksis, så fordrer det, at retningslinjen kan tilpasses organisationens kontekst og ressourcer. På trods af at retningslinjen er evidensbaseret, udtaler Bo: “(...) så er der flere ting, der gør, at det ikke bare bliver samlet op ude i almen praksis.” (Bo). Særligt udtrykker Bo, at der er flere faktorer i måden, hvorpå almen praksis er struktureret på, som udgør barrierer for, at PU udøves til kroniske smertepatienter. Bo problematiserer, at strukturen har betydning for lægens konsultationer med patienterne: “Det der med at få koblet ting op, som man fagligt gerne vil, men som også passer ind i det praktiske og den struktur, du har omkring det arbejde, du udfører. Det tror jeg nemlig er den største barriere.” (Bo)

9.2.1.1 Tid som barriere

Alle informanterne udtrykker, at tiden er den primære barriere for at udøve PU til kroniske smertepatienter, og Anders tydeliggør, at det er gældende på flere parametre: “Altså generelt er vi jo en sektor under tidspres.” (Anders). Tiden er et generelt problem, som ifølge Bo er uløseligt, men som skal rummes, eftersom strukturen i almen praksis er bygget op omkring

korte konsultationer. Kim er af samme opfattelse, men udtaler samtidig: “(...) konsultationstids-knapheden det er jo en begrænsende faktor, men det er også en betingelse. Det er et grundvilkår.” (Kim). Almen praksis er bygget op om en konsultationsstruktur af ca. ti minutters varighed, hvor patienten kan fremlægge ét helbredsrelateret problem. Ifølge Bo er der dog mange forskellige holdninger til denne begrænsning: “Jeg tænker nu personligt, at jeg sagtens kan have flere problemstillinger oppe [i en konsultation]. Men det er klart, jo flere problemstillinger jeg bliver præsenteret for på ti minutter, så begynder min tid hurtigt at blive presset, ikke.” (Bo). Kim mener, at det er en problematik, som har været stigende de sidste 20 år. Dengang gik folk ikke nær så meget til lægen, og der var samtidig heller ikke nær så meget kronikerkontrol ved den alment praktiserende læge. Af den årsag er den enkelte patients lægetid blevet mere knap, hvilket Bo er enig i, og samtidig udtaler, at det også har betydning for lægernes udøvelse af PU:

“(...) det [patientuddannelse] passer ikke rigtig godt ind i den måde, vi gør i almen praksis med de her korte forløb. Så patientuddannelse bliver ofte det, man kan nå på den korte snak om, hvordan de selv kan søge ekstra hjælp. Det kunne være gennem mindfulness eller sådan nogle muligheder.” (Bo)

Ifølge informanterne er det generelt begrænset, hvor dybe emner en konsultation kan rumme, når der er afsat ti minutter. Carl trækker tråde til kognitiv samtaleterapi, som er et forløb, hvor der er afsat mere tid i konsultationen, som netop muliggør, at der kan åbnes op for dybere emner. Han gør dog opmærksom på, at PU ikke har samme struktur som kognitiv samtaleterapi. Dog udtrykker han, at et fokus på smertepatienterne i form af en ekstra takst kan være en mulighed for, at lægerne bedre kan håndtere og prioritere tiden til PU. Dog pointerer han: “Det er ikke pengene, der er problemet i almen praksis. Det er tiden med alle de andre patienter.” (Carl). I forlængelse heraf fremhæver han, at overenskomsten udgør en økonomisk ramme for, hvad en praktiserende læge bliver betalt for. For selvom Carl først udtaler, at tiden er en større barriere end penge, så fylder det økonomiske stadig en del: “Altså vi vil jo bare gerne have os betalt for den tid, vi arbejder.” (Carl).

9.2.1.2 Økonomiske faktorer

Der er ifølge informanterne flere økonomiske aspekter ved udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter. På tværs af interviewene fremgår det, at viden og kompetencer først og fremmest fremmer muligheden for at udøve PU. Dog udtaler Bo, at muligheden for efteruddannelse ikke står alene i at fremme udøvelsen af PU i almen praksis:

“Jeg synes, det er vigtigt at have et efteruddannelsesstilbud, men noget af det vigtigste er at få strukturen til at passe sammen, så man har et efteruddannelsesstilbud samtidig med, at der kommer en bevidsthed om og en mulighed for, at køre det ind i en struktur, der passer ind i arbejdsgangen ude i almen praksis.” (Bo)

Strukturen i almen praksis, herunder det økonomiske aspekt, er således en betydende faktor for lægernes mulighed for at opnå bedre viden og kompetencer i PU. Anders fortæller, at praktiserende læger hvert år modtager mellem 16.000-18.000 kr. til kurser samt deltager på systematisk efteruddannelse, hvilket giver lægerne forholdsvis god adgang til at tilegne sig mere viden og stærkere kompetencer. Kim fortæller, at lægerne ved systematisk efteruddannelse modtager mere kursusrefusion og godtgørelse end på andre kurser: *“Så når det er blevet udvalgt til at være systematiske efteruddannelseskurser, så giver det flere penge, kan man sige.”* (Kim). Det antages hermed, at såfremt PU til kroniske smertepatienter bliver en del af den systematiske efteruddannelse, vil det udgøre et økonomisk incitament til, at lægerne tilegner sig yderligere viden og kompetencer, og således fremme udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. Kim pointerer det kort og godt: *“Men et incitament er jo helt klart noget med organisationen, noget med uddannelse, og noget med at der følger nogle penge med.”* (Kim).

Et yderligere generelt stort incitament til at udøve PU i konsultationen med kroniske smertepatienter vil være, hvis lægerne modtog et ydelseshonorar. Det nævnes af alle informanterne, at såfremt overenskomsten omfatter en velbetalt ydelse for patienter med kroniske smerter i mere end 12 uger, så vil det fremme udøvelsen af PU. Anders udtaler: *“Det ville gøre, at de fleste klinikker ville lave en eller anden form for instruks om, at de patienter [kroniske smertepatienter] skulle tilbydes det.”* (Anders). Samtidig nævner Kim, at lægerne dog ikke kun skal udføre en ydelse for pengenes skyld: *“Man skal gøre det, fordi man gerne vil hjælpe sine patienter.”* (Kim). Flere af informanterne mener, at et tiltag om ny ydelseshonorering kan hjælpe på de strukturelle udfordringer. Ifølge Bo vil det tydeliggøre, hvad lægerne skal levere. Han sammenligner det med behandlingen af diabetespatienter. I disse tilfælde er lægerne ikke i tvivl om deres opgave: *“Der er en struktur omkring det, og det passer også sammen med den forståelse, der er omkring honoraret.”* (Bo). Bo pointerer dog samtidig, at det er vanskeligt at ændre på en honoreringsstruktur, som baserer sig på overenskomsten, der aftales mellem Danske Regioner og PLO. For at overenskomsten kan blive ændret, kræver

det, at Danske Regioner og PLO præsenteres for nogle forskningsmæssige modeller, der viser, hvordan der kan skabes bedre patientforløb ved disse ændringer. Her fremhæver Bo igen diabetespatienterne som eksempel: *“Det er også forskningsmæssigt, at der er blevet vist, at det giver god mening og god patientbehandling at håndtere det på den her strukturerede måde.”* (Bo). På tværs af interviewene fremgår det generelt, at en ændring af overenskomsten og således strukturen kan have en essentiel betydning for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter. Kim uddyber, at det økonomiske har en særlig indflydelse hos de praktiserende læger:

”Altså det der med pengene betyder noget for nogen. Og der er ingen tvivl om, at det er et incitament for, at nogen gør noget ekstra. (...) Det kan være okay at honorere, at man gjorde en særlig indsats. Så det tror jeg helt sikkert, at det kunne være en vej frem.” (Kim)

Ifølge informanterne vil indførelsen af en ny specifik takst således kunne udgøre en fremmede faktor for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter. Samtidig udtrykker Bo, at det kan mindske kløften mellem lægernes faglige ønske og den struktur, der ligger i den nuværende honorering og overenskomst.

9.2.2 Struktureret behandlingsforløb til kroniske smertepatienter

En mulig barriere for udøvelsen af PU kan findes i den generelle mangel på strukturerede behandlingsforløb til kroniske smertepatienter i almen praksis. Ifølge Bo kan et mere struktureret behandlingstilbud optimere håndteringen af kroniske smertepatienter i almen praksis og fremme udøvelsen af PU, selvom kroniske smerter er komplekse og oftest kræver individualiserede behandlingsforløb:

“Jeg forestiller mig, at der nok er en højere andel af kroniske smertepatienter, der har behov for noget mere individuelt tilpasset. Men stadigvæk at en stor del af dem vil have gavn af, at der kører nogle helt faste tiltag, så man kan sige; (...) vi er færdige med at tale om, at det her det er noget, hvor vi kan finde årsagen. Nu går vi så over i at tale om, hvordan vi lever med det [smerterne]. (...) Der, i min optik, mangler vi et struktureret tilbud i almen praksis.” (Bo)

Bo sammenligner manglen på et struktureret behandlingstilbud til kroniske smerter med håndteringen af en anden patientgruppe med kronisk sygdom i almen praksis, diabetespatienter, hvor man for mange år siden heller ikke havde et struktureret forløb til denne patientgruppe. I

dag er der ifølge Bo velintegrerede og strukturerede forløb for diabetespatienter i almen praksis, som bl.a. også indeholder elementer af PU.

“Selvfølgelig har vi det på andre områder, for eksempel indenfor sukkersyge som det mest kendte eksempel. Der har vi jo en kronikeromsorg, hvor vi også har nogle faste ting, hvor vi stadigvæk har nogle målepunkter. Vi har nogle meget konkrete ting som vi kan gøre med medicinen, livsstilstiltag og vaner, og snakken omkring den form for livsstilstiltag (...). Men det har vi ikke på samme måde for smertepatienter.” (Bo)

Manglen på strukturerede tilbud kan således være en mulig begrænsende faktor for brugen af PU i almen praksis til kroniske smertepatienter. Trods dette mener Bo, at alment praktiserende læger alligevel laver meget PU med de kroniske smertepatienter, de møder i praksis. Dette kan i høj grad skyldes lange udredningsforløb, som oftest tager længere tid end tre måneder, som netop er tidskriteriet for kronicitet i relation til smerter. I denne periode foretages der ifølge Bo PU, hvilket betyder, at opgaven med PU til kroniske smertepatienter i nogen grad bliver løst, men med en mere klar struktur for behandlingsforløbet som helhed *“(...) kan det blive meget mere optimalt.”* (Bo). De lange og komplicerede udredningsforløb kombineret med en manglende struktur på behandlingsforløbet kan afstedkomme usikkerhed om, hvornår PU skal leveres: *“Problemet er bare, hvornår sætter du ind?”* (Bo). Bo fremhæver problematikken i at sætte tidligt ind med PU om kroniske smerter, hvis udredningsfasen og mulig årsagsidentificering stadig er i gang. Bl.a. dette kan gøre det svært at vurdere, hvornår PU i smertekronicitet skal leveres, og kan dermed udgøre en potentiel begrænsning for, at det udøves effektivt i almen praksis.

9.2.2.1 Formalisering af patientuddannelse til kroniske smertepatienter

Et andet gennemgående tema på tværs af informanterne er den manglende formalisering og konkretisering af, hvad PU til kroniske smertepatienter skal indeholde. Informanterne mener generelt, at der mangler klarhed over, *hvad* lægerne skal levere i PU. Eksempelvis udtaler Bo: *“Fordi hvad er et patientuddannelses tilbud, ik’? (...) Det er heller ikke skåret ud i pap, lige nøjagtig hvad det er vi skal, og der ligger ikke deciderede materialer til det.”* (Bo). Sammenligneligt hermed siger Anders: *“Det er trods alt lidt fluffy, hvad der ligger i ordet patientuddannelse, ik’?”* (Anders). Den manglende formalisering af PU kan hæmme udøvelsen i praksis, hvilket også kan hænge sammen med fraværet af et specifikt ydelseshonorar. En formalisering af PU kan således facilitere en usikkerhed over, *hvad* lægen skal levere i PU, men også *om* det er en alment praktiserende læges opgave, hvilket Kim uddyber: *“Vi er i den*

her gråzone, hvor vi indimellem synes, at vi er lidt lomme-psykologer, og vi er lidt 'lomme-ditten og datten'. Og så bliver vi i tvivl om, om det i virkeligheden er lægearbejde." (Kim). Flere af informanterne oplever endvidere, at mange læger i nogen grad varetager PU af kroniske smertepatienter, men at der mangler en struktur og konkretisering af det. Det kan ifølge Anders gøre det svært for lægerne at identificere, at de reelt udfører PU: *"Det er ikke sikkert at alle kollegaer vil italesætte det som patientuddannelse, fordi jeg vil tro, at der vil være en vis usikkerhed overfor, hvad der ligger i ordet patientuddannelse."* (Anders). I forlængelse heraf påpeger Bo, at PU til kroniske smerter i almen praksis ville kunne optimeres gennem formalisering og struktur:

"Hvis du gik lægerne lidt på klingen omkring patientuddannelse og smerte, så vil du helt sikkert kunne få frem, at de gør jo sådan set de ting, de skal, og de ved egentlig også godt, hvad det er. Men de har ikke den der skemastruktur for det. (...) Så på den måde vil jeg sige, at langt hen ad vejen så er der patientuddannelse, men det ville i min optik kunne løftes meget ved at blive struktureret." (Bo)

Struktur og formalisering vedrørende anvendelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis kan ligeledes fremme mere ensartethed på tværs af behandlere, der har med kroniske smerter at gøre. Kim udtaler: *"Vi skulle jo gerne have den samme tilgang til dem [kroniske smertepatienter]. Hvad enten det er primære kroniske smerter eller sekundære kroniske smerter, så skulle vi jo nogenlunde vide det samme, og gøre det samme."* (Kim). Dette understøttes af Bo:

"(...) det er et helt andet strukturelt problem, vi har, synes jeg, generelt i vores sundhedsvæsen. Det er altid patienterne, der bærer viden med sig imellem de forskellige behandlere. Og det gør, at vi meget tit får kommunikationsproblemer. (...) For jeg tror nemlig, at der bliver givet rigtig meget, ikke struktureret, men der bliver givet rigtig meget patientuddannelse, forklaringer og så videre. Men hvis ikke det er struktureret, hvordan ved man så, hvad det er, patienten har hørt? (...) Og så vidste du [den enkelte læge] også, at selvom det var den ene eller anden lægeklinik, så var der sket nogenlunde det samme. (...) Og det er den struktur, som jeg tænker, vi skal have ind. Specielt for patienter der er så komplekse som de patienter, der er ramt af kroniske smerter." (Bo)

Supplerende hertil kan mere tydelighed om indholdet i PU have betydning for patientens forventninger i mødet med lægen: *"Det gør det nemmere, hvis der er vejledninger om, hvad det [patientuddannelse] skal indeholde. Det kan være baggrund for en*

forventningsafstemning.” (Anders). Det tyder således på, at der ifølge informanterne kan være potentielle gevinster i en formalisering og mere struktureret tilgang til PU til kroniske smertepatienter i almen praksis, der også kan komme patienterne til gode.

9.2.2.2 Den enkelte lægepraksis som helhed

Som et gennemgående tema påpeger flere af informanterne, at alment praktiserende læger har en stor arbejdsbyrde, hvorfor der kan være potentiale i at udnytte hele klinikpersonalet gennem inddragelse og samarbejde med andre faggrupper internt på de enkelte klinikker:

“Jeg tror, at lægen skal være med til at initiere og sikre, at det er det rigtige behandlingstilbud og så videre, men når det gælder om dét at udføre kronikeromsorgen, så skal man tænke på klinikken som helhed. (...) Det er jo med at bruge ressourcerne bedst muligt. Og lægernes tid er begrænset og deres opgaver ligger meget på diagnose, udredning og medicinsk behandling. Det er også derfor, at jeg startede med at fremhæve, at jeg synes, det er klinikken, man skal kigge på som organisatorisk enhed. Fordi at klinikpersonale bredt set, inklusiv læger, har mange forskellige kompetencer (...).” (Bo)

Særligt brugen af sygeplejerskerne i almen praksis bliver nævnt som en potentiel mulighed for i højere grad at kunne udøve PU til kroniske smertepatienter. Denne type opgave har sygeplejerskerne erfaring med fra andre patientgrupper med kroniske sygdomme, hvilket Kim også kan se som en mulighed i forhold til PU af kroniske smertepatienter:

“Det vi [personale i egen klinik] arbejder i, det er at få lavet en fælles tilgang i klinikken, og en opdeling af hvad sygeplejerskerne tager sig af, og hvad lægerne tager sig af. Og der er jo nogle ting, læger skal tage sig af (...). Men i forhold til hele psykoedukationen og patientuddannelse, der har vi bestemt, at det vil vi lade mere og mere gå over til sygeplejerskerne, når de har været på de her kurser, og ligesom har fået en uddannelse i det. Fordi de er jo rigtig gode til patientuddannelse generelt, og de kan det jo i forvejen fra diabetespatienter og KOL-patienter og alle de andre kroniske sygdomme. Så det ville være en god måde, at de kunne bruge noget af deres viden, men også noget af deres erfaring fra de grupper og på den her type patienter.” (Kim)

Sygeplejerskernes erfaring og viden om PU fra andre kronikergrupper kan ifølge Kim ligeledes skabe noget tryghed hos patienterne, hvis patienterne får en oplevelse af, at sygeplejersken er kompetent til opgaven. Generelt vurderer Bo, at der er gode forudsætninger for at tænke klinikken ind som helhed i behandlingen af kroniske smertepatienter: *“Der er sygeplejerskerne*

og det samarbejde, der er internt i klinikken mellem lægen og sygeplejersken rigtig vigtig. Og fungerer mange gange rigtig godt. Så der er ikke langt fra lægen og sygeplejersken til at snakke sammen.” (Bo). På denne baggrund kan en effektiv udnyttelse af klinikpersonalets forskellige kompetencer være en potentiel facilitator for, at opgaven vedrørende PU til kroniske smertepatienter uddelegeres til sygeplejerskerne, hvormed det gode interne samarbejde, der i forvejen er, kan udnyttes.

9.2.3 Viden og kompetencer

Det fremgår på tværs af interviewene, at alment praktiserende læger oplever kroniske smertepatienter som en kompleks patientgruppe at behandle, der fylder meget hos lægerne i almen praksis. Informanterne oplever i nogle tilfælde, at deres viden og kompetencer bliver udfordret, hvormed dette kan udgøre en barriere for udøvelsen af PU. Bo udtrykker:

“(...) vi har egentlig på mange måder mange erfaringer med smertepatienter ligesom vores andre kroniske patienter. Men de [smertepatienterne] kommer tit til at fylde mere for os, fordi de rammer lige en lille smule på kant af, hvad vi er gode til.” (Bo)

Ifølge Bo er læger typisk meget konkrete problemknusere, men knap så effektive til at levere en langvarig terapeutisk behandling. Dog mener Bo, at læger besidder de nødvendige kommunikative kompetencer til både at håndtere sociale, psykologiske og medicinske problemstillinger for patienter med lette til moderate smerter. Carl er af samme opfattelse og udtrykker: *“I to tredjedele af tilfældene synes jeg, at jeg er godt klædt på. Og så er der den tredjedel, hvor jeg ofte sparrer med smertecentret eller (...) henviser til smertecentret, hvor jeg synes, at det er for komplekst.”* (Carl). Kim er ligeledes enig i, at lægerne har kompetencer og viden til at håndtere medicinske problemstillinger, men at det er særligt angstprovokerende at skulle nedtrappe smertepatienter i medicin. Informanten udtaler: *“(...) Vi giver dem [smertepatienter] opioider, fordi vi tror, vi gør noget godt. Vi vil jo gerne hjælpe dem. (...) Det er faktisk også angstprovokerende for lægen. Hvad så, hvis det ikke går? Hvad skal jeg så gøre? (...)”* (Kim). Kim fremhæver, at der er brug for en kulturændring for at sætte fokus på, at medicin ikke er den eneste behandlingsmulighed.

Kim anser det dog som en barriere for udførelsen af PU, at læger kan føle sig inkompetente, magtesløse og i nogle tilfælde opleve en følelse af afmagt som praktiserende læge, fordi de oplever ikke at have kompetencer til at løse patientens smerteproblematik med medicin. Kim

udtaler: “(...) Den der fornemmelse af, at jeg simpelthen ikke magter det. Det er jo lige meget, hvad jeg gør. Det bliver aldrig bedre. (...) Det der med at man som læge føler, at man ikke har nogle redskaber.” (Kim). Kim udtrykker samtidig at kunne føle sig inkompetent som en praktiserende læge, der ved lidt om alting og på den baggrund skal håndtere en kompleks smertepatient:

“Når man er praktiserende læge, er man speciallæge i almen medicin, og det vil sige man ved 'så lidt' om 'så meget'. Hvor specialisterne, de ved 'så meget' om 'så lidt'. Når man ved så lidt om så meget, så er det nogle gange, (...) at faren er, at jeg kan komme til at føle mig inkompetent. (...) Jeg sidder og gør noget, men i virkeligheden, så er jeg jo ikke smertelæge, jeg er jo ikke en neurolog, jeg er jo ikke psykolog. Jeg er jo bare en almindelig praktiserende læge, med lidt lomme-viden om alting. Og erfaring, det er fint, men det er jo ikke alt.” (Kim)

Ifølge informanterne kan deres viden og kompetencer i nogle tilfælde blive udfordret og dermed være en begrænsning for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. Dette på baggrund af at praktiserende læger oplever at have gode kompetencer og viden om brugen af medicin som behandling mod smerter. Dog udfordres deres kompetencer, når medicinen ikke virker. Kim fortæller, at frustrationerne kan opstå, fordi det mange gange er medicin, som lægerne griber til. Det tyder dermed på, at det ikke er naturligt for lægerne at påbegynde PU til kroniske smertepatienter sammenlignet med den medicinske behandling.

9.2.3.1 Efteruddannelse

Efteruddannelse er et andet gennemgående tema på tværs af interviewene. Der er generelt enighed blandt informanterne om, at efteruddannelsestilbud er et vigtigt element for at fremme PU i behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis. Som tidligere nævnt fremhæver Bo, at jo mere efteruddannelse og jo mere struktur der er på området, jo bedre løftes området. Det kan hermed antages, at en strukturering af efteruddannelsestilbud kan give mulighed for, at alment praktiserende læger i højere grad kan udvide deres kompetencer inden for PU. På tværs af interviewene fortæller informanterne, at smertekurser er blevet en del af den systematiske efteruddannelse, hvilket gør kurserne mere tilgængelige og eftertragtede for læger. Generelt vurderer Kim, at der inden for de sidste par år er kommet et større fokus på kroniske smertepatienter, som har resulteret i, at smertekurser er blevet implementeret i den systematiske efteruddannelse. Kim vurderer, at fokus på PU i den systematiske efteruddannelse kan fremme udøvelsen af PU i almen praksis: “Så ja, jeg tror også at uddannelse af læger og

personale betyder rigtig meget.” (Kim).

Informanterne udtrykker alle et ønske om, at de systematiske efteruddannelser med fordel kunne indeholde mere undervisning i PU af kroniske smertepatienter. Det kan hermed antages, at såfremt PU blev et element, der var i fokus på de systematiske efteruddannelser, ville lægerne have bedre forudsætninger for at tilegne sig viden og kompetencer inden for PU. Carl udtrykker bl.a.: *“Jeg er helt sikker på, at det ville blive eftertragtet, fordi de [smertepatienter] fylder jo meget.”* (Carl). Carl fortæller yderligere, at han har oplevet at smertekurserne har indeholdt meget undervisning om den medicinske behandling, hvilket han ikke oplever som lige så relevant som smertehåndteringsstrategier. Carl fremlægger et bud på, hvordan undervisningen kunne være tilrettelagt, for at læger har bedre mulighed for at udvide deres viden og kompetencer til at håndtere de problemstillinger, som kroniske smertepatienter er invalideret af:

“(...) Jeg synes lige så meget, det er undervisning om, hvordan patienterne lærer at håndtere og leve med deres kroniske smerter. (...) De har jo en psykolog ansat på smertecentret. Måske få et fælles kursus med dem [psykologerne] (...) og få nogle fifs til, hvordan de formulerer sig, og hvilke midler de bruger i undervisningen af smertepatienterne.” (Carl)

Det kan hermed antages, at et større fokus på PU på de systematiske efteruddannelser kunne fremme udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. På trods af at informanterne er enige om, at de systematiske efteruddannelser kunne indeholde mere PU, gør Kim opmærksom på, at viden fra efteruddannelser kan være svær at implementere i praksis, hvormed det kan være en barriere for udøvelsen af PU i almen praksis. Kim udtaler:

“Det der især udfordrer sådan et kursus [smertekursus] her, hvor man måske i forvejen har lidt berøringsangst. Det er jo det med at få det implementeret, når man kommer hjem. Det kan diffundere lidt ned mellem gulybrædderne, fordi så kommer hverdagen.” (Kim)

Informanterne er enige om, at efteruddannelse er vigtigt for at fremme udøvelsen af PU i almen praksis. Dog skal der tages højde for strukturen, samt at det er udfordrende at implementere PU i hverdagen trods undervisning heraf. Kim fremhæver, at supervision har givet mulighed for at forbedre egne kompetencer inden for PU. Dette ved at have fået andres perspektiv og feedback på håndteringen af smertepatienter i praksis ud fra videooptagelser af konsultationer

med smertepatienter:

“(...) Du finder ud af, at du ikke er den eneste, der sidder med det her. Der er andre, der har det ligesom dig. Få noget feedback, få nogle idéer og blive vurderet. Dele det rum, som det er at sidde med en patient. (...)” (Kim)

9.2.3.2 Medicinstudiet

Ud fra informanternes udsagn bekræftes det, at viden og kompetencer kan være en barriere for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis, da de pointerer, at medicinstudiet er mangelfuldt i forhold til uddannelse i håndteringen af kroniske smertepatienter og PU. Bo fortæller, at PU fylder meget lidt på studiet. Kim underbygger det og fortæller, at undervisning i PU ikke har fyldt meget på uddannelsen førhen og at det samtidig ikke er tilfældet for de nuværende studerende på medicinstudiet. På baggrund af sin erfaring med undervisning har Kim talt med nyuddannede læger om smertebehandling på medicinstudiet. Kim udtaler:

“De har jo heller ikke lært noget om smerter. Det er jo ikke fag på universitetet. Det er jo noget, man har lidt om i de forskellige specialer - hvordan behandler man smerter, hvis man har et brud, hvordan gør man, hvis de har gigtsygdomme. Men man har ikke den der samlede uddannelse.” (Kim)

Det indikerer, at undervisning i PU til kroniske smertepatienter på medicinstudiet er en barriere for at almen praktiserende læger udøver PU i almen praksis, da det fylder meget lidt på medicinstudiet. Kim vurderer dog, at det meget muligt kunne blive en del af medicinstudiet i fremtiden: *“Det er måske noget af det, der kommer et krav om i fremtiden, qua det at kroniske smerter nu er ved at blive en sygdom i det nye ICD 11-system.” (Kim).*

9.2.4 Inddragelse af andre aktører

På tværs af interviewene fremhæves muligheden om, at inddrage andre aktører i sundhedsvæsenet for herved effektivt at kunne levere PU til kroniske smertepatienter. Dette beskrives bl.a. af Carl: *“Jeg har svært ved at se, at vi kan løbe hurtigere, end vi gør lige nu (...). Så vi skal bare på en eller anden måde være bedre til at spille hinanden gode i sundhedsvæsenet.” (Carl).* Særligt et samarbejde med kommunerne er et gennemgående tema på tværs af interviewene, som flere af informanterne anser som en relevant aktør at samarbejde med i forbindelse med varetagelse af PU til kroniske smertepatienter:

“Kommunen har også mange tilbud, som vi gerne må henvise til, og det gør vi også tit omkring håndtering af deres [patienternes] kroniske smerter. Så kommunen hjælper os også med håndtering af, hvordan de rent mentalt accepterer deres smerter, fordi det er jo en vigtig del af smertebehandling.” (Carl)

Carl mener samtidig, at det har stor betydning for håndteringen af kroniske smertepatienter, at almen praksis bliver endnu bedre til at samarbejde med kommunen, og generelt har bedre kommunikation med andre aktører i sundhedsvæsenet. Sammenligneligt hermed mener Anders, at *“(...) kommunale tilbud i forhold til smertehåndteringskurser og den slags kunne være en udmærket ting for at skabe nemmere adgang til det.”* (Anders). Bo er ligeledes af den overbevisning, at et samarbejde med andre aktører kan skabe muligheder til gavn for patienterne. Carl mener ikke, at PU til kroniske smertepatienter ikke er en opgave for alment praktiserende læger, men er samtidig overbevist om, at et bedre samarbejde med eksempelvis kommunerne i mange tilfælde kan være fordelagtigt. Som eksempel peger Carl på, at der kommunalt er mulighed for at lave hold- eller gruppeundervisning, bl.a. fordi der er de fysiske rammer til det, men også mere personale sammenlignet med mange lægepraksisser. Det giver mening at bruge ressourcerne bedst muligt gennem samarbejde i sundhedsvæsenet, særligt når arbejdsbyrden for alment praktiserende læger ifølge Carl er blevet større de seneste år:

“Altså vi er jo blevet 10% færre praktiserende læger de sidste 10 år, (...) og der blev lagt rigtig mange opgaver ud til os fra sygehusene, så vi er generelt presset. Og det er jo også derfor, at vi måske ikke kan give den indsats, vi egentlig gerne ville over for bl.a. jeres typer af patienter [kroniske smertepatienter]. Men vi bliver simpelthen nødt til at prioritere benhårdt lige nu.” (Carl)

Ifølge Carl og Anders' udtalelser kan et effektivt samarbejde med særligt kommunen være en facilitator for, at udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter fremmes, om end det ikke er i almen praksis. Særligt Carl fremhæver, at arbejdsbyrden i almen praksis kan være en af årsagerne til, at inddragelse af andre aktører kan være mere fordelagtigt i forhold til, at PU i højere grad kan blive integreret som en del af behandlingstilbuddet ved lette til moderate tilfælde.

9.2.5 Patientens forventninger

Hovedparten af informanterne udtrykker, at de kroniske smertepatienters forventninger til konsultationen med den alment praktiserende læge ligeledes har betydning for udøvelsen af PU. Bo fremhæver, at patientens opfattelser og forståelse af smerter er en faktor:

“Det vil hjælpe meget, hvis folk, der er så uheldige at rende ind i kroniske smerter, havde en viden og forståelse om det inden. Det har patienterne jo, inden de får sukkersyge. (...) Som en del af den her patientuddannelse, kunne det godt starte meget tidligt med en borgeroplysning. Men det kan selvfølgelig ikke stå alene.” (Bo)

Således mener Bo, at en øget samfundsbevidsthed omkring kroniske smerter, årsagerne til det samt behandlingsmulighederne ville udgøre en fremmede faktor for lægens udøvelse af PU. I tråd hermed udtaler Kim, at langt de fleste kroniske smertepatienter har deres egen fornemmelse af, hvad deres sygdom er: *“Nogen har en fornemmelse af, hvad det skyldes, fordi det sidder lige der. Der kan være alle mulige forestillinger om kroppen, og hvad smerter er.”* (Kim). Det er generelt informanternes oplevelse, at patienten tit blot sidder og venter på, at lægen udskriver en recept, så de kan få medicin mod deres smerter. I denne situation er det ifølge Kim vigtigt at skille de to ting ad: *“Det kan jo blive et spil, ik’? Så skal man i hvert fald være meget klar på, at vi siger, at nu får du din recept, og nu snakker vi så om dine smerter.”* (Kim). I tråd hermed påpeger Bo, at der i den situation sker et skifte:

“Og nu leder vi faktisk ikke længere efter årsagen. Nu er vi ligeså stille gledet over i, at det her er en kronisk smerte. (...) Hvordan lever man så med kroniske smerter, og hvordan kan vi tilrette en behandling, der ikke sigter mod at fjerne smerten? Det oplever jeg nok som en af de største barrierer for vellykkede forløb.” (Bo)

Dette skifte i forståelsesramme kan være vanskeligt for patienterne, nævner både Bo og Kim. Særligt kan det være vanskeligt for patienterne, som stadig kan sidde med en fornemmelse af, at de blot ikke er undersøgt godt nok. Kim fortæller: *“Patienterne kommer ikke og efterspørger det [PU]. De kommer ikke og siger, jeg vil gerne vide lidt mere om mine smerter.”* (Kim). En manglende forståelse hos patienten om, at der ikke kan findes en årsag til smerter kan således være en barriere for lægens udøvelse af PU. Det kan blive en udfordring for den alment praktiserende læge at bruge konsultationen på PU, når patienten forventer noget andet. Det kan skabe en konflikt mellem, hvilken behandling lægen ønsker at udføre, og hvad patienten forventer, og dermed være en barriere for lægen at udøve den ønskede behandling. Kim udtaler: *“De [patienterne] bliver jo sådan helt blanke i blikket, når man siger, at smerter er en oplevelse. Fordi hvordan skal de fortolke det? Siger du så, at det bare er noget, jeg forestiller mig?”* (Kim). Kim understreger dog, at en vigtig faktor er at skabe en god relation til patienten: *“Jeg tror, der er noget i det med relationen til patienterne, og det med, at patienterne føler sig*

anerkendt. Altså alt den der snak om metakommunikation.” (Kim). Særligt lægges der vægt på, at relationen skal være tillidsfuld, og patienten skal opleve at føle sig hørt og anerkendt:

“Hvis man fejler noget, og man ikke har en forklaring på, hvad det er, så bliver det godt nok svært. Og det giver jo næsten frygt, ængstelse og katastrofetænkning. Så det tror jeg, hvis man bare skal gøre én ting for patienterne, så er det egentlig at skabe en relation, og prøve at høre, hvad er der i dine forestillinger, forventninger og frygt og alt det her? Hvad er det, du er bange for, der skal ske?” (Kim)

Således kan patientens overbevisninger om egne smerter samt forventninger til behandlingen være en barriere for lægens udøvelse af PU. Informanterne fortæller dog, at en løsning på denne barriere kan være at skabe en god relation mellem læge og patient.

10.0 Diskussion af metode

I nedenstående afsnit vil specialets anvendte metoder blive diskuteret. Først vil den valgte videnskabsteoretiske position, anvendelsen af den udvidede Leavitt-model samt interessentanalysen blive diskuteret. Efterfølgende vil den systematiske litteratursøgning samt den kvalitative metode blive diskuteret.

10.1 Diskussion af videnskabsteoretisk position

Kritisk realisme blev i specialet valgt som videnskabsteoretisk position, da videnskaben i kritisk realisme anses som en kontinuerlig social proces, hvor formålet er at producere viden om underliggende mekanismer og strukturer, der fører til en given begivenhed (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Ligeledes stræbes der i specialet efter at opnå en objektiv forståelse af strukturer og mekanismer i almen praksis. Kritisk realisme som videnskabsteoretisk position har gjort det muligt at undersøge kontekstuelle betingelser, der har betydning for hvilke ikke-observerbare elementer, der agerer understøttende facilitatorer samt begrænsende barrierer, som har indflydelse på de alment praktiserende lægers udøvelse af PU. Gennem kritisk realisme har det således været muligt at opnå en dybere forståelse af virkeligheden samt identificere de politiske og sociale faktorer, der former den. Det er fundet, at konteksten af almen praksis som organisation har stor betydning og er vigtig at tage i betragtning, da den enkelte lægepraksis er selvstændig erhvervsdrivende og selv beslutter, hvordan arbejdsopgaver skal udføres og organiseres (Hansen et al., 2010). Endvidere har den kritiske realistiske tilgang bidraget til at identificere strukturen i almen praksis, som udgør de underliggende mekanismer, der har betydning for udøvelsen af PU i almen praksis. Særligt er *tid, økonomiske faktorer* samt *viden og kompetencer* identificeret som underliggende mekanismer, der har betydning for udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. Dette ved at der ud fra den kritiske realistiske tilgang er blevet arbejdet med det dybe domæne, der søger at finde dybere og bagvedliggende strukturer i samfundet, som ikke er direkte observerbare (Wad, 2015). Ligeledes anerkendes den kritisk realistiske epistemologiske antagelse om, at eksisterende viden er uundværlig i opnåelsen af ny viden (Buch-Hansen & Nielsen, 2012), hvormed specialegruppen har været opmærksom på egen fortolkning og forståelse i opnåelsen af ny viden, der kan besvare specialets problemformulering. Den kritiske realistiske tilgang har gjort det muligt at forholde sig til og anvende egen viden i undersøgelsen af samfundet.

10.2 Diskussion af Leavitts model som teoretisk ramme

Den udvidede Leavitt-model blev anvendt som teoretisk ramme i undersøgelsen af forskellige muligheder og begrænsninger for at arbejde med organisationsændringer samt de dynamiske påvirkninger mellem komponenterne. Almen praksis kan betragtes som en organisation, hvormed den udvidede Leavitt-model blev vurderet relevant at anvende i analysen af organisationen. Ud fra modellen betragtes organisationen som værende afhængig af omverdenen, pga. en række komplicerede forbindelser mellem organisationen og omverdenen, hvori omverdenen kan understøtte eller svække organisationens eksistens. På den baggrund skal organisationen indrettes efter de ændringer, der sker i omverdenen (Bakka & Fivelsdal, 2019). Ud fra interessentanalysen ses det, at almen praksis som organisation er placeret midt i et netværk af afhængighed, da almen praksis jævnfør afsnit 6.1 er forpligtet til at overholde vilkår, indhold samt mål og visioner for opgaveløsningen på baggrund af Autorisationsloven (2019), Sundhedsloven (2022) samt overenskomsten (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022).

Endvidere er modellen enkel og overskuelig, hvormed den kan anvendes til at indkredse de forskellige organisationsændringer, der er mulige at foretage. Derudover er det muligt at identificere de dynamiske påvirkninger, der kan forekomme mellem organisationens komponenter (Bakka & Fivelsdal, 2019). Udøvelse af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis blev betragtet ud fra et dynamisk perspektiv, hvor komponenterne i almen praksis anses at være gensidigt afhængige. I dette perspektiv vil en ændring i en komponent forårsage en påvirkning på de andre komponenter (Bakka & Fivelsdal, 2019). I praksis er det dog ikke muligt at kontrollere, i hvilken grad en ændring påvirker de øvrige komponenter, da komponenterne ikke automatisk udløser en bestemt reaktion. I den forbindelse er det ikke muligt præcist at forudsige resultatet af en forandringsproces, da organisationsændringer ofte er en kompliceret proces, der er forbundet med en sammenblanding af menneskelige holdninger og følelser med tekniske, økonomiske og politiske forhold (Bakka & Fivelsdal, 2019). Derfor er det ikke muligt præcist at forudsige, hvilke forandringer der skabes i almen praksis som organisation ved potentielle tiltag om fremme af PU til kroniske smertepatienter. Selvom den udvidede Leavitt-model har begrænsninger, har modellen været en nyttig ramme for en holistisk tilgang til organisationsanalyse, der har bidraget til struktur og sikkerhed omkring, at de mest essentielle komponenter i almen praksis blev analyseret, samtidig med at det blev taget højde for dynamikken mellem komponenterne. På den måde har det været muligt

at forstå, hvordan ændringer i opgaven kan påvirke de andre komponenter i almen praksis som organisation. Dette har bidraget med en nuanceret forståelse af almen praksis samt givet en mulighed for at identificere, hvordan tiltag om udøvelse af PU i almen praksis kan påvirke hele organisationen, samt hvordan omverdenen ligeledes indgår i et dynamisk forhold med organisationen. På den anden side skal det ikke underkendes, at den udvidede Leavitt-model kan være udfordrende at omsætte i praksis, da komponenterne i modellen selvstændigt skal operationaliseres (Kristensen & Sigmund, 2007). Herved kan det være besværligt at adskille komponenterne, da den konkrete organisation og problemstilling afgør, hvor komponenterne hører sig til. Den udvidede Leavitt-model er samtidig blevet kritiseret for at overse organisationskultur samt ikke i betydelig grad at medtage organisationens uformelle struktur (Kristensen & Sigmund, 2007). Dette kan medføre, at der i specialet er blevet overset elementer i relation til organisationskulturen i almen praksis som organisatorisk enhed og i de forskellige lægepraksis, som kan have egne karakteristiske træk. Dog er dette forsøgt imødekommet ved at foretage interviews med praktiserende læger fra forskellige lægepraksisser i tre forskellige regioner i landet, der formodes at bidrage til forskelligartede synspunkter på almen praksis.

10.3 Diskussion af interessentanalysen

Med formålet om at skabe overblik over interessenter vedrørende udøvelse af PU i almen praksis blev der i specialet foretaget en interessentanalyse. Interessentanalysen blev udarbejdet med udgangspunkt i Mikkelsen og Riis' (2011) metode. Ved udarbejdelse af interessentanalysen kan interessenters mulige reaktioner og holdninger overfor tiltaget og dets virkning klarlægges, dog kan det i praksis være vanskeligt at forudsige deres oprigtige position og interesse (Mikkelsen & Riis, 2011). Ligeledes kan der være potentiel risiko for, at alle relevante interessenter ikke er blevet identificeret. Der er i specialet foretaget interviews med alment praktiserende læger, som udgør en af interessenterne. Der er således ikke opnået viden om de øvrige interessenters holdninger og interesser i at fremme udøvelsen af PU i almen praksis. I stedet er der indhentet viden om de øvrige interessenter gennem rapporter, officielle dokumenter samt hjemmesider. Det kunne have været relevant at foretage interviews med interessenter, som udgør beslutningstagere i forhold til tiltaget om at fremme udøvelsen af PU i almen praksis. Særligt kunne det have været relevant at foretage interviews med personer fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Praktiserende Lægers Organisation, da de jf. afsnit 7.0 har høj beslutningsret vedrørende ændringer i praksis, eftersom disse to parter forhandler

overenskomsten for almen praksis (Hansen et al., 2010). Det kunne således have styrket og nuanceret specialets resultater, der kan bidrage til potentielle forandringer i almen praksis.

10.4 Diskussion af den systematiske litteratursøgning

Nedenstående vil indeholde en diskussion af den anvendte metode vedrørende den systematiske litteratursøgning, herunder valg af databaser, søgestrategi, brugen af tjeklister, udvælgelse af studier og in- og eksklusionskriterier. Ydermere vil studiedesigns af de inkluderede studier samt overførbareheden til dansk kontekst blive diskuteret.

10.4.1 Valg af databaser

I den systematiske litteratursøgning blev der søgt i databaserne PubMed, Embase og Scopus. PubMed og Embase blev begge anvendt, da det er to store databaser indenfor det sundhedsvidenskabelige område, og er dækkende herfor i mere eller mindre grad. Særligt PubMed betragtes som den foretrukne database inden for sundhedsvidenskabelig forskning (Frandsen et al., 2021). Dog viser studier, at anvendelsen af PubMed alene ikke fremsøger al relevant litteratur, og at Embase kan bidrage med unikke publikationer som supplement til PubMed-søgningen (Bahaadinbeigy et al., 2010; Beyer & Wright, 2013). Overordnet er Embase ifølge Cochrane Handbook en obligatorisk database ved udfærdigelse af systematiske reviews (Lefebvre et al., 2022). Der er dog også studier, der antyder, at Embase bidrager med et beskedent supplement til en søgning i PubMed (Bayliss et al., 2014; Levay et al., 2015). Et dansk studie fandt, at anvendelsen af Embase som supplement til PubMed resulterede i en øget dækning af inkluderede publikationer på 6,8%-point (Frandsen et al., 2021). Konsekvenserne af valget af databaser afhænger af, hvor høj dækning der er af det specifikke emne eller undersøgelsesspørgsmål på den enkelte database, hvormed den ekstra gevinst af at lave supplerende søgning i Embase ikke endegyldigt kan vurderes. Overlappet i søgeresultaterne mellem PubMed og Embase kan variere meget afhængig af, hvilken søgning der foretages. Tages der udgangspunkt i konkrete søgninger kan overlappet variere fra 5% til 30% (Betrán et al., 2005; Minozzi et al., 2000; Suarez-Almazor et al., 2000). På baggrund af den tilsyneladende varierende effekt af at anvende Embase som supplement til PubMed, og risikoen for at relevante publikationer går tabt, blev der i specialet valgt at søge i begge databaser.

Den systematiske litteratursøgning blev suppleret af en søgning i søgemaskinen Google Scholar, hvor den automatiske sortering efter relevans blev anvendt. Ifølge Bramer et al. (2017)

kan gennemgangen af studier på Google Scholar begrænses til de første 100 hits, når fremkomsten af studier på de andre databaser er tilstrækkelig lav, hvilket dannede grundlag for specialegruppens søgestrategi i Google Scholar. Ved at begrænse gennemgangen til de første 100 hits, var der en potentiel risiko for, at andre relevante studier ikke blev inkluderet til kritisk vurdering. Bramer et al. (2017) undersøgte de mest optimale database-kombinationer for systematiske litteratursøgninger på systematiske reviews. De fandt, at en søgning i MEDLINE, Embase og Google Scholar (95,9%) var bedre end en søgning på MEDLINE og Embase alene, målt på *recall* (92,8%) (Bramer et al., 2017). *Recall* beskriver det fundne antal relevante studier i en søgning divideret med det samlede antal eksisterende relevante studier (Frandsen et al., 2014). Generelt viste studiet positive resultater ved at supplere databasesøgninger i MEDLINE og Embase med en søgning i Google Scholar, hvorfor Google Scholar blev medtaget som en del af søgestrategien. Dog har Google Scholar nogle begrænsninger, da der mangler grundlæggende funktionalitet sammenlignet med traditionelle bibliografiske databaser, såsom trunkering, boolske operatorer, brug af parenteser og en søgehistorik. Derudover er søgestrategier begrænset til maksimalt 256 tegn, hvilket betyder, at det kan være besværligt at lave en grundig søgestrategi (Bramer et al. 2017).

10.4.2 Søgestrategi

Der blev i den systematiske litteratursøgning anvendt fire søgeblokke med afsæt i undersøgelsesspørgsmålet. Ved anvendelsen af bloksøgning øges reliabiliteten, da søgeblokke foreligger som en eksplicit, struktureret plan for dataindsamlingen og muliggør reproducerbarhed (Buus et al., 2008; Stenbæk & Jensen, 2007).

I den systematiske litteratursøgning fremkom der, efter frasortering af dubletter, i alt 768 hits, hvoraf der blev udvalgt fem studier til kritisk læsning. Fem studier kan anses som et lavt antal studier, hvormed der er usikkerhed omkring, hvorvidt al relevant litteratur er fremkommet ved den systematiske litteratursøgning. Hermed kan det overvejes, hvorvidt søgeblokkene har været udbredt tilstrækkeligt og har indeholdt de rette søgetermer. Specialegruppen ønskede at generere viden om implementeringen af evidensbaseret praksis og søgte således ved en initierende søgning på søgetermer, der udgjorde synonymer herpå. Et eksempel på en umiddelbart relevant søgeterm i blokken "Evidensbaseret praksis" var *guideline*. Denne søgeterm gav dog en meget bred søgning, hvorfor specialegruppen fravalgte søgetermen i den endelige søgning. Dog vurderes det, at det inkluderede umbrella review af Wang et al. (2023) kan kompensere for fravalget af søgetermen *guideline*, da det omfatter en stor andel af nyeste

og relevant litteratur vedrørende implementering af kliniske guidelines. Der blev ligeledes foretaget initierende søgninger på de øvrige søgetermer i de enkelte databaser. De valgte søgeterme i de fire blokke blev således udvalgt gennem en iterativ proces, hvilket styrkede validiteten af den systematiske litteratursøgning (Lund et al., 2014).

10.4.3 Brugen af tjeklister

I specialet blev tjeklister fra JBI anvendt til at kritisk vurdere de inkluderede studiers kvalitet. Brugen af tjeklister har den fordel, at studierne blev kritisk vurderet ud fra ensartede og standardiserede kriterier, og det sikres, at væsentlige elementer af et studie inddrages i vurderingen (Lund et al., 2014). Betydningen af elementerne i tjeklisterne kan dog have forskellig vægtning (Rieper & Hansen, 2007). I tjeklisten til vurdering af kvalitativ forskning er der eksempelvis et element der har til formål at afklare, hvorvidt sammenhængen mellem forfatterens videnskabsteoretiske position og forskningsmetodologi er beskrevet. Fravær heraf, som det eksempelvis er tilfældet i studiet af Freeman og Sweeney (2002), kan fremstille et studie som værende af lavere metodologisk kvalitet, ud fra tjeklistens kriterier, end det reelt er. Specialegruppen har på denne baggrund forholdt sig kritisk overfor tjeklisterne, og den kritiske læsning blev suppleret af en faglig vurdering af den generelle kvalitet af studierne, som Rieper og Hansen (2007) anbefaler.

10.4.4 Udvalgelse af studier og in- og eksklusionskriterier

Formålet med litteratursøgningen var at undersøge, hvilke fremmende og hæmmende faktorer der kan have betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis i almen praksis. På baggrund heraf, indgik det som et inklusionskriterium, at studierne skulle omhandle almen praksis eller alment praktiserende læger. Tre af de inkluderede studier var reviews (Lau et al., 2016; Ng et al., 2021; Wang et al., 2023), der belyste implementeringen af evidensbaseret praksis i primærsektoren. Almen praksis og alment praktiserende læger hører ind under det primære sundhedsvæsen, men omfatter også bl.a. kommunale sundhedstilbud, hjemmebesøg af sygeplejersker og andre privatpraktiserende faggrupper som fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer med videre (Sundhedsstyrelsen, 2022). De tre førnævnte reviews inkluderede studier, der omfattede en bred vifte af disse forskellige faggrupper, hvorfor studierne resultater kan være baseret på udtalelser fra sundhedsprofessionelle i andre kontekster end almen praksis. Det kan have svækket generaliserbarheden af studierne resultater til almen praksis i Danmark. Alle specialegruppens medlemmer foretog derfor en gennemgang af de tre reviews og deres inkluderede studier og diskuterede relevans og overførbare til specialets

undersøgelsesspørgsmål. Studierne blev inkluderet til kritisk vurdering, da det af specialegruppen blev vurderet, at alment praktiserende læger udgjorde en betydelig andel af den samlede studiepopulation på tværs af de enkelte reviews' inkluderede studier.

10.4.5 Studiedesigns af inkluderede studier

Der var ikke opstillet in- og eksklusionskriterier omhandlende studiedesigns i specialets søgestrategi. De inkluderede studiers studiedesigns var henholdsvis to kvalitative studier (Breen et al., 2007; Freeman & Sweeney, 2002) samt tre reviews (Lau et al., 2016; Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). Inklusionen af kvalitative studier gav specialets resultater en dybere forståelse af strukturen og de underliggende mekanismer, som kan have betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis i almen praksis, og har således øget specialets interne validitet. I relation til evidensstypologi kan kvalitative studier være af høj kvalitet, såfremt studiet har høj udsigelseskraft i forhold til undersøgelsesspørgsmålet. Ved studiets udsigelseskraft forstås således muligheden for, at studiets resultater kan sige noget om det, der undersøges (Jørgensen et al., 2021). I forlængelse heraf tales der om projektvaliditet, da konteksten, som studierne skal rette sig mod, angives af projektets problemstilling (Jørgensen et al., 2021). De inkluderede kvalitative studier i specialet vurderes således at have høj projektvaliditet, da begge studier bidrager til besvarelse af specialets undersøgelsesspørgsmål vedrørende implementering i almen praksis. En svaghed ved kvalitative studier er dog, at der traditionelt set ikke tales om en sandfærdig overensstemmelse mellem resultater og en objektiv virkelighed (Giacomini & Cook, 2000). Specialets overførbarhed styrkes således ved at inkludere tre reviews, som ligeledes vurderes at have høj projektvaliditet, eftersom alle tre reviews har høj udsigelseskraft i forhold til undersøgelsesspørgsmålet. De tre reviews er dog tre forskellige designs. Studiet af Ng et al. (2021) er et kvalitativt systematisk review, der bidrager med en dybdegående forståelse af undersøgelsesspørgsmålet. Styrken ved denne type review er, at det omfatter en syntese af kvalitative studier og hermed opnår en dybere forståelse af den undersøgte kontekst sammenlignet med enkeltstående kvalitative studier (Grant & Booth, 2009). Modsat er det en svaghed, at resultaterne fra det kvalitative systematiske review har en begrænset overførbarhed, da der særligt fokuseres på kontekstuelle faktoreres betydning (Grant & Booth, 2009). Specialets overførbarhed øges ved at inkludere mixed methods-reviewet af Lau et al. (2016). Ved dette review-design kombineres kvalitative og kvantitative studier, og kan hermed bidrage med flere forskellige perspektiver af specialets undersøgelsesspørgsmål og således styrke validiteten (Grant & Booth, 2009). Wang et al. (2023) er et såkaldt umbrella review, og giver således en sammenfatning af flere systematiske

reviews omkring den eksisterende evidens på området. Fordelen ved denne type review er, at det kan bidrage til specialet med en bredere vifte af viden og information omkring undersøgelsesspørgsmålet (Pedersen et al., 2017). De fem inkluderede studier medvirker hermed sammen til at besvare specialets undersøgelsesspørgsmål. Resultaterne heraf kan bidrage med viden til potentielle forandringer i almen praksis, der kan fremme udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter.

10.4.6 Overførbarhed til dansk kontekst

De to inkluderede kvalitative studier af Breen et al. (2007) og Freeman & Sweeney (2002) er begge foretaget på alment praktiserende læger i England, mens de tre reviews (Lau et al., 2016; Ng et al. 2021; Wang et al., 2023) inddrager studier foretaget i en bred vifte af lande, hvor majoriteten er vestlige lande, jf. definitionen fra Danmarks Statistik (2019). I dette tilfælde er det væsentligt at være opmærksom på overførbarheden til dansk kontekst. Danmark sammenlignes ofte med vestlige lande som bl.a. England, Norge og Sverige på sundhedsområdet (Sundhedsstyrelsen, 2010), men der er stadig forskelle på, hvordan almen praksis er organiseret, hvilket kan have betydning for fortolkningen af resultaterne fra litteraturstudiet og dets overførbarhed. I England honoreres alment praktiserende læger, ligesom i Danmark, med blandede afregningsformer, men i England udgør basishonorar den største andel, hvor det i Danmark er ydelseshonoraret (Gyrd-Hansen et al., 2023). Dette kan afstedkomme forskellige incitamentsstrukturer. En overvægt af basishonorering kan skabe incitament til omkostningsminimering, og noget tyder på, at særligt patienter med store behov for sundhedsydelser har tendens til underbehandling, når den alment praktiserende læges honorering er mindre aktivitetsafhængig (Gyrd-Hansen et al., 2023). Dette kunne eksempelvis omhandle kroniske smertepatienter. Omvendt kan mere ydelseshonorering skabe grundlag for mere behandlingsaktivitet (Gyrd-Hansen et al., 2023). Økonomiske incitamenter kan på denne baggrund tænkes potentielt at påvirke den alment praktiserende læges oplevelse af muligheder og begrænsninger for implementering af evidensbaseret praksis i almen praksis, herunder at fremme PU i almen praksis. I Sverige er blot fire ud af 10 lægepraksisser private, mens langt størstedelen af danske lægepraksisser er private (Olsen et al., 2016), ligesom svenske alment praktiserende læger heller ikke har den samme konsekvente gatekeeper-funktion som det ses i Danmark (Olsen et al., 2016). Dermed kan forskelle i struktur, organisering og arbejdsopgaver i almen praksis ligeledes afstedkomme forskellige oplevelser af muligheder og begrænsninger for implementering af evidensbaseret praksis, herunder eksempelvis PU til kroniske smertepatienter. Derfor skal resultaterne fra litteraturstudiet overføres til dansk kontekst med

ovenstående overvejelser in mente. Dog er de alment praktiserende lægers oplevelser af implementering af evidensbaseret praksis gennemgående og kongruente på tværs af de inkluderede studier og lande, hvilket styrker overførbarheden og anvendeligheden af resultaterne i besvarelsen af specialets problemformulering.

10.5 Diskussion af den kvalitative metode

I det følgende diskuteres specialets kvalitative metode med udgangspunkt i Merriam og Tisdells (2016) tre kvalitetskriterier for veludført kvalitativ forskning. De tre kriterier omfatter troværdighed, pålidelighed og overførbarhed (Merriam & Tisdell, 2016).

10.5.1 Troværdighed

Troværdigheden af kvalitativ forskning kan anses som et modstykke til den kvantitative vurdering om intern validitet, og vedrører hvorvidt det, der ønskes undersøgt, reelt undersøges, samt om forskningsresultaterne afspejler virkeligheden (Merriam & Tisdell, 2016). Under udførelsen af interviewene foretog interviewpersonen løbende opfølgning på de fire informanternes udsagn, hvilket havde til hensigt at sikre en fælles forståelse af det sagte samt at undgå misforståelser. Dette kan beskrives som *respondent validation*, hvilket er en strategi, der kan højne troværdigheden af kvalitativ forskning (Merriam & Tisdell, 2016). Såfremt specialets tidsramme havde været længere, kunne specialegruppen med fordel have foretaget yderligere *respondent validation* ved at forelægge informanterne den færdige analyse med henblik på at validere analysen. Dette omfatter særligt informanternes genkendelse af egne oplevelser og udsagn i fortolkningerne samt eventuelle forslag til finjusteringer (Merriam & Tisdell, 2016). Ifølge Maxwell (2013) er dette den vigtigste enkeltstående måde at udelukke potentielle misfortolkninger og identificere egne misforståelser.

Troværdigheden af kvalitativ forskning kan ligeledes højnes gennem triangulering, som betegner en sammenligning af to eller flere undersøgelser, der undersøger samme fænomen (Merriam & Tisdell, 2016). I specialet blev den tematiske analyse af de udførte interviews foretaget i fællesskab af alle tre gruppemedlemmer, hvilket begrænsede mulighederne for at anvende triangulering som strategi. Det kunne have højnet troværdigheden af resultaterne fra interviewene, hvis mindst to af gruppemedlemmerne havde foretaget separate uafhængige fulde analyser af den indsamlede data, og efterfølgende sammenholdt deres analyseresultater, hvilket er en strategi Patton (2015) foreslår, og omtaler som *triangulating analysts*.

To af de fire interviews blev udført ansigt til ansigt gennem fysisk fremmøde, mens de resterende to interviews blev foretaget online via videomøde. Videointerviewene blev foretaget for at imødekomme geografiske og tidsmæssige barrierer for informanterne, i forbindelse med deres virke som alment praktiserende læger. Interviews foretaget ansigt til ansigt anses generelt som værende guldstandarden for indsamling af data gennem interviews (Howlett, 2022), da det herigennem er muligt at aflæse kropssprog og få en nuanceret og dybdegående beskrivelse af det fænomen, der undersøges (Kvale & Brinkmann, 2015). Ydermere er det muligt for informanten og interviewerens at etablere en relation og skabe en dialog ved at interagere med hinanden og udveksle synspunkter med udgangspunkt i det specifikke fænomen, hvilket kan facilitere til et bedre informationsgrundlag (Kvale & Brinkmann, 2015). Videointerviews er dog lige så gyldige og legitime som ansigt-til-ansigt-interviews, og kan ligeledes give mulighed for at aflæse verbal og nonverbal kommunikation og skabe en autentisk oplevelse med interaktion og relationsdannelse på lige fod med interviews foretaget ved fysisk fremmøde (Howlett, 2022). Videointerviews kan samtidig være tidsbesparende for både informanten og interviewerens (Kvale & Brinkmann, 2015), og kan have muliggjort rekrutteringen af informanter, der ellers ikke havde været aktuelle, såfremt videointerview ikke var en tilgængelig interviewmetode. På denne baggrund vurderes det ikke, at brugen af videointerviews påvirkede troværdigheden af specialets resultater.

Det er ikke tydeligt defineret og afgrænset, hvor stor samplestørrelsen i kvalitativ forskning skal være. I stedet anvendes princippet om opnåelse af datamæthed ofte indenfor kvalitativ forskning som en metode til at vurdere, hvorvidt en samplestørrelse er tilstrækkeligt stor (Merriam & Tisdell, 2016; Hennink & Kaiser, 2022). Datamæthed fremkommer, når dataindsamlingsprocessen ikke længere bidrager med nye eller relevante indsigter, og at det derfor kan anses for unødvendigt at indsamle yderligere data (Merriam & Tisdell, 2016; Saunders et al., 2018). Det tyder på, at datamæthed opnås ved 9-17 individuelle interviews (Hennink & Kaiser, 2022). Specialegruppen foretog i alt fire interviews, og det kan på denne baggrund således ikke udelukkes, at en større samplestørrelse i specialet ville kunne have afstedkommet yderligere nye indsigter, som bidrag til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet. Særligt udfordringer med rekruttering af alment praktiserende læger ligger dog til grund for specialets samplestørrelse. Under rekrutteringsprocessen blev specialegruppen mødt med forklaringer om, at alment praktiserende læger bl.a. har en stor arbejdsbyrde, minimal tid, og generelt er en eftertragtet faggruppe i forbindelse med rekruttering til diverse undersøgelser og

forskningsprojekter, hvilket kan være en årsag til den specialets endelige samplestørrelse. En større samplestørrelse ville potentielt kunne have øget mulighederne for at opnå datamæthed, hvis interviews med flere læger havde bidraget med andre oplevelser af muligheder og begrænsninger for at udøve PU i almen praksis. Derudover kunne interviews med andre interessenter, jf. afsnit 10.3, ligeledes have affødt nye perspektiver på specialets undersøgelsesspørgsmål.

10.5.2 Pålidelighed og konsistens

Pålidelighed refererer til, i hvilket omfang forskningsresultater kan reproduceres, dvs. hvorvidt de fundne resultater kan genskabes, hvis den afrapporterede metode gentages (Merriam & Tisdell, 2016). Pålidelighed i denne forstand er dog problematisk i kvalitativ forskning, da der kan eksistere forskellige fortolkninger af det samme data, og replikation af kvalitative undersøgelser vil derfor ikke nødvendigvis give de samme resultater. Indenfor kvalitativ forskning er pålidelighed derfor begrebsliggjort som “konsistens”, der beskriver, hvorvidt resultaterne giver mening for andre forskere ud fra den indsamlede data. Dvs. hvorvidt resultaterne er konsistente med den indsamlede data (Merriam & Tisdell, 2016). Dette fordrer en klar, transparent og systematisk afrapportering af metodiske og analytiske valg, der kan tydeliggøre, hvordan resultaterne er opnået (Merriam & Tisdell, 2016). Denne strategi beskrives som *audit trail* (Lincoln & Guba, 1985). Specialegruppen har på denne baggrund stræbt efter at højne konsistensen i afrapporteringen gennem højst mulig transparens. Alle fire interviews blev foretaget ud fra den samme interviewguide, som skildrer grundspørgsmålene for interviewene, potentielle opfølgende spørgsmål med videre (bilag 3). Samtidig er det beskrevet, at interviewene havde en semistruktureret form. Alle interviews blev lydoptaget og transskriberet, og det tydeliggøres i metodebeskrivelsen (afsnit 8.2.6), at analysen af interviewene blev foretaget ud fra Braun og Clarkes (2006) tematiske analysestrategi. Denne indeholder en trin-for-trin-beskrivelse af den analytiske fremgangsmåde, så dette er gennemsigtigt for udenforstående. Samtidig skildres processen fra den initiale kodning til de færdigdannede temaer og undertemaer i figur 4. Konsistens og transparens i specialet vurderes derfor overordnet at være god.

Peer examination kan ligeledes være en fordelagtig strategi til at sikre øget konsistens (Merriam & Tisdell, 2016). Det omfatter inddragelse af fagfæller til diskussion og vurdering af den anvendte metode og analyse, herunder overensstemmelse mellem den indsamlede data, resultaterne og den foreløbige fortolkning (Merriam & Tisdell, 2016). Et pilotinterview med

en nyligt uddannet læge blev udført, med henblik på feedback og revidering af interviewguiden, og denne strategi kunne specialegruppen have anvendt yderligere ved at få en udenforstående til at give feedback på transparens og forståelighed, og foretage en vurdering af specialets øvrige metodiske og analytiske valg, og sammenhængen mellem den rå data fra transskriberingerne, resultaterne og fortolkning.

10.5.3 Overførbarhed

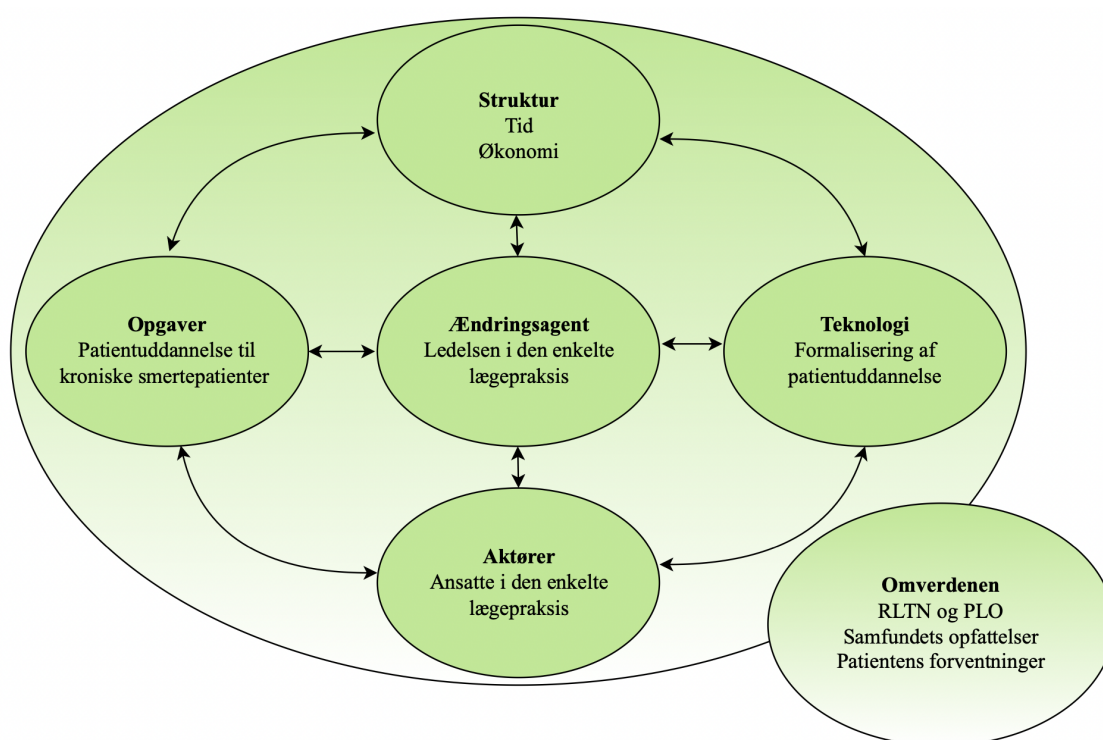
Overførbarhed er i kvantitativ forskning knyttet til den eksterne validitet og statistisk generaliserbarhed, men anvendes i forbindelse med kvalitativ forskning som et kvalitetskriterium for, hvorvidt forskningsresultater kan overføres til andre kontekster end den aktuelle kontekst (Merriam & Tisdell, 2016). Gennem projektets kvalitative interviewundersøgelse var ønsket at sikre mest mulig overførbarhed af analyseresultaterne til andre alment praktiserende læger og praksisser i Danmark. I relation hertil anses det som en styrke ved specialet, at der var en diversitet i den rekrutterede informantgruppe, til trods for at det ikke kan udelukkes, at fuldkommen datamæthed ikke var opnået. Der var variation i informanternes anciennitet som alment praktiserende læge med et spektrum på mellem 10 og 20 år, ligesom informanterne samlet set havde tilknytning til tre af landets fem regioner, hvilket bidrog med en geografisk spredning. Disse variationer bidrog med en diversitet blandt informanterne, som samtidig gav specialegruppen mulighed for at identificere potentielle ligheder eller forskelle på tværs af informantdiversiteten. Maksimal variation blandt informanter i en interviewundersøgelse kan højne overførbarheden og anvendelsen af resultaterne (Merriam & Tisdell, 2016). Dog havde tre af de fire informanter en særlig baggrund inden for kroniske smertepatienter og hermed en særlig interesse for fænomenet, hvilket kan have påvirket deres oplevelser af muligheder og begrænsninger for udøvelse af PU til kroniske smertepatienter. Dette kan have reduceret overførbarheden af specialets resultater til andre alment praktiserende læger og praksisser i Danmark.

Samtidig kan grundige og fyldige beskrivelser af bl.a. kontekst, informanter og resultater være en vigtig strategi til at sikre en høj overførbarhed (Merriam og Tisdell, 2016). Specialet indeholder dybdegående beskrivelser af bl.a. den nuværende organisering af kroniske smertepatienters udrednings- og behandlingsforløb, almen praksis som organisation, mulige interessenter, samt grundig afrapportering af analyseresultaterne med understøttelse af relevante citater fra informanterne. Ifølge Lincoln og Guba (1985) giver disse dybdegående beskrivelser aktører i andre kontekster mulighed for at identificere ligheder og forskelle, før

analyseresultaterne kan overføres. Specialets dybdegående beskrivelser anses således som en styrke, der kan bidrage til, at alment praktiserende læger med eksempelvis en anden anciennitet eller andet interessefelt har optimale forudsætninger for at overføre specialets resultater til egen kontekst.

11.0 Diskussion af resultater

I nedenstående afsnit diskuteres resultaterne fra interviewene og den systematiske litteratursøgning omhandlende muligheder og begrænsninger for udøvelse af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. Dette for at belyse hvordan identificerede muligheder og begrænsninger samt forandringen i opgaven i almen praksis kan påvirke hinanden gensidigt. Dette gøres med udgangspunkt i den udvidede Leavitt-model som ramme, der er illustreret i figur 5.



Figur 5: Udøvelse af PU i relation til den udvidede Leavitt-model

11.1 Opgaver

Praktiserende læger varetager mange forskellige opgaver, men i dette tilfælde består ændringen i opgaven af at fremme udøvelsen af PU til patienter med kroniske smerter som et led i en tidlig og forebyggende indsats for at undgå udviklingen af mere komplekse smertetilstande. Ifølge

den udvidede Leavitt-model bestemmes opgaver i en organisation af organisationens målsætning og består af de funktioner eller arbejdsopgaver, som organisationen udfører (Bakka & Fivelsdal, 2019). I litteraturstudiet fremhæves det, at implementeringen af nye processer i almen praksis kan ændre arbejdsopgaverne, og dette forventes at forårsage en større arbejdsbyrde for personalet i almen praksis (Wang et al., 2023). På tværs af interviewene udtaler informanterne, at praktiserende læger er blevet ansvarlige for flere opgaver gennem årene, hvilket skaber et større pres på lægerne i almen praksis, som forudsætter, at der skal prioriteres i lægernes arbejdsopgaver. Informanterne påpeger, at pga. den store arbejdsbyrde, kan der være potentiale i at udnytte hele klinikpersonalet gennem inddragelse og samarbejde med andre faggrupper internt i den enkelte lægepraksis. Ønsket om at fremme udøvelsen af PU kan derfor anskues som en organisatorisk ændring i opgaver for almen praksis som helhed, hvilket ikke blot indebærer lægerne, men flere aktører i organisationen. Ifølge Leavitts model vil en organisatorisk ændring i opgaver påvirke de andre fire komponenter i organisationen herunder aktører, da der er indbyrdes sammenhæng mellem komponenterne (Leavitt, 1965).

11.2 Ændringsagent

Eftersom overenskomsten for almen praksis forhandles mellem RLTN og PLO (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022), anses disse parter som principalen, der udstikker retningslinjerne for de alment praktiserende læger. I tilfælde af at PLO og RLTN beslutter at ændre overenskomsten for almen praksis således, at PU bliver en fast del af behandlingen til kroniske smertepatienter, vil det være ejeren af den enkelte lægepraksis, der som ændringsagent agerer lederen, og som står med ansvaret for at implementere det pågældende tiltag i den enkelte lægepraksis. I dette tilfælde vil det kræve en klar ledelsesstruktur og kontinuerlig kommunikation fra ledelsen for at sikre en succesfuld implementering (Lau et al., 2016; Wang et al., 2023). Vigtigst af alt er dog, at der fra lederen er en forandringsvillighed og motivation for at fremme udøvelsen af PU i den enkelte klinik. Her kan negative overbevisninger om, at implementeringen ikke nytter eller omfatter opgaver, som ikke er en del af lægernes rolle, være en hæmmende faktor (Lau et al., 2016). Dette understøttes i interviewene, hvor en af informanterne udtaler, at udøvelsen af PU kan være placeret i en gråzone, og at nogle læger er usikre på, hvorvidt der egentlig er tale om en lægefaglig opgave. Såfremt denne holdning kan generaliseres, kan det antages, at der i de enkelte lægepraksisser i den forbindelse kan opstå frustrationer i tilfælde af, at PU bliver en fast del af behandlingen. Disse frustrationer kan skabe en magtesløshed hos lederen overfor de

organisatoriske ændringer, som sker (Bakka & Fivelsdal, 2019), hvilket kan være en potentiel utilsigtet konsekvens. Således vil det hæmme implementeringen, at ledelsen ikke vil drive forandringen, prioritere, lave ændringer eller styre implementeringsprocessen (Lau et al., 2016), hvilket kan antages at føre til en forringet implementeringsproces af PU i almen praksis. Det særlige ved almen praksis er netop, at de enkelte lægepraksisser fungerer som selvstændige erhvervsdrivende, som selv beslutter, hvordan arbejdsopgaver skal udføres og organiseres (Hansen et al., 2010), men hvor indtægten bestemmes af overenskomsten og primært finansieres af regionen (Pedersen, 2013). Ligeledes er de praktiserende læger forpligtet til at overholde vilkår, indhold samt mål og visioner for opgaveløsningen, som fremgår i overenskomsten, der udarbejdes mellem RLTN og PLO (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). Hermed påvirkes ændringsagenten til at foretage ændringer og drive forandringsprocessen af principalen, på trods af at lægen, som agerer leder, kan være imod, at almen praksis i højere grad skal udøve PU til kroniske smertepatienter. I interviewene fremgår det dog, at informanterne ikke mener, at PU ikke er en opgave for almen praksis, hvilket kan, såfremt informanternes udtalelser kan generaliseres, indikere en forandringsvillighed og motivation overfor tiltaget om at fremme PU i almen praksis. Dog udtaler informanterne, at der i den nuværende organisering er flere faktorer, såsom tidsaspektet og økonomi, som hæmmer udøvelsen af PU. Særligt en informant problematiserer, at strukturen generelt hæmmer udøvelsen af PU. Således opstår der en modstand mod forandringen pga. kløften mellem strukturen og motivationen for at udøve PU. Mangel på passende aflønning eller økonomisk incitament er altså en hæmmende faktor hos de sundhedsprofessionelle for at implementere den evidensbaserede praksis (Wang et al., 2023), hvilket ligeledes ses at være en betydende faktor på tværs af interviewene.

11.3 Struktur

Specialets resultater fra både litteraturstudiet og interviewene indikerer, at optimal udøvelse af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis kan være begrænset af strukturelle forhold i almen praksis på flere forskellige måder og fordrer ændringer i strukturen. Struktur i organisationen er en betegnelse for de mere stabile elementer i en organisation, og relaterer sig til, hvordan opgaverne er fordelt i organisationen (Bakka & Fivelsdal, 2019). En ændring i opgaven i organisationen vil påvirke de øvrige komponenter i en organisation, herunder strukturen (Leavitt, 1965).

11.3.1 Tid som begrænsning

På tværs af litteraturstudiet og interviewene fremgår det, at tid anses som en begrænsende faktor for implementeringen af evidensbaseret praksis. Tid som faktor omfatter både tiden til at implementere PU i almen praksis og ligeledes tiden i konsultationen med den kroniske smertepatient. Hos lægerne anses det først og fremmest som en barriere, at der i den daglige drift er manglende tid til at planlægge og implementere nye arbejdsgange (Lau et al., 2016). Dette omhandler bl.a., at der er manglende tid til at læse og orientere sig i nye evidensbaserede kliniske retningslinjer (Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). I tråd hermed udtaler en af informanterne, at almen praksis generelt er en sektor under tidspres, hvilket kan indikere, at den manglende tid i klinikken kan være en hæmmende faktor i at implementere nye evidensbaserede retningslinjer. I bearbejdningen af resultaterne fra interviewene fremgår det, at strukturen i almen praksis, der er bygget op omkring korte konsultationstider, er en barriere for optimal udøvelse af PU. At integrere og fremme udøvelse af PU til kroniske smertepatienter på denne præmis med 10-15 minutters konsultationer kan derfor være vanskeligt, da tiden ifølge informanterne begrænser, hvor dybe emner en konsultation kan rumme. En af informanterne beskriver den tidsmæssige ramme i almen praksis som et vilkår, mens en anden informant udtrykker, at PU som behandlingsstrategi ikke passer ind i strukturen med korte konsultationer. Dette understøttes i resultaterne fra litteraturstudiet, hvor tiden i konsultationen anses som en begrænsende faktor for implementering af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023, Ng et al., 2021; Breen et al., 2007, Freeman & Sweeney, 2002). Strukturen vedrørende korte konsultationer opleves angiveligt af en af informanterne som en uforanderlig præmis, der skal tages højde for ved ændringer i en organisation som almen praksis. Informanternes udtalelser kan dog give anledning til at overveje mulighederne for at nytænke denne præmis gennem en ny organisering i forbindelse med udøvelse af PU til kroniske smertepatienter. Som eksempel understøttes PU som gruppeundervisning til kroniske smertepatienter af Sundhedsstyrelsen (2018). Det kan i denne forbindelse overvejes, hvorvidt gruppeundervisning kan være en potentiel måde at organisere PU på i almen praksis og herved udfordre præmissen om den nuværende struktur med korte konsultationstider som begrænsning. Der kan dog i nogle praksisser være fysiske begrænsninger med for små lokaler, og generelt ville ændringer i strukturen bl.a. kræve understøttelse af evidens og test i praksis, inden det udfoldes i stor skala, hvilket fremhæves af en af informanterne.

I specialets resultater fremføres udsagn om potentielle faktorer, der kan imødekomme tidsknapheden og lægens arbejdsbyrde, og muliggøre optimal udøvelse af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis. To af informanterne lægger op til, at kommunerne inddrages som aktør i udøvelsen af PU som et løsningsforslag til lægens tidsknaphed. Ifølge én informant har kommunerne mere fordelagtige ressourcer, i form af bl.a. tid og fysiske rammer til at udøve PU som gruppeundervisning, og der findes allerede smertehåndteringskurser målrettet kroniske smertepatienter, som det eksempelvis er tilfældet i Aarhus Kommune (Aarhus Kommune, 2023). Samme informant opfordrer til et bedre samarbejde mellem kommunen og almen praksis om håndtering af kroniske smertepatienter. Et opmærksomhedspunkt herved kan dog være, at kurser og gruppeundervisning kan give anledning til en mindre individualiseret tilgang, hvor PU netop bør tilpasses den enkelte smertepatientes situation og forståelsesramme (Sundhedsstyrelsen, 2018). Samtidig ser det også ud til, at der ved andre kroniske lidelser kan være en social skævhed i, hvem der deltager i tilbud med PU udenfor almen praksis (Johansen et al., 2012)). Generelt viser flere undersøgelser, at forløb med PU til kronikere har positiv effekt på sygdomshåndtering (Marthedal et al., 2011; Sundhedsstyrelsen, 2009; Wittrup, 2011), men svagheden ved disse er, at det kun omhandler de patienter, der deltager i PU (Johansen et al., 2012). Samtidig er der en svag negativ sammenhæng mellem socioøkonomisk status og deltagelse i tilbud af PU (Johansen et al., 2012). Kronikere med lav socioøkonomisk status kan formodes at have særligt gavn af PU, men deltager oftere ikke bl.a. pga. praktiske forhold og manglende kendskab til tilbuddet (Johansen et al., 2012). Den potentielt forekommende utilsigtet konsekvens af, at der opstår social ulighed i, hvem der får gavn af PU, bør medtages i overvejelserne om uddelegering af opgaven til kommunen. Det er samtidig vigtigt at have for øje, at det ikke nødvendigvis vil reducere den sociale ulighed i, hvem der får gavn af PU ved, at PU udøves i almen praksis. Der ses ligeledes at være en social ulighed i modtagelsen af ydelser og behandling generelt i sundhedsvæsenet, hvilket indebærer almen praksis. Dette kan bl.a. skyldes, at patienter med lavere socioøkonomisk status er mindre proaktive i forhold til at opsøge og deltage i behandlingstilbud (Sundhedsstyrelsen, 2022). I den forbindelse er det vigtigt at forstå, at mennesker har forskellige sundhedskompetencer og dermed forskellige behov for sundhedsinformation samt hjælp til at koordinere patientforløb og behandlinger (Sundhedsstyrelsen, 2022).

11.3.2 Ydelseshonorar

I resultaterne fra litteraturstudiet fremgår det, at finansierings- og aflønningssystemet bør stemme overens med de evidensbaserede retningslinjer (Ng et al., 2021) og incitamentet hos

de sundhedsprofessionelle, hvormed utilstrækkelig aflønning kan være en barriere for implementeringen af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023). Med afsæt i den udvidede Leavitt-model (2019) kan det antages, at en ændring i lægens opgave også vil medføre ændringer i strukturen, herunder honoreringssystemet i almen praksis, som skal tilpasses den nye eller ændrede opgave. Gennem interviewene understøttes det, at udøvelsen af PU meget vel ville kunne fremmes og effektiviseres, hvis et ydelseshonorar svarende hertil blev realiseret. Ifølge informanterne er de økonomiske forhold ikke den vigtigste faktor for lægerne i almen praksis, men lægerne vil modsat gerne honoreres i overensstemmelse med deres arbejdsopgaver. Informanterne forholder sig generelt positivt til idéen om at lave et særligt ydelseshonorar til PU. Honoreringssystemer har indbyggede incitamenter og vil derfor påvirke lægernes adfærd (Gyrd-Hansen et al., 2023), hvilket bl.a. kan være de økonomiske incitamentsstrukturer i almen praksis. Størstedelen af alment praktiserende lægers aflønning sker gennem ydelseshonorar. Da det formodes, at lægerne er interesserede i at øge deres indtjening, kan det tilskynde lægen til i højere grad at varetage behandlingen egenhændigt og engagere sig i mere indsatskrævende patienter for hermed at minimere henvisningerne (Gyrd-Hansen, 2012), hvilket kunne omfatte kroniske smertepatienter. Som det også udledes af interviewene, kan en prioritering af et særligt ydelseshonorar et sted betyde, at andre ydelser nedprioriteres. Dette på baggrund af at ydelseshonoreringen giver myndighederne indflydelse på, hvilke aktiviteter der prioriteres i almen praksis under antagelse af, at lægen motiveres til at udbyde ydelser med fordelagtige honorarer. En meraktivitet af specifikke ydelser kan derfor være værdifuld for myndighederne (Gyrd-Hansen et al., 2023). Modsat kan den øgede aktivitet, som ydelseshonoreringen afføder, til dels tilskynde til levering af ydelser, som er uvæsentlige samt uden værdi og effekt for patienterne (Gyrd-Hansen et al., 2023). Det på baggrund af at der kan være en potentiel utilsigtet konsekvens af, at praktiserende læger minimerer henvisninger til speciallæger eller hospitaler, da ydelseshonoreringen skaber et større incitament til at behandle patienterne i egen praksis, som resulterer i bedre indtjening for den praktiserende læge (Gyrd-Hansen et al., 2023).

Muligheden for at oprette et ydelseshonorar specifikt til PU af kroniske smertepatienter er derfor afhængig af myndighedernes prioritering i almen praksis, da efficient allokering af knappe ressourcer er et vilkår i det danske sundhedsvæsen (Pedersen, 2013). Det er dog informanternes opfattelse, at et økonomisk tiltag kan være en generel motiverende faktor, og at et specifikt honorar for PU til kroniske smertepatienter vil mindske kløften mellem lægernes faglige ønske og den nuværende honoreringsstruktur. At pålægge de alment praktiserende

læger flere opgaver uden ekstra ydelseshonorering kan bevirke, at lægerne afviser at påtage sig yderligere opgaver (Pedersen, 2013).

11.4 Aktører

Når en opgave ændres, vil det påvirke aktørerne, der skal tilegne sig ny viden og kompetencer (Leavitt, 1965). Hvis udøvelsen af PU skal fremmes i almen praksis, vil det først og fremmest påvirke den alment praktiserende læge. Afhængig af om der er tale om en solo- eller kompagniskabspraksis, kan ændringen også påvirke de øvrige ansatte i klinikken. Ifølge Leavitt (1965) er aktører karakteriseret ud fra deres viden, holdninger, færdigheder, værdier og motivation.

11.4.1 Viden og kompetencer

Lægernes videns- og kompetenceniveau i relation til PU til kroniske smertepatienter fremgår som essentielle faktorer i både resultaterne fra interviewundersøgelsen og litteraturstudiet. På baggrund af kompleksiteten i kroniske smerter kan læger ofte føle sig udfordret i konsultationen. En af informanterne udtaler, at det kan være særligt udfordrende i konsultationen med en patient, som ønsker medicin mod sine smerter. Her fortæller informanten, at det kan føles angstprovokerende at skulle nedtrappe patienten i sin medicin og i stedet udøve PU som behandling. Dette understøttes i litteraturstudiet, hvoraf det fremgår, at manglende tillid til egne evner til at udføre specifikke opgaver ligeledes har en betydning for implementeringen af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016). Informanterne i interviewundersøgelsen mener også, at alment praktiserende læger i en mere ustruktureret form allerede udøver PU til kroniske smertepatienter, og besidder de kommunikative kompetencer til at håndtere psykosociale problemstillinger. En informant siger dog, at det samtidig godt kan udfordre dem og ramme lidt på kant af, hvad de er gode til. Den gennemgående holdning blandt informanterne var dog, at optimering af alment praktiserende lægers viden og kompetencer i PU til kroniske smertepatienter generelt ville gavnes af efteruddannelse heri. Hvorvidt lægernes videns- og kompetencemæssige begrænsninger kan forklares ud fra individuelle sygdomsopfattelser, er relevant at diskutere. Jf. afsnit 2.6.1 giver nogle praktiserende læger udtryk for, at de primært praktiserer en biomedicinsk tilgang, hvorimod andre læger primært arbejder ud fra en biopsykosocial tilgang (Ørtenblad et al., 2014). PU omfatter undervisning i smertefysiologi, smertehåndtering, mestringsstrategier og betydningen af psykosociale faktorer samt samtale om behandlingsmuligheder (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det kan hermed

antages, at læger, der i højere grad praktiserer en biomedicinsk tilgang, i lavere grad vil være tilbøjelige til at udøve PU til kroniske smertepatienter, da PU jf. Sundhedsstyrelsens definition (2018) trækker på en biopsykosocial tilgang. Ved indførelsen af en ny opgave i en organisation, må aktører tilegne sig ny viden og kompetencer (Leavitt, 1965). Ved implementeringen af PU i almen praksis kan det således antages at medføre krav til de alment praktiserende læger om at tilegne sig ny viden og kompetencer i PU til kroniske smertepatienter. I tråd hermed udtaler en informant, at et kursus i PU til alment praktiserende læger med fordel kan indføres, samt at det vil være eftertragtet af lægerne, netop fordi de kroniske smertepatienter fylder en stor del i praksis. Generelt viser resultaterne fra interviewene og litteraturstudiet, at efteruddannelse er vigtigt for at fremme udøvelsen af PU i almen praksis. Særligt undervisning med henblik på at vedligeholde færdigheder og udvikle nye i henhold til nye anbefalinger eller retningslinjer virker fremmende på implementeringen af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023).

11.4.2 Inddragelse af sygeplejerskerne

Flere af informanterne beskriver potentialet i at tænke klinikken ind som helhed, særligt ved at inddrage sygeplejerskerne til varetagelse af PU til kroniske smertepatienter. Dette stemmer overens med fundene i litteraturstudiet, hvor tidlig inddragelse af sygeplejerskerne statueres som en fremmende faktor for implementering af evidensbaseret praksis (Wang et al., 2023). Med afsæt i Leavitts model indgår sygeplejerskerne som aktører i almen praksis som organisation. Ifølge informanterne er fordelene ved at inddrage sygeplejerskerne, at de i forvejen besidder erfaring og kompetencer med PU og håndtering af andre kronikergrupper, mens det samtidig kan frigive tid og ressourcer hos lægerne. Lægerne har i forvejen en stor arbejdsbyrde, og kan ifølge flere af informanterne ikke pålægges flere opgaver. På tværs af informanterne sammenlignes behandlingstilbuddet til kroniske smertepatienter med diabetespatienter, men det kan dog ikke antages, at erfaring og kompetencer fra diabetespatienter direkte kan overføres til kroniske smertepatienter. Selvom der er tale om kroniske lidelser, differentierer sygdommene sig fra hinanden på flere parametre, herunder medicinsk behandling og biologiske markører. Samtidig er kroniske smerter karakteriseret ved subjektive oplevelser, som ikke kan undersøges eller bekræftes ved objektive fund såsom blodprøver (Raffaelli et al., 2021). Således må sygeplejersken som aktør i organisationen tilegne sig ny viden og kompetencer ved indførelse eller ændring af en opgave. I tråd hermed forventes det at sygeplejersker i almen praksis skal varetage flere og flere opgaver relateret til kronikere, og i den forbindelse mener 54% af sygeplejerskerne i almen praksis, at de har behov for mere efteruddannelse for at kunne klare deres opgaver (Ludvigsen, 2022). Dette er i

overensstemmelse med specialets resultater fra interviewundersøgelsen, hvor en informant udtaler, at efteruddannelse i PU til kroniske smertepatienter for hele praksispersonalet ville være fordelagtigt. Dette behov understøttes af Wang et al. (2023), der fandt, at vedligeholdelse og opdatering af kompetencer, der flugter med kliniske anbefalinger, kan fremme implementeringen af evidensbaseret praksis.

Ved at uddelegere opgaven med PU til sygeplejerskerne fordrer det en opmærksomhed på, hvilken betydning det har for de kroniske smertepatienter. Uddelegering kan stå i modstrid til patienternes forventninger, der ofte forventer at skulle rådføres af en læge, når de søger sundhedsrelateret hjælp i almen praksis (Enheden for Brugerundersøgelser, 2010). Det afspejler idéen om "egen læge" der hersker som den mest gængse opfattelse af, hvad man som patient mødes af i almen praksis. Nogle patienter kan endda tolke det som en slags degradering, når de "kun" skal rådføres af en sygeplejerske (Enheden for Brugerundersøgelser, 2010). Det kan med afsæt i Leavitts model afspejle det dynamiske samspil mellem den gængse kulturelle forståelse af almen praksis, her forstået som omverdenen, og organisationen, samt hvordan det kan påvirke forandringer i organisationen. Uddelegeringen af opgaver i almen praksis kan derfor udfordre lægens personlige relation med patienten, der udskiftes med en relation til klinikken som helhed og organisation, hvor patienten ser forskellige læger og sygeplejersker (Kjellberg & Buch, 2010). Særligt kronikere føler et stort behov for at se den samme læge hver gang (Danske Patienter, 2021), og fordelene ved at uddelegere opgaver i almen praksis til andet praksispersonale er ofte ikke åbenlyse for patienterne, hvilket kan føre den utilsigtede konsekvens, at der opstår modstand og skepsis hos patienterne. Patienterne kan dog oftest opbygge en tillidsfuld relation med sygeplejersken, der er sammenlignelig med relationen til lægen, efter en tilvænningsperiode (Enheden for Brugerundersøgelser, 2010). Udviklingen i almen praksis peger da også på, at der ansættes stadigt mere praksispersonale, med en udvikling på knap 20% flere ansatte i almen praksis i løbet af fire år, hvori andelen af sygeplejersker er steget med 19% (Praktiserende Lægers Organisation, 2022). I takt med at antallet af kronikere er steget, og at almen praksis overtager flere opgaver relateret hertil, varetager sygeplejerskerne allerede mange af disse opgaver. Uagtet hvilken fagperson der varetager PU til kroniske smerter, er relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten vigtig for, at opgaven kan udføres effektivt, som det fortælles af informanterne. Litteraturstudiets fund viser

ligeledes, at denne relation er en vigtig faktor for succesfuld implementering af evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016; Ng et al., 2002; Freeman og Sweeney, 2002; Wang et al., 2023), og relationen ser ud til at være særligt vigtig for patienter med kroniske lidelser (Kenny, 2004; May et al., 2004).

På denne baggrund kan der være potentiale i at inddrage sygeplejerskerne i opgaven med PU til kroniske smertepatienter. Såfremt opgaven uddelegeres til sygeplejerskerne, er det essentielt med klarhed over fordelingen af arbejdsopgaver, da en succesfuld implementering af evidensbaseret praksis fremmes af at have en klar definition af ansvars- og rollefordeling (Lau et al., 2016), samt en effektiv tværprofessionel kommunikation (Wang et al., 2023). Dette giver gode forudsætninger for, at klinikpersonalet kan diskutere opgaven og give input til eventuelle udfordringer (Lau et al., 2016). En informant fra interviewundersøgelsen understøtter dette ved at italesætte vigtigheden af samarbejdet mellem lægen og sygeplejersken.

11.5 Teknologi

Det er komponenten teknologi, som sikrer, at organisationen og dertilhørende aktører har mulighed for at udføre deres opgaver (Leavitt, 1965), hvormed teknologien ligeledes indgår i et dynamisk samspil med udøvelsen af PU i almen praksis. På tværs af interviewene er der enighed om, at der mangler en formalisering og konkretisering af, hvad PU til kroniske smertepatienter skal indeholde, og informanterne mener generelt, at der mangler klarhed over, hvad de skal levere i PU. Den manglende formalisering af PU tyder på at være en hæmmende faktor for udøvelsen i praksis. Dette understøttes af Wang et al. (2023), der fremhæver manglen på klare og specifikke kliniske retningslinjer som en barriere for implementeringen af evidensbaseret praksis. Flere af informanterne oplever, at mange læger udøver PU som en del af behandlingen til kroniske smertepatienter, men at det er svært for lægerne at identificere, hvorvidt de reelt udfører PU. Dette faciliterer en usikkerhed i lægerne, som kan have svært ved at vurdere om PU er en alment praktiserende læges opgave. Det tyder dermed på, at der er behov for at udarbejde konkrete retningslinjer eller vejledninger for at fremme udøvelsen af PU i almen praksis. Dette understøttes af Lau et al. (2016), der fremhæver, at vejledninger internt i den enkelte praksis, der statuerer, hvordan en given behandling skal udføres, sikrer kvaliteten i behandlingen og en ensartet praksis. Yderligere sikrer det, at en kompleks evidensbaseret retningslinje har bedre forudsætninger for en vellykket implementering, hvis

den er godt designet, anvendelig, pålidelig, brugervenlig, let tilgængelig, hurtig og kan give nøjagtig og opdateret information (Lau et al., 2016). Ud fra interviewene tyder det på, at udfordringen ved de nationale kliniske retningslinjer er en manglende konkretisering, hvilket hæmmer anvendeligheden for alment praktiserende læger i behandlingen af kroniske smertepatienter. Dette indikerer, at teknologien er en relevant komponent at ændre på i form af udarbejdelsen af konkrete og specifikke retningslinjer eller vejledninger. Hvis de evidensbaserede retningslinjer tilpasses den organisatoriske praksis, værdier og de kulturelle normer i organisationen, ses det at fremme implementeringen (Lau et al., 2016). Hertil supplerer Wang et al. (2023) med, at retningslinjer skal tilpasses specifikke kontekster.

På trods af, at der på tværs af litteraturstudiet og interviewene udtrykkes et behov for formalisering og konkretisering af PU samt klare og specifikke kliniske retningslinjer, er det relevant at overveje det individuelle aspekt af behandling til kroniske smertepatienter. Dette indebærer, at behandlingen skal tilpasses patientens forståelsesramme og adressere nuværende opfattelser (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvilket kan afspejle vigtigheden af at tage højde for patientens *health literacy*, der kan have betydning for patientens evne til hensigtsmæssig egenhåndtering (Mackey et al., 2019). Chinn (2011) understreger, at *health literacy* skal anses ud fra et socioøkologisk perspektiv, da konteksten, individet befinder sig i, har betydning for de individuelle ressourcer og kompetencer. Således har konteksten og de sociale omstændigheder stor betydning for de individuelle kompetencer, det kræver at mestre sygdom og sundhed (McCormack et al., 2017). Det kan derfor være udfordrende at imødekomme informanternes behov for konkrete og specifikke retningslinjer til behandlingen af kroniske smertepatienter, da behandlingen ligeledes skal tage højde for patientens individuelle ressourcer og kompetencer. Tilpasning og individualisering af en behandling gør implementeringsprocessen kompleks og adaptiv (Freeman & Sweeney, 2002), hvilket kan udgøre en hæmmende faktor for, at lægerne kan anvende evidensbaserede, konkrete og specifikke retningslinjer i behandlingen af kroniske smertepatienter.

11.6 Omverdenen

Organisationer som almen praksis påvirkes af omgivelserne (Bakka & Fivelsdal, 2019; Ry Nielsen & Ry, 2002), som potentielt kan have indflydelse på organisationens legitimitet og effektivitet (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Særligt kan en organisation være afhængig af omgivelserne i forhold til økonomiske ressourcer (Jacobsen & Thorsvik, 2014), hvor der i

almen praksis er tale om den finansierende tredjepart, som er de danske regioner (Pedersen, 2013). Som angivet i ovenstående afsnit angiver litteraturstudiet, at implementeringen af en evidensbaseret praksis fremmes, når finansierings- og aflønningssystemet stemmer overens med de evidensbaserede retningslinjer (Ng et al., 2021; Wang et al., 2023). Jf. afsnit 2.5.1 aflønnes danske praktiserende læger ud fra takster i overenskomsten, som forhandles mellem RLTN og PLO (Hansen et al., 2019). Dette betyder, at for at PU til kroniske smertepatienter kan fremmes i almen praksis, skal indflydelsesrige interessenter i PLO og RLTN som principal opnå enighed om, at det er en god idé. Jf. interessentanalysen (afsnit 7.0) kan det antages, at begge parter har interesse i tiltaget, da overenskomsten i almen praksis fra 2022 beskriver, at almen praksis' ressourcer bl.a. skal målrettes identifikation af forebyggelsesbehov samt patientrettet forebyggelse (Regionernes Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation, 2022). Jf. afsnit 2.9.1 kan PU til kroniske smertepatienter i lette til moderate tilfælde anskues som patientrettet forebyggelse. Danske Regioner fremhæver, at de økonomiske ressourcer også i fremtiden vil være knappe (Danske Regioner, 2017). Således kan det antages, at såfremt et tiltag om at fremme PU i almen praksis er omkostningseffektivt, fremmer det interessen i RLTN og PLO om at indføre det i overenskomsten. Hvorvidt RLTN og PLO vil støtte op om tiltaget, såfremt det omfatter finansiering til et ekstra honorar, vides dog ikke, da der som tidligere nævnt kun har været indhentet information om interessenternes holdning via rapporter, officielle dokumenter samt hjemmesider.

Andre forhold i omgivelserne af almen praksis kan ligeledes have betydning for implementeringen og udøvelsen af PU til kroniske smertepatienter. Jf. afsnit 2.7 kan der i samfundet herske divergente sygdomsopfattelser, hvilket kan påvirke relationen mellem lægen og den kroniske smertepatient og hermed udøvelsen af PU. Ifølge Jensen (1997) opbygges individuelle sygdomsopfattelser af personlige erfaringer i familien og omgangskredsen, ligesom der med afsæt i Kleinmans (1980) teori eksisterer en gældende sygdomsopfattelse i det sociale netværk i den folkelige sektor. Almen praksis hører til den professionelle sektor, hvori der kan herske en modstridende sygdomsopfattelse (Kleinman, 1980). Disse modstridende sygdomsopfattelser kan være udfordrende for lægerne i udøvelsen af PU, hvilket italesættes af en af informanterne. Ligeledes understøttes det af Wang et al. (2023), at dissonante forventninger og mål med hensyn til sygdomshåndtering eller misforstået

sygdomsopfattelse hæmmer implementeringen af evidensbaseret praksis. En informant udtrykker en oplevelse af, at der generelt i samfundet er en mangel på bevidsthed om kroniske smerter, årsagerne til det samt behandlingsmuligheder. I forlængelse heraf mente informanten, at en tidligere indsats bestående af generel borgeroplysning omkring kroniske smerter kunne være potentielt fremmende for udøvelsen af PU i almen praksis. Med afsæt i Kleinmans teori (1980) kan informanterne dog anskues som en del af den professionelle sektor, hvorfor dette ikke kan afspejle den folkelige lægmandsforståelse af kroniske smerter. Litteraturstudiets fund understøtter fokuset på borgeroplysning, da opmærksomhed fra regeringen eller andre myndigheder, eksempelvis i form af nationale politikker, kan fremme implementeringen af en evidensbaseret praksis (Lau et al., 2016; Breen et al., 2007). Omgivelserne påvirker således organisationen, men det kan ligeledes antages, at ændringer i organisationen ligeså har indflydelse på omgivelserne (Ry-Nielsen & Ry, 2002). Jf. afsnit 2.7 har nogle patienter en oplevelse af, at alment praktiserende læger har begrænsede terapeutiske kompetencer og mangler fornøden viden og ekspertise i at håndtere og behandle kroniske smerter (Hadi et al., 2017). Med afsæt i afsnit 11.4.1 vil implementeringen af PU i almen praksis kræve, at alment praktiserende læger tilegner sig nødvendig viden og kompetencer for at være i stand til at udøve PU til kroniske smertepatienter. På den baggrund kan det formodes, at implementeringen af PU i almen praksis vil medføre mere viden og stærkere kompetencer i udøvelsen af PU hos lægerne, og implementeringen dermed over tid kan påvirke patienternes forventninger til behandlingen af kroniske smerter, hvilket afspejler det dynamiske samspil mellem omgivelserne og organisationen.

12.0 Patientuddannelse i et forandringsperspektiv

Specialets formål om at undersøge muligheder og begrænsninger for at udøve PU til kroniske smertepatienter i almen praksis har affødt et vidensgrundlag, der giver anledning til at fremhæve de fund, der kan danne grundlag for potentielle forandringstiltag. På baggrund af specialets resultater og diskussionen heraf fremgår det, at PU til kroniske smertepatienter særligt anses for at være vanskeligt at integrere og fremme i den struktur, de alment praktiserende læger for nuværende arbejder under med bl.a. korte konsultationer, en stor arbejdsbyrde og manglen på et specifikt ydelseshonorar. I resultaterne afspejles et gennemgående potentiale i at tænke klinikken ind som helhed og inddrage sygeplejerskerne til varetagelse af sessioner eller forløb med PU til kroniske smertepatienter. Sygeplejersker i almen praksis varetager allerede flere opgaver med andre kronikergrupper, hvilket kan formodes at være fordelagtigt i varetagelsen af PU til kroniske smertepatienter. Samtidig kan det frigive tid hos de alment praktiserende læger, der ud fra et lægeperspektiv, er begrænset af en i forvejen stor arbejdsbyrde. Udviklingen med stadig flere sygeplejersker i almen praksis indikerer også, at sygeplejerskerne får en større og større rolle i almen praksis og taler for at uddelegere opgaver, hvor det giver mening.

Tiltaget vedrørende inddragelse af sygeplejersker i opgaven med PU til kroniske smertepatienter i almen praksis skal anses som et potentielt forandringsforslag. Med afsæt i *The Medical Research Councils* (MRC) framework for arbejdet med komplekse interventioner ville næste fase indebære en udvikling af den specifikke intervention, der bør baseres på et grundigt evidensgrundlag og en teoretisk understøttelse af problemet (Skivington et al., 2021). Ud fra specialets fund bør der således foretages en yderligere undersøgelse af evidensen for PU til kroniske smertepatienter i almen praksis, som ligeledes inddrager sygeplejerskers perspektiv. Yderligere lægger MRC-frameworket vægt på, at der løbende i udviklingsprocessen arbejdes med seks kerneelementer (Skivington et al., 2021). Et af disse kerneelementer er at overveje interventionens kontekst med henblik på at opnå en forståelse for, hvilke betingelser der gør sig gældende for interventionens effekt (Skivington et al., 2021). I udviklingen af en intervention omhandlende PU vil almen praksis som kontekst således skulle overvejes yderligere, hvilket bl.a. omfatter de ressourcemæssige og strukturelle faktorer som sygeplejerskerne er underlagt i almen praksis. Inddragelse af stakeholders er ligeledes et kerneelement i MRC-frameworket (Skivington et al., 2021), hvilket taler ind i, at flere af interessenterne, der blev identificeret i afsnit 7.0, skal inddrages i udviklingen. Formålet med

at inddrage stakeholders vil være at opnå en dybere indsigt i de forskellige aktørers holdninger til interventionen, men også kontekstens betydning. Særligt bør Danske Regioner, RLTN og PLO inddrages, da de jf. interessentanalyse (afsnit 7.0) har stor beslutningsret i ændringer af opgaver i almen praksis. Derudover vil Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) og Dansk Sygeplejeråd (DSR) også være relevante interessenter. PLA repræsenterer de alment praktiserende læger som arbejdsgiver (Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, u.å.), hvor DSR varetager sygeplejerskens interesser i forhold til bl.a. arbejdsopgaver og løn (Dansk Sygeplejeråd, u.å.). Sygeplejersken er ansat hos den praktiserende læge på en overenskomst, der er forhandlet mellem PLA og DSR. Overenskomsten mellem PLA og DSR danner rammen for, hvordan lægen som arbejdsgiver kan fordele og lede arbejdsopgaver i almen praksis (Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening & Dansk Sygeplejeråd, 2021). Af den årsag vil PLA og DSR ligeledes være interessenter med stor beslutningsret i tiltaget om at inddrage sygeplejersker i opgaven med PU til kroniske smertepatienter i almen praksis, og bør derfor inddrages som stakeholders i udviklingen af interventionen.

Når et tiltag om inddragelse af sygeplejersker er udviklet, vil det være relevant at udføre et feasibility-studie. Et feasibility-studie belyser, hvorvidt interventionen kan udføres og implementeres som tiltænkt, og omfatter tests af procedurer, processer og potentielt svage elementer (Skivington et al., 2021). I feasibility-studiet inddrages igen stakeholders (O’Cathain et al., 2019), hvilket i dette tilfælde særligt vil være sygeplejerskerne. Komplexiteten ved kroniske smerter og dens subjektive karakter fordrer netop et tilstrækkeligt videns- og kompetenceniveau, der matcher anbefalingerne om, hvad PU skal indeholde og bidrage med til gavn for patienten. 54% af sygeplejerskerne i almen praksis mener generelt, at de har behov for mere efteruddannelse for at kunne klare deres opgaver (Ludvigsen, 2022), hvilket underbygger vigtigheden af efteruddannelse af praksispersonale og løbende opdatering af kompetencer, der stemmer overens med anbefalinger om praksis, som fremanalyseret i specialet. Således vil inddragelsen af sygeplejersker være relevant for at undersøge deres oplevelser af muligheder og begrænsninger for at udøve PU. Ved at inddrage sygeplejerskerne vil det kunne bidrage med viden til forfinelse af den endelige intervention.

Ifølge MRC-frameworket bør økonomiske overvejelser ved en intervention indtænkes allerede i udviklings- og feasibility-fasen (Skivington et al., 2021). Økonomiske forhold kan anses at være en del af konteksten, ligesom sociale og politiske forhold udgør de omstændigheder, hvori interventionen udfolder sig (Petersen et al., 2022). De økonomiske overvejelser er ligeledes en

del af de seks kerneelementer i MRC-frameworket, og omfatter overordnet en analyse af omkostningseffektiviteten (Skivington et al., 2021). Sundhedsøkonomiske analyser kan bidrage med nødvendig viden til beslutningstagere om prioriteringen af, hvorvidt interventionen skal udvikles og implementeres (Petersen et al., 2022). En udfordring vedrørende økonomiske evalueringer er dog, at de blot belyser, hvor der er mest sundhed for pengene, selvom der i forebyggelsesindsatser kan være andre relevante interesser, eksempelvis empowerment, mestringsevne, lighed i sundhed med videre (Shiell & Hawe, 1996). I tråd hermed er forebyggelsesinterventioner ikke i alle tilfælde omkostningseffektive, da den konkrete indsats og den pågældende population påvirker, hvorvidt forebyggelse kan medføre en besparelse af udgifter (Cohen et al., 2008). I den forbindelse er det relevant at foretage en omkostningseffektivitetsanalyse, hvor det undersøges om tiltaget giver mere sundhed for pengene sammenlignet med den nuværende udførelse af PU i almen praksis. Hertil kunne en cost-utility-analyse være relevant. I denne analyse kan effekten måles i kvalitetsjusterede leveår (QALY) (Drummond et al., 2015), som vurderes relevant ved en patientgruppe som kroniske smertepatienter.

Sidste step inden implementering er ifølge MRC-frameworket, at der foretages en evaluering af interventionen (Skivington et al., 2021). Det vil her være relevant at foretage en virkningsevaluering, som ifølge Pawson & Tilley (1997) kan anvendes til at generere viden om proces og effekt af interventionen og samtidig afdække hvordan og hvorfor inddragelsen af sygeplejerske i PU til kroniske smertepatienter virker eller ikke virker. Slutteligt kan virkningsevalueringen afdække tilsigtede og potentielle utilsigtede konsekvenser.

13.0 Konklusion

Formålet med specialet var at undersøge muligheder og begrænsninger for udøvelse af PU til kroniske smertepatienter i almen praksis i de lette til moderate tilfælde. Denne viden havde til hensigt at bidrage til potentielle forandringsforslag til behandlingen af kroniske smertepatienter i almen praksis. Kroniske smertepatienter er en patientgruppe, der fylder meget i almen praksis, og størstedelen af patientgruppen behandles ligeledes her. Patientgruppen er dog kompleks at behandle, hvilket kan udfordre alment praktiserende læger. Kroniske smertepatienter ender ofte i lange og usammenhængende forløb, hvor igangsættelse af optimal behandling trækkes ud, hvorved risikoen for at udvikle mere komplekse smertetilstande øges. Kroniske smertepatienter føler sig ofte uafklarede, og efterspørger bl.a. anerkendelse, forklaringer og vejledning vedrørende deres smerter. I de kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (2018) er der stærk anbefaling for at anvende PU i behandlingen af kroniske smertepatienter, hvor den alment praktiserende læge som tovholder og gatekeeper kan spille en central rolle i varetagelse af denne opgave i lette til moderate tilfælde af kroniske smerter.

Specialet finder en række begrænsninger, der vanskeliggør implementeringen og udøvelsen af PU som evidensbaseret praksis til kroniske smertepatienter i almen praksis. Først og fremmest er ukonkrete retningslinjer i forhold til konteksten, patientens forventninger samt mangel på viden og kompetencer hos den alment praktiserende læge begrænsende faktorer. Yderligere er måden hvorpå almen praksis som organisation er struktureret et gennemgående tema. Særligt er mangel på tid til implementeringsprocessen og i konsultationen samt uoverensstemmelser mellem honorering og anbefalingen om udøvelse af PU barrierer. På et højere organisatorisk niveau omfatter mulighederne, at der foretages en formalisering af PU, således at retningslinjerne konkretiseres. Ligeledes vil et øget fokus på PU i form af efteruddannelse udvide lægernes viden og kompetencer og således være en fremmede faktor. Derudover vil en ændring af overenskomsten for almen i praksis i form af indføring af et passende ydelseshonorar fremme udøvelsen af PU i praksis. Ud fra specialets fund er en relevant mulighed for at fremme PU i almen praksis at tænke den enkelte lægepraksis ind som helhed og derved inddrage sygeplejerskerne i opgaven. Et potentielt tiltag om inddragelse af sygeplejersker skal dog udvikles og testes i mindre skala, før det endeligt kan implementeres i almen praksis.

14.0 Referenceliste

- Bager, M., Staunstrup, E., & Agerholm, A. O. (2014). *Projekter i praksis: Projektledelse og projektstyring i en omskiftelig verden*. Samfundslitteratur.
- Bahaadinbeigy, K., Yogesana, K., & Wootton, R. (2010). MEDLINE Versus EMBASE and CINAHL for Telemedicine Searches. *Telemedicine and E-Health*, 16(8), 916–919. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0046>
- Bakka, J. F., & Fivelsdal, E. (2019). *Organisationsteori: Struktur, kultur, processer* (7. udg.). Djøf Forlag.
- Bayliss, S. E., Davenport, C. F., & Pennant, M. E. (2014). Where and how to search for information on the effectiveness of public health interventions—A case study for prevention of cardiovascular disease. *Health Information & Libraries Journal*, 31(4), 303–313. <https://doi.org/10.1111/hir.12075>
- Bennett, R. M., Jones, J., Turk, D. C., Russell, I. J., & Matallana, L. (2007). An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-27>
- Betrán, A. P., Say, L., Gülmezoglu, A. M., Allen, T., & Hampson, L. (2005). Effectiveness of different databases in identifying studies for systematic reviews: Experience from the WHO systematic review of maternal morbidity and mortality. *BMC Medical Research Methodology*, 5(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-5-6>
- Beyer, F. R., & Wright, K. (2013). Can we prioritise which databases to search? A case study using a systematic review of frozen shoulder management. *Health Information & Libraries Journal*, 30(1), 49–58. <https://doi.org/10.1111/hir.12009>
- Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2014). National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 14(1), 1095. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: A prospective exploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breen, A., Austin, H., Campion-Smith, C., Carr, E., & Mann, E. (2007). “You feel so hopeless”: A qualitative study of GP management of acute back pain. *European Journal of*

- Pain*, 11(1), 21. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.006>
- Briggs, A. M., Jordan, J. E., Buchbinder, R., Burnett, A. F., O'Sullivan, P. B., Chua, J. Y. Y., Osborne, R. H., & Straker, L. M. (2010). Health literacy and beliefs among a community cohort with and without chronic low back pain. *Pain*, 150(2), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.031>
- Briggs, E. V., Battelli, D., Gordon, D., Kopf, A., Ribeiro, S., Puig, M. M., & Kress, H. G. (2015). Current pain education within undergraduate medical studies across Europe: Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study. *BMJ Open*, 5(8), e006984. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006984>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). *Kritisk realisme*. Samfundslitteratur : Roskilde Universitetsforlag.
- Buus, N. (2008). Litteratursøgning i praksis — Begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*.
- Christensen, J., Bilde, L., & Gustavsson, A. (2011). *Socioeconomic consequences of pain-intensive diseases in Denmark*. DSI.
- Cohen, J. T., Neumann, P. J., & Weinstein, M. C. (2008). Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. *New England Journal of Medicine*, 358(7), 661–663. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0708558>
- Collins, C., Doran, G., Patton, P., Fitzgerald, R., & Rochfort, A. (2021). Does education of primary care professionals promote patient self-management and improve outcomes in chronic disease? An updated systematic review. *BJGP Open*, 5(3), BJGPO.2020.0186. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0186>
- Danmarks Statistik. (2019). *Notat om indstilling vedrørende anvendelse af landegruppering i DSTs befolkningsstatistikker*.
- Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., Amris, K., & Bliddal, H. (2010). *Diagnose, behandling og prognose ved fibromyalgi*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/diagnose-behandling-og-prognose-ved-fibromyalgi>
- Dansk Selskab for Almen Medicin. (u.å.). *ICPC – International Classification of Primary Health Care*. https://www.dsam.dk/kvalitet/icpc_link_til_dak_e/om_icpc/
- Dansk Sygeplejeråd. (u.å.). *Fakta om DSR*. <https://dsr.dk/om-dsr/fakta-om-dsr>
- Danske Patienter. (u.å.). *Danske Patienter*. Hentet 21. maj 2023, fra <https://danskepatienter.dk>
- Danske Patienter. (2021). *Det mener patienterne: Ønskerne til tilgængeligheden i almen praksis er forskellige*. Danske Patienter.

- https://danskepatienter.dk/files/media/document/Det%20mener%20patienterne_almen%20praksis_%202021.pdf
- Danske Regioner. (2017). *Sundhed for livet—Forebyggelse er en nødvendig investering*.
<https://www.regioner.dk/services/publikationer/sundhed/sundhed-for-livet>
- Danske Regioner. (u.å.). *Aftaler og overenskomster*. Aftaler og økonomi.
<https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/arbejdsgiver/aftaler-og-overenskomster>
- Datatilsynet. (2021). *Vejledning: Samtykke*.
[https://www.datatilsynet.dk/Media/0/C/Samtykke%20\(3\).pdf](https://www.datatilsynet.dk/Media/0/C/Samtykke%20(3).pdf)
- Devraj, R., Herndon, C. M., & Griffin, J. (2013). Pain Awareness and Medication Knowledge: A Health Literacy Evaluation. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27(1), 19–27. <https://doi.org/10.3109/15360288.2012.751955>
- Drummond, M., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (Fourth edition). Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Enheden for Brugerundersøgelser. (2010). *Fra lægehus til behandlerteam: Erfaringer med og holdninger til brugen af praksispersonale i almen praksis i Region Hovedstaden*. Enheden for Brugerundersøgelser.
- Finansministeriet. (u.å.). *Opgaver for kommuner og regioner*.
<https://fm.dk/arbejdsomraader/kommuner-og-regioner/opgaver-for-kommuner-og-regioner>
- Fine, P. G. (2011). Long-Term Consequences of Chronic Pain: Mounting Evidence for Pain as a Neurological Disease and Parallels with Other Chronic Disease States. *Pain Medicine*, 12(7), 996–1004. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01187.x>
- Foreningen af Kroniske Smerteramte og Pårørende. (u.å.). *FAKS: Vi arbejder for*.
<https://faks.dk/forside/vi-arbejder-for/>
- Frandsen, T., Dyrvig, A., Buck Christensen, J., Fasterholdt, I., & Ølholm, A. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 7, 647–651.
- Frandsen, T. F., Eriksen, M. B., Hammer, D. M. G., Christensen, J. B., & Wallin, J. A. (2021). Using Embase as a supplement to PubMed in Cochrane reviews differed across fields. *Journal of Clinical Epidemiology*, 133, 24–31.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.12.022>

- Fredheim, O. M. S., Kaasa, S., Fayers, P., Saltnes, T., Jordhøy, M., & Borchgrevink, P. C. (2007). Chronic non-malignant pain patients report as poor health-related quality of life as palliative cancer patients: HRQoL in chronic non-malignant pain patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(1), 143–148. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2007.01524.x>
- Freeman, A. C., & Sweeney, K. (2002). Why general practitioners do not implement evidence: Qualitative study. *Hong Kong Practitioner*, 24(8), 386–389. Scopus.
- Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The Economic Costs of Pain in the United States. *The Journal of Pain*, 13(8), 715–724. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Giacomini, M. K., & Cook, D. J. (2000). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284(3), 357–362. <https://doi.org/10.1001/jama.284.3.357>
- Goesling, J., Lin, L. A., & Clauw, D. J. (2018). Psychiatry and Pain Management: At the Intersection of Chronic Pain and Mental Health. *Current Psychiatry Reports*, 20(2), 12. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0872-4>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies: A typology of reviews, *Maria J. Grant & Andrew Booth. Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gyrd-Hansen, D. (2012). *Litteraturgennemgang. Effekt af incitamenten på almen praksis: Notat*. KORA. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Gyrd-Hansen, D., Kristensen, S., Olsen, K., Oxholm, A., & Pedersen, L. (2023). *Honorering og motivation i almen praksis* (Nr. 1; DaCHE Discussion Papers). Syddansk Universitet.
- Hadi, M. A., Alldred, D. P., Briggs, M., Marczewski, K., & Closs, S. J. (2017). “Treated as a number, not treated as a person”: A qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*, 7(6), e016454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016454>
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of Chronic Pain on Patients'

- Quality of Life: A Comparative Mixed-Methods Study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133–141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Hansen, J., Kjellberg, P. K., Buch, M. S., Voss, H., & Hindborg, P. (2010). *Styring i praksis. Erfaringer fra de danske regioner*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Harle, C. A., Bauer, S. E., Hoang, H. Q., Cook, R. L., Hurley, R. W., & Fillingim, R. B. (2015). Decision support for chronic pain care: How do primary care physicians decide when to prescribe opioids? a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0264-3>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Henry, S. G., Bell, R. A., Fenton, J. J., & Kravitz, R. L. (2017). Goals of Chronic Pain Management: Do Patients and Primary Care Physicians Agree and Does it Matter? *The Clinical Journal of Pain*, 33(11), 955–961. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000488>
- Howlett, M. (2022). Looking at the ‘field’ through a Zoom lens: Methodological reflections on conducting online research during a global pandemic. *Qualitative Research*, 22(3), 387–402. <https://doi.org/10.1177/1468794120985691>
- Hughes, G., Martinez, C., Myon, E., Taïeb, C., & Wessely, S. (2006). The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: An observational study based on clinical practice. *Arthritis & Rheumatism*, 54(1), 177–183. <https://doi.org/10.1002/art.21545>
- IASP. (u.å.). Terminology | International Association for the Study of Pain. *International Association for the Study of Pain (IASP)*. Hentet 27. maj 2023, fra <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Autorisationsloven, LBK nr 731 af 08/07/2019 (2019). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731>
- Sundhedsloven, LBK nr 210 af 27/01/2022 (2022). <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/210#id807d9f2b-84c9-45de-b5dd-d59b2713b4b8>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (u.å.). *Om Indenrigs- og Sundhedsministeriet*. <https://sum.dk/ministeriet>
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer: En indføring i organisation og ledelse*. Hans Reitzel.

- JBI. (u.å.). *CRITICAL APPRAISAL TOOLS*. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Jensen, H. I., Plesner, K., Kvorning, N., Krogh, B. L., & Kimper-Karl, A. (2016). Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: A cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 86–91.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv108>
- Jensen, S. F. S. (1997). Teoretisk referenceramme: Om sundhedssystem, sygdomsopfattelser og sygdom og lidelse. I *Mellem håb og afmagt: Om ALS-patienter og lægemidlet riluzole*. DSI - Institut for Sundhedsvæsen.
- Johansen, K., Rasmussen, P., & Christiansen, A. (2012). *Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse—Evaluerings af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden*. Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og forskning (KORA). <https://www.vive.dk/media/pure/9156/2050059>
- Johns Hopkins University & Medicine. (2022, december 19). *Expert Searching*.
<https://browse.welch.jhmi.edu/searching>
- Johnson, M., Collett, B., & Castro-Lopes, J. M. (2013). The challenges of pain management in primary care: A pan-European survey. *Journal of Pain Research*, 6, 393–401.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S41883>
- Jørgensen, P., Kjølby, M., & Jensen, W. J. (2021). *Forskning, kvalitet og klinisk praksis* (1. udgave). Munksgaard.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350(feb18 5), h444–h444. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- Kennedy, M.-C., Pallotti, P., Dickinson, R., & Harley, C. (2019). ‘If you can’t see a dilemma in this situation you should probably regard it as a warning’: A metasynthesis and theoretical modelling of general practitioners’ opioid prescription experiences in primary care. *British Journal of Pain*, 13(3), 159–176.
<https://doi.org/10.1177/2049463718804572>
- Kenny, D. T. (2004). Constructions of chronic pain in doctor–patient relationships: Bridging the communication chasm. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 297–305.
[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00105-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00105-8)
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Red.). (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office

for Europe.

- Kjellberg, J., & Buch, M. S. (2010). *Kapacitet i fremtidens almen praksis: Muligheder og udfordringer for at realisere de overordnede visioner*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Kress, H. G. (2013). The Importance of Putting Pain on the Curricula in Medical Schools in Europe. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27(2), 182–184.
<https://doi.org/10.3109/15360288.2013.788604>
- Kress, H.-G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso, E., Kocot-Kępska, M., Mangas, A. C., Ferri, C. M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C. P., & Sichère, P. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: Change is needed. *Current Medical Research and Opinion*, 31(9), 1743–1754. <https://doi.org/10.1185/03007995.2015.1072088>
- Kristensen, F. B., & Sigmund, H. (2007). *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
<https://www.sst.dk/~media/1319CCE8BEC34952AD7746390DD8BDD5.ashx>
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal Relationship Between Pain and Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *The Journal of Pain*, 12(9), 964–973.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.03.003>
- Kurita, G. P., Sjøgren, P., Juel, K., Højsted, J., & Ekholm, O. (2012). The burden of chronic pain: A cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. *Pain*, 153(12), 2332–2338. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.07.023>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (Bjørn Nake, Overs.; 3. udgave). Hans Reitzel.
- Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R., & Murray, E. (2016). Achieving change in primary care-causes of the evidence to practice gap: Systematic reviews of reviews. *Implementation Science*, 11(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>
- Leavitt, H. J. (1965). Applied Organizational Change in Industry: Structural, Technological and Humanistic Approaches. I J. G. March, *Handbook of organizations*. Routledge.

- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Featherstone, R., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Paynter, R., Rader, T., Thomas, J., & Wieland, L. (2022). Chap. 4: Searching for and selecting studies. I J. Higgins, J. Thomas, J. Chandler, M. Cumpston, T. Li, M. Page, & V. Welch, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6.3). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook/current>
- Levay, P., Raynor, M., & Tuvey, D. (2015). The Contributions of MEDLINE, Other Bibliographic Databases and Various Search Techniques to NICE Public Health Guidance. *Evidence Based Library and Information Practice*, 10(1), 50–68. <https://doi.org/10.18438/B82P55>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). Naturalistic inquiry. *International Journal of Intercultural Relations*, 9(4), 438–439. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Louw, A., Diener, I., Butler, D. S., & Puentedura, E. J. (2016). The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 2041–2056. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.07.198>
- Luciano, J. V., Martínez, N., Peñarrubia-María, M. T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C., Blanco, M. E., Jiménez, M., Ruiz, J. M., Del Hoyo, Y. L., & Serrano-Blanco, A. (2011). Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients: A Randomized Controlled Trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31820b131c>
- Ludvigsen, M. (2022). *Flere sygeplejersker arbejder i almen praksis*. DSR. <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/flere-sygeplejersker-arbejder-i-almen-praksis>
- Lund, H., Juhl, C., Møller, A. M., & Andreasen, J. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. udg., 1. opl). Munksgaard.
- Lundberg, T., & Melander, S. (2021). Professional Coping Strategies in a Temporal Perspective: A Pilot Study on How Swedish General Practitioners Deal With Challenges Inherent in Pain Management. *SAGE Open*, 11(3), 215824402110401. <https://doi.org/10.1177/21582440211040116>
- Mackey, L. M., Blake, C., Casey, M.-B., Power, C. K., Victory, R., Hearty, C., & Fullen, B. M. (2019). The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: A cross-sectional study. *Physiotherapy*, 105(3), 346–353. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2018.11.006>

- Marthedal, A., Johansen, K., Nielsen, A., Hansen, A., & Jensen, M. (2011). *Lær at leve med kronisk sygdom—Evaluering af udbytte, selvvrurderet effekt og rekruttering*. Dansk Sundhedsinstitut. <https://www.vive.dk/media/pure/9225/2051388>
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (3rd ed). SAGE Publications.
- May, C., Allison, G., Chapple, A., Chew-Graham, C., Dixon, C., Gask, L., Graham, R., Rogers, A., & Roland, M. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: A comparative study of general practitioners' accounts. *Sociology of Health and Illness*, 26(2), 135–158. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00384.x>
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A., & Rudd, R. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: A social ecological approach. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.007>
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87(Pt B), 168–182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (Fourth edition). John Wiley & Sons.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894. <https://doi.org/10.2307/2084615>
- Mikkelsen, H., & Riis, J. O. (2011). *Grundbog i projektledelse*. Prodevo.
- Minozzi, S., Pistotti, V., & Forni, M. (2000). Searching for rehabilitation articles on MEDLINE and EMBASE. An example with cross-over design. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(6), 720–722. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(00\)90099-6](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(00)90099-6)
- Mose, S., Budtz, C. R., Rønn Smidt, H., Kent, P., Smith, A., Hviid Andersen, J., & Christiansen, D. H. (2022). How do people with chronic pain explain their use, or non-use, of pain-related healthcare services? A qualitative study of patient experiences. *Disability and Rehabilitation*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2147589>
- Ng, W., Slater, H., Starcevich, C., Wright, A., Mitchell, T., & Beales, D. (2021). Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain*, 162(8), 2154–2185. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002217>

- Northeast Ohio Medical University. (2023, april 13). *PubMed Search Tips*. HOW TO SEARCH IN BIOMEDICAL DATABASES. <https://libraryguides.neomed.edu/library-tutorials>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K. M., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*, 9(8), e029954. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029954>
- Olsen, K. R., Anell, A., Häkkinen, U., Iversen, T., Ólafsdóttir, T., & Sutton, M. (2016). General practice in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), 56–67. <https://doi.org/10.5617/njhe.2801>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (Fourth edition). SAGE Publications, Inc.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Sage.
- Pedersen, K. M. (2013). *Sundhedsøkonomi* (1. udgave). Munksgaard.
- Pedersen, P. U., Bjerrum, M., Håkonsen, S. J., & Larsen, P. (2017). *Fra forskning til praksis*. Munksgaard.
- Petersen, K. S., Maindal, H. T., Ledderer, L., & Overgaard, C. (2022). *Komplekse interventioner: Udvikling, test, evaluering og implementering*. Aalborg Universitetsforlag.
- Polacek, C., Christopher, R., Mann, M., Udall, M., Craig, T., Deminski, M., & Sathe, N. (2020). Healthcare professionals’ perceptions of challenges to chronic pain management. *The American Journal of Managed Care*, 26(4), e135–e139. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42841>
- Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening. (u.å.). *Præsentation af PLA*. https://www.pla.dk/fakta_om_pla/presentation/
- Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, & Dansk Sygeplejeråd. (2021). *Overenskomst for konsultations- sygeplejersker og praksis- bioanalytikere i lægepraksis*. https://dsr.dk/sites/default/files/24/pla_med_sidetal_-_overenskomst_for_konsultationssygeplejersker_11221_-_301124.pdf
- Praktiserende Lægers Organisation. (2022). *Vokseværk i almen praksis – flere ansatte flugter*

- med ambitionerne om et større nært sundhedsvæsen*. PLO. <https://www.laeger.dk/media/ff0kake3/plo-analyse-personale-011222.pdf>
- Praktiserende Lægers Organisation. (2023). *Honorarer og ydelser*.
<https://www.laeger.dk/media/mjpbsm2a/honorartabel-2023-januar.pdf>
- Provenzano, D. A., Kamal, K. M., & Giannetti, V. (2018). Evaluation of Primary Care Physician Chronic Pain Management Practice Patterns. *Pain Physician*, 21(6), E593–E602.
- Raffaelli, W., Tenti, M., Corraro, A., Malafoglia, V., Ilari, S., Balzani, E., & Bonci, A. (2021). Chronic Pain: What Does It Mean? A Review on the Use of the Term Chronic Pain in Clinical Practice. *Journal of Pain Research, Volume 14*, 827–835.
<https://doi.org/10.2147/JPR.S303186>
- Rasmussen, L. T., Remvig, K., & Wien, C. (2017). Litteratur- og informationssøgning til opgaven. I L. Rienecker, P. Stray Jørgensen, & S. Skov, *Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (5. udg). Samfundslitteratur.
- Regioners Lønnings- og Takstnævn & Praktiserende Lægers Organisation. (2022). *Overenskomst om almen praksis 2022*.
https://www.laeger.dk/media/bmhpnld/plo_overenskomst_2022_web-1.pdf
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. AKF.
- Ringold, D. J. (2002). Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25(1), 27–63. <https://doi.org/10.1023/A:1014588126336>
- Ry Nielsen, J. C., & Ry, M. (2002). *Anderledes tanker om Leavitt—En klassiker i ny belysning* (1. udgave). Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907.
<https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schulte, E., Petzke, F., Spies, C., Denke, C., Schäfer, M., Donner-Banzhoff, N., Hertwig, R., & Wegwarth, O. (2022). Self-Reported Practices and Emotions in Prescribing Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Cross-Sectional Study of German Physicians. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2506. <https://doi.org/10.3390/jcm11092506>
- Scopus. (2022, juni 27). *What is Scopus Preview?* https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/15534/supporthub/scopus/#tips
- Shiell, A., & Hawe, P. (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health Economics*, 5(3), 241–247. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-)

1050(199605)5:3<241::AID-HEC197>3.0.CO;2-G

- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*, n2061. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2061>
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 152(9), 1423–1433.
- Suarez-Almazor, M. E., Belseck, E., Homik, J., Dorgan, M., & Ramos-Remus, C. (2000). Identifying Clinical Trials in the Medical Literature with Electronic Databases. *Controlled Clinical Trials*, 21(5), 476–487. [https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(00\)00067-2](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(00)00067-2)
- Sundhedsdatastyrelsen. (2022). *Udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser*. <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>
- Sundhedsministeriet. (2022). *Strategi for smerteområdet: En handlingsplan målrettet mennesker med kroniske smerter*. <https://sum.dk/Media/637922637245577494/Strategi%20for%20smerteområdet.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (2009). *Patientuddannelse—En medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen, Monitorering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv* (Version: 2,0). Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Kortlægning af opioidforbruget i Danmark: Med fokus på patienter med kroniske non-maligne smerter*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling samt rehabilitering af patienter med generaliserede smerter i bevægeapparatet*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/NKR-Udredning-og-behandling-af-patienter-med-generaliserede-smerter-i-bevaegeapparatet>
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Afdækning af smerteområdet—Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022, juni 13). *Det primære sundhedsvæsen*. www.sst.dk. <https://www.sst.dk/da/viden/sundhedsvaesen/det-primære-sundhedsvaesen>
- The World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki:

- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Tønnesen, H. (2005). *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed* (Version 1). Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Eksp.: Schultz.
- Udesen, C. H., Skaarup, C., Petersen, M. N. S., & Ersbøll, A. K. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom>
- Valenzuela-Pascual, F., García-Martínez, E., Molina-Luque, F., Soler-González, J., Blanco-Blanco, J., Rubí-Carnacea, F., Climent-Sanz, C., & Briones-Vozmediano, E. (2019). Patients' and primary healthcare professionals' perceptions regarding chronic low back pain and its management in Spain: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 43(18), 2568–2577. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1705923>
- Van Oosterwijck, J., Meeus, M., Paul, L., De Schryver, M., Pascal, A., Lambrecht, L., & Nijs, J. (2013). Pain Physiology Education Improves Health Status and Endogenous Pain Inhibition in Fibromyalgia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial. *The Clinical Journal of Pain*, 29(10), 873–882. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31827c7a7d>
- Wad, P. (2015). Realistisk videnskabsfilosofi og kritisk realisme. I M. H. Jacobsen, *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (3. udg., s. 365–394). Hans Reitzel.
- Wang, T., Tan, J.-Y. (Benjamin), Liu, X.-L., & Zhao, I. (2023). Barriers and enablers to implementing clinical practice guidelines in primary care: An overview of systematic reviews. *BMJ Open*, 13(1), e062158. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062158>
- Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M., Dixon, J., Atkinson, G., Cooper, K., & Martin, D. J. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 20(10), 1140.e1-1140.e22.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>

Williams, D. A., Kuper, D., Segar, M., Mohan, N., Sheth, M., & Clauw, D. J. (2010). Internet-enhanced management of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Pain*, 151(3), 694–702. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.034>

Wittrup, I. (2011). *Læring og mestring: Patientuddannelse på deltagernes præmisser: Kvalitativ evaluering*. Region Midtjylland, Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Ørtenblad, L., Valentin, G., Carstensen, K., Wittrup, I., Tipsmark, L., Væggemose, U., Løvschall, C., & Nielsen, C. (2014). *Smerter—En MTV om muligheder for tidlig målrettet indsats til smertepatienter*. CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.

Aalborg Universitet. (u.å.). *Vejledning om databeskyttelsesreglerne i relation til forskningsområdet*.

https://www.sikkerhed.aau.dk/digitalAssets/810/810203_vejledning-til-databeskyttelsesreglerne-i-relation-til-forskningsomraadet_opdateret-nov.-2019.pdf

Aarhus Kommune. (2023). *Kroniske smerter*. www.aarhus.dk.

<https://www.aarhus.dk/borger/sundhed-og-sygdom/sundhedstilbud/har-du-brug-for-hjaelp-til-din-sygdom/kroniske-smerter/>