



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

4REFHR40

Laila Bjerke

Kandidatnummer 105

Veileder: Gunvor Stensrud

Fordypningsoppgave

- Å finne igjen egne ressurser -

- Reclaiming Your Own Resources -

Videreutdanning i rehabilitering 2013 - 2015

Vår 2015

Antall ord 10944

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Problemstilling: På hvilken måte kan helsepersonell motivere til fysisk mestring når utfordringen er pasientens frykt for smerte?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har søkt relevant kunnskap fra bøker og forskning. Sammen med egne erfaringer er det grunnlaget for å besvare problemstillingen.

Funn: Smerte og smerteopplevelse er et sterkt læringsignal. Smerteadferd læres over tid og påvirkes av både klassisk og operant betinging. Ervervelse og utvikling av frykt for smerter skjer gjennom læring, og påvirkes av hvordan vi opplever og tolker smerte. Vår egen oppmerksomhetsgrad på smerte er avgjørende for smerteopplevelsen. Å unngå en smertefull bevegelse er en mestringsstrategi som i utgangspunktet er hensiktsmessig, men når unngåelsesadferd opprettholdes over tid fordi frykt for smerte hindrer at man tester ut bevegelse, øker smerten fordi hjernenettverk tolker at det fortsatt er noe galt. I tillegg svekkes muskler som også fører til økt smerte.

Konklusjon: Helsepersonell kan bruke kognitiv adferdsterapi for å motivere til fysisk mestring hos pasienter som har utviklet frykt for smerte og unngåelsesadferd. Kognitiv adferdsterapi bygger på å gi ny læring. Det er en fleksibel terapiform som inkluderer ulike metoder og det gir muligheter for å teste ut flere alternativer. Pasientens deltagelse er avgjørende og individuelle ønsker og behov inkluderes i behandlingen. Helsepersonells kommunikasjonsferdigheter er vesentlig i kognitiv adferdsterapi for å kunne være en støtte og veileder for pasienten. Evne til å formidle kunnskap og en tilstedeværelse med fokus på hva pasienten formidler er avgjørende for å bidra til at pasienten kan tilegne seg den kunnskapen han trenger for å finne nye mestringsstrategier.

Nøkkelord: mestring, frykt for smerte, kognitiv adferdsterapi, kroniske smerter

Keywords: coping, fear of pain, cognitive behavioral therapy, chronic pain

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	3
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.	6
1.2 BEGREPSAVKLARINGER.....	7
1.3 AVGRENSNINGER	7
2. METODE	9
2.1 LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR.....	9
2.2 KILDEKRITIKK OG KRITIKK AV EGNE VALG	10
2.3 ETISKE REFLEKSJONER	11
3. TEORIGRUNNLAG	12
3.1 MESTRING	12
3.1.1 <i>Salutogenese</i>	13
3.1.2 <i>Opplevelse av sammenheng</i>	13
3.1.3 <i>Motivasjon</i>	14
3.2 SMERTER.....	15
3.2.1 <i>Smerteopplevelse</i>	15
3.2.2 <i>Smerteadferd</i>	16
3.3 KOGNITIV ADFERDSTERAPI.	17
3.3.1 <i>Kognitiv adferdsterapi ved kroniske smerter.</i>	18
3.3.2 <i>Kommunikasjon og relasjon</i>	19
3.4 REHABILITERINGSPROSSESSEN.....	20
4. PÅ HVILKEN MÅTE KAN HELSEPERSONELL MOTIVERE TIL FYSISK MESTRING NÅR UTFORDRINGEN ER PASIENTENS FRYKT FOR SMERTE?	22
4.1 FORBEREDELSE FØR INNLEGGELSE.....	22
4.2 TILRETTELEGGING FOR ET GODT SAMARBEID	24

4.2.1	<i>Samarbeid om mål og tiltak</i>	27
4.3	Å BIDRA TIL AT PASIENTEN FINNER EGNE RESSURSER	29
4.3.1	<i>Kan pasientens OAS styrkes ved hjelp av kognitiv adferdsterapi?</i>	34
4.4	VEIEN VIDERE	35
5.	KONKLUSJON	37
5.1	MINE REFLEKSJONER OG VURDERINGER	37
	LITTERATURLISTE	39
	Vedlegg 1 PICO skjema	
	Vedlegg 2 Søketablell	

1. Innledning

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2013) og Folkehelse rapporten (2014) er kroniske smerter et stort folkehelseproblem i Norge. Det anslås at rundt 30 % av befolkningen har kroniske smerter. Ulike smertetilstander viser seg å være en av hovedårsakene til leveår med nedsatt funksjonsevne og sykdomsbyrde. Kroniske smerter og psykiske lidelser er de største grunnene til at man faller utenfor arbeidslivet før nådd pensjonsalder. Helse- og omsorgsdepartementet (2013) slår fast at muskel- og skjelettlidelser og andre smertetilstander er blant de sykdommene/lidelsene som har og vil ha størst betydning for befolkningens helse fremover.

I Norge er muskel- og skjelettlidelser den diagnosegruppen som ligger klart høyest når det gjelder hva som fører til sykefravær. I det legemeldte sykefraværet utgjør denne gruppen over 35 % i det tredje kvartalet av 2014, fra 2010 og frem til i dag har det ligget stabilt på 35 – 36 %. Det rammer flere kvinner enn menn, men prosentvis ligger det høyere som grunn til legemeldt fravær hos menn enn hos kvinner (NAV.no, Sykefraværstatistikk). Muskel- og skjelettsykdom er også bakgrunn for at mange blir uføre. Inntil 2011 var det den største gruppen av uføre, men fra 2011 og fremover er psykisk lidelse noe større. Sammen utgjør de to diagnosegruppene 62-63 %, og det har ligget stabilt i 10 år (NAV.no Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2012). Av nye uføre i 2012 utgjorde muskel-, skjelett- og bindevevslidelser 27.2 %, og etter fylte 50 år var det over 32 % (NAV.no, Diagnoser uførepensjon).

Muskel- og skjelettlidelser er et samlebegrep som omfatter en stor rekke sykdommer og lidelser. Noen eksempler er reumatiske sykdommer, skader og brudd, artroser m.m. Uspesifiserte muskel -og skjelettlidelser er en del av disse, dvs. at såkalte objektive funn ikke samsvarer med symptomene (Folkehelse rapporten, 2014)

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

På min arbeidsplass har vi mange pasienter med kroniske smerter. Vi erfarer at mange av disse pasientene har såkalte uspesifiserte diagnoser eller symptomdiagnoser. Pasientene har vært igjennom flere kliniske, medisinske og teknologiske undersøkelser uten at det har ført til en spesifikk diagnose. Hvordan smerten har oppstått varierer. Den kan ha utviklet seg

over tid eller en eksakt hendelse kan ha vært en utløsende faktor. Felles for de pasientene jeg vil konsentrere meg om er at smerten har vart over tid, og frykt for smerte hemmer rehabiliteringsprosessen og fører til nedsatt bevegelighet og funksjon.

Bakgrunnen for valg av problemstillingen er at jeg som sykepleier har opplevd samarbeidet med enkelte av disse pasientene som utfordrende. Flere av mine kollegaer har uttrykt at de har samme opplevelse. Jeg har sett at jeg må tilegne meg mer kunnskap og kompetanse for å bli en bedre støtte og fagperson i møte med disse pasientene. Målet mitt med denne fordypningsoppgaven er kompetanse heving, for meg selv og på arbeidsplassen min. Jeg ønsket å finne en problemstilling som var konkret og praksisnær. Etter mye vurdering kom jeg frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte kan helsepersonell motivere til fysisk mestring når utfordringen er pasientens frykt for smerte?

1.2 Begrepsavklaringer

Pasienten i oppgaven har kroniske uspesifiserte smerter, og har vært igjennom omfattende undersøkelser uten at objektive funn kan underbygge smerten. Pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, et individuelt opphold på tre uker. I oppgaven omtales pasienten som pasienten eller han.

I problemstillingen min bruker jeg helsepersonell om behandler. I oppgaven omtales det tverrfaglige teamet som behandlingsteamet, fagpersonene og vi. Behandlingsteamet består av lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og sykepleier. Fagpersonen i entall bruker jeg når det er et av medlemmene i teamet som omtales. Jeg har valgt ikke å spesifisere hvilken yrkesprofesjon det er snakk om hver gang, fordi alle medlemmene i behandlingsteamet kan ha støttende samtaler.

Kognitiv adferdsterapi forkortes og benevnes som KAT i drøftingsdelen.

1.3 Avgrensninger

For å avgrense oppgaven konsentrere jeg meg om pasientens frykt for smerte. Jeg er klar over at frykt for bevegelse og skade også er hemmende for funksjon og tilfriskning. Min

erfaring er at frykt for smerte ofte også er vesentlig når pasienten beskriver frykt for bevegelse eller skade (Linton, 2013).

For å avgrense ytterligere har jeg valgt og ikke gå inn på angst, depresjon og søvnvansker selv om jeg vet at disse pasientene har høyere forekomst av disse problemene enn befolkningen ellers (Fjestad, 2010; Linton, 2013).

Jeg skriver om bruk av selvrapporteringskjemaer i oppgaven, men for å begrense antall ord beskriver jeg ikke detaljert hva de ulike skjemaene inneholder av spørsmål. Av samme grunn beskriver jeg heller ikke ulike avspenningsteknikker og utfordringene pasienten kan møte ved bruk av disse.

De kliniske undersøkelser som gjøres av pasienten i vår avdeling og bruk av medikamenter med positive og negative konsekvenser går jeg ikke inn på.

2. Metode

Metode er systematisk fremgangsmåte for å finne svar. En god metode skal kunne etterfølges med de forutsetninger som er beskrevet og gi de samme svar (Rienecker & Jørgensen, 2013). Problemstillingen skal besvares gjennom litteraturstudie og egne erfaringer. Dette var gitt fra Høgskolen i Hedmark gjennom retningslinjene for oppgaven. For å velge litteratur tok jeg utgangspunkt i problemstillingen min og har brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, bøker og forskningsartikler.

2.1 Litteratursøk og valg av litteratur

Nå vil jeg beskrive litteratursøkene mine og begrunne valg av litteratur. Under litteratursøkprosessen brukte jeg kjedesøking, systematisk søking og bevisst tilfeldig søking (Rienecker & Jørgensen, 2013).

Jeg startet med en bevisst tilfeldig søking på offentlige sider som Regjeringen.no, Helsedirektoratet.no, og Folkehelseinstituttet.no. Bakgrunn for dette var at jeg ønsket å finne ut hva slags fokus sentrale myndigheter hadde på en lidelse som er så utbredt. Gjennom disse søkene fant jeg Helse- og omsorgsdepartementet (2013) og Folkehelse rapporten (2014). Jeg søkte systematisk på NAV.no for å finne statistikker og oversikter på sykefravær og uførhet grunnet muskel- og skjelettlidelser.

For å finne søkeord opp mot problemstillingen brukte jeg PICO skjema (vedlegg 1), og gjennomførte systematisk søking med engelske søkeord i forskjellige kombinasjoner. Jeg søkte i flere databaser: Oria, Cinal, SweMed+, Google Scholar, og Helsebibloteket.no. I vedlegg 1 beskriver jeg to eksempler fra disse søkene. Disse søkene ga meg ingen spesifikk artikkel. Jeg fant mye litteratur og forsto at jeg måtte systematisere og avgrense søkene mine bedre. Det disse søkene bidro til var valg av behandlingsmetode. Kognitiv adferdsterapi ble det ofte henvist til. Søkene ble gjennomført i februar og mars 2015.

Håndbok i kognitiv terapi av Berge og Repål beskriver kognitiv terapi generelt og har i tillegg et kapittel om kognitiv adferdsterapi ved kroniske smerter. Dette er bakgrunn for valg av denne boka. Her beskrives og refereres det til «Fear-avoidance modellen» utarbeidet av Vlaeyen og Linton i 2000. Jeg utførte et kjedesøk for å finne primærlitteratur og søkte på forfatterne og modellen i Oria, og det ga 12 fagfelleverderte treff. Fear-avoidance modellen

ble publisert i en artikkel i 2000. Jeg valgte likevel en artikkel publisert i 2012. Min begrunnelse er at Vlaeyen og Linton sier at dette er en oppdatert gjennomgang av modellen, og i tillegg inneholder artikkelen en teori om hvordan ny stimuli kan gi ny læring. Artikkelen er forskningsbasert, publisert i vitenskapelig tidsskrift og forfatterens institusjonstilknøyning er oppgitt.

Pensumlitteraturen i videreutdanningen i tverrfaglig rehabilitering 2013-2015 inneholder litteratur om temaene mestring, motivasjon og smerter. Jeg valgte og komplementerte temaene med selvvalgt litteratur.

Att förstå patienter med smärta av Linton valgte jeg fordi jeg mener den treffer problemstillingen min godt. Jeg valgte å lese sekundærlitteratur om mestring og motivasjon, fordi jeg ønsket å utvide min generelle kunnskap på temaene. Underveis i arbeidet med oppgaven så jeg at jeg med fordel kunne trekke inn litteratur om kommunikasjon og relasjoner. Etter tips fra veileder og selv å ha vurdert innholdet, valgte jeg *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide & Eide, bokens innhold av etiske refleksjoner var avgjørende for valget.

For å sikre at jeg fikk med oppdatert kunnskap i forhold til behandling av frykt for smerte gjennomførte jeg fra den 28. til 30. mars, systematiske søk. Se vedlegg 2. Disse søkene ga 3 aktuelle artikler. Jeg valgte artikkelen av nyest dato, og som ga flest treff i søkene mine. I tillegg er Vlaeyen medforfatter på de to andre artiklene. Jeg mener at det er en fordel å velge forskjellige forfattere for å få flere synspunkter, jeg valgte artikkelen av Nicholas et al. *Cognitive exposure versus avoidance in patients with chronic pain: Adherence matters.*

2.2 Kildekritikk og kritikk av egne valg

I det globale sykdomsbyrdeprosjektet, som det refereres til i Folkehelse rapporten(2014), påpekes det at tallene på sykdomsbyrde som omhandler ikke-dødelige sykdommer ikke er like pålitelige som tallene for dødelige sykdommer. Jeg velger likevel å henvise til dette prosjektet fordi jeg mener det bekrefter at muskel- og skjelettsykdommene medfører en betydelig sykdomsbyrde.

I artikkelen av Nicholas et al., utføres behandlingen i gruppe. I min oppgave er det snakk om individuell behandling. Fordi metodene er det vesentlige og den benyttes både mot

grupper og individuelle. Derfor mener jeg at artikkelen er relevant opp mot problemstillingen min.

Jeg har valgt å bruke sekundærlitteratur som kilde i teorien min om mestring og motivasjon. Jeg mener at innholdet i bøkene er relevant for oppgaven min. Forfatterne Lillemyr og Wormnes & Manger har alle en tilknytning til og var ansatt ved norske Universiteter, når bøkene ble utgitt. Bøkene er utgitt på anerkjente fagforlag og er fagfellevurderte. Sekundærlitteraturen brukes i tillegg til primærlitteraturen jeg har valgt om mestring og motivasjon, mener derfor at valget kan forsvares.

2.3 Etiske refleksjoner

Jeg har tilstrebet så godt jeg kan å bruke retningslinjer for kildehenvisninger og referanseteknikk, og å bruke egne ord for ikke å plagiere noen. Jeg mener jeg gjennom oppgaven bruker egne refleksjoner og tanker, og bruker relevant litteratur til å underbygge påstandene mine. Det å lese litteratur på engelsk og svensk kan føre til feiltolkning, men jeg har etter beste evne oversatt tekstene.

Jeg har reflektert over valget mitt av behandlingsmetode. Jeg var kjent med at kognitiv adferdsterapi brukes mye i behandling av smertepasienter og jeg har vurdert om dette kan ha farget valget mitt. Men mener det som ble avgjørende for valget var at forfattere både av pensum- og av selvvalgt litteratur henviser til metoden som anerkjent.

Jeg har valgt å bruke noen eksempler fra arbeidsplassen min, og jeg har vært bevisst på ikke å identifisere pasienter, kollegaer og arbeidsplass.

Gjennom oppgaven prøver jeg å ha et tverrfaglig fokus, men jeg er klar over at oppgaven kan være farget av at jeg er sykepleier.

3. Teorigrunnlag

Jeg vil nå presentere temaene jeg har valgt ut i fra problemstillingen min. «Mestring» og «motivasjon», er nøkkelord i problemstillingen. Litteraturen viser at disse to temaene er sammenfallende og påvirker hverandre. Temaet smerter er sentralt i oppgaven min, og spesielt smerteopplevelse og smerteadferd. Disse aspektene går også inn i hverandre, opplevelse påvirker adferd og visa versa. Kognitiv adferdsterapi valgte jeg fordi den innbefatter både kognisjon og adferd, og er en anerkjent behandlingsmetode ved kroniske smerter. God kommunikasjon i relasjonen mellom pasient og fagperson er grunnleggende for et positivt samarbeid. Jeg velger derfor å ta med litt om kommunikasjon. Rehabiliteringsprosessen er en nyttig metode for å systematisere rehabilitering.

3.1 Mestring

I problemstillingen min er «fysisk mestring» målet, og pasientens «frykt for smerte» er problemet. Frykt for smerte, er sterkt preget av følelser og tanker (Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Derfor er fokuset i oppgaven kognisjon og følelser, selv om jeg bruker «fysisk mestring» i problemstillingen. I rehabiliteringsfeltet blir begrepet mestring mye brukt. Rehabilitering handler blant annet om å gjenvinne eller oppnå et liv som gir mening for den enkelte (Solvang & Slettebø, 2012).

Definisjonen på mestring som Vidfladt og Hopen(2004, s.61) utarbeidet gjennom og for arbeid i Læring og mestringssentra, siteres hos Lerdal & Fagermoen (2012, s 54).

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre»

Jeg er klar over at det finnes flere definisjoner på mestring. Jeg velger denne definisjonen fordi, den innbefatter å se på hva man kan endre og hva man må godta. Jeg mener dette er vesentlig for pasienten i min problemstilling. Denne definisjonen knyttets til Antonovskys salutogenese, læren om det som gir helse (Lerdal & Fagermoen, 2012). Jeg velger å bruke Antonovsky fordi han fokuserer på ressurser og at vi kan ha god helse selv om vi har noen lidelser og plager.

3.1.1 Salutogenese.

Salutogenese, betyr helsens opprinnelse. Den salutogene teorien ble først publisert i 1979 i boken *Health, Stress, and Coping*, av professor i medisinsk sosiologi Aaron Antonovsky. I 1987 ga Antonovsky ut boken *Unraveling the Mystery of Health*, som er en videreutvikling av teorien.

I et salutogent perspektiv fokuserer man på menneskets ressurser og kapasitet i det å skape helse i motsetning til å ha fokuset på sykdom og å forklare hvorfor folk blir syke. Stressbelastninger er en del av menneskets tilværelse og liv, og det fører til en anspent tilstand man må håndtere. Utfallet avhenger av om spenningen håndteres på en hensiktsmessig måte. Faktorer som påvirker og bestemmer håndteringen av belastninger er forhold som gir beskyttelse mot stressfaktorer. Disse beskyttende faktorene kaller Antonovsky (2012) «generelle motstandsressurser». Penger, egostyrke, sosial støtte og kulturell stabilitet er noen av faktorene. De generelle motstandsressursene en person har vil kunne plassere personen på et kontinuum, en akse hvor det ene ytterpunktet er totalt fravær av helse og motsatsen er total helse. Så lenge vi lever er vi på en eller annen måte friske. En salutogen tilnærming vil være å finne ut hvor på kontinuumet en person befinner seg. En viktig del av den Salutogene teorien er opplevelse av sammenheng(OAS - engelsk SOC (sense of coherence)).

3.1.2 Opplevelse av sammenheng

Antonovsky (2012) definerer OAS slik:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (s. 41).

Opplevelse av sammenheng består av tre kjernekomponenter begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse komponentene påvirkes av hverandre og er avgjørende for hvor på kontinuumet mellom helse og uhelse man plasserer seg. Hvorvidt man beveger seg mot helseenden, bevarer sin posisjon eller beveger seg mot uhelseenden avhenger av ens OAS. En kort beskrivelse av hva Antonovsky legger i komponentene, og hvordan personer som skårer høyt på komponentene vil respondere på stimuli følger:

Begripelighet vil si at stimuli man opplever er kognitivt forståelig, strukturerte sammenhenger i motsetning til kaos og tilfeldigheter. Har man en sterk grad av opplevelse av begripelighet forventer man at stimuli er forutsigbare. Når man likevel møter uforutsigbare stimuli vil en evne å kunne plassere de i en forståelig sammenheng.

Håndterbarhet vil si i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser som kreves for å takle de krav man blir stilt ovenfor. Har man en sterk grad av opplevelse av håndterbarhet vil man ikke gå inn i offerrollen eller føle seg urettferdig behandlet. Man vil godta at livet byr på utfordringer, bearbeide de og komme seg videre.

Meningsfullhet vil si i hvilken grad man føler at livet er forståelig på det emosjonelle plan. Noen deler av livet er verdt å engasjere seg i og være involvert i både som deltaker og former i sitt liv. Har man en sterk grad av meningsfullhet vil man møte utfordringer med vilje til å legge ned en innsats for å finne mening i de og komme seg anstendig igjennom de.

Kjernekomponentene i OAS er knyttet til hverandre og det er en dynamisk sammenheng mellom dem. Hvis man virkelig er engasjert og mener man forstår vil motivasjonen for å finne ressurser for å møte og løse problemet være sterk. Opplevelse av meningsfullhet er et sentral motivasjonskomponent(Antonovsky, 2012).

3.1.3 Motivasjon

Mestring og motivasjon er sterkt knyttet til hverandre, og motivasjon påvirker mestringsgrad og resultatet (Antonovsky, 2012; Wormnes & Manager, 2005). Motivasjon er det som holder oss i gang, gir drivkraft til handling og tenkning, og som fører til opplevelse og gir erfaring, og dermed læring, på forskjellige områder (Lillemyr, 2007).

I teorien er det vanlig å skille mellom ytre og indre motivasjon. Disse påvirkes av hverandre så skottene mellom dem er ikke konstante (Lillemyr, 2007; Wormnes & Manger, 2005). Skyldes det vi gjør en ytre kontroll er det en ytre motivasjon - noe utenfor oss styrer handlingen. Det kan for eksempel være en type belønning eller straff. Indre motivasjon fører til at vi handler selvstendig og er styrt av egne verdier og holdninger. Det er den motivasjonen som er sterkt knyttet til selvoppfatning, selvstendighet og interesser (Lillemyr, 2007). Alt som påvirker oss handler om motivasjon, at vi trekkes i en retning fremfor en annen, og at vi utvikler interesse og engasjement for noe eller at vi mister engasjementet for

noe. Motivasjon handler om hvordan vi ser på oss selv og om vår selvforståelse (Lillemyr, 2007).

3.2 Smerter

Smerter er en universal opplevelse som rammer mennesker gjennom hele livet - en kompleks, subjektiv og ubehagelig opplevelse. Smertefølelse er av vital betydning og har en beskyttende funksjon (Fadnes, Leira & Brodal, 2010; Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008; Vlaeyen & Linton, 2012).

Det mest vanlige er å skille mellom akutte og kroniske smerter. Når smerter varer utover tre måneder defineres de som kroniske (Fadnes, Leira & Brodal, 2008; Fjestad, 2010; Sættem & Stiles, 2008). Videre skilles det mellom tre typer smerte med bakgrunn i hva som er utgangspunktet for smerte: nociseptiske smerter dvs. vevsødeleggelse, nevropatiske smerter dvs. skade på nervevev og ideopatisk smerter dvs. uten kjent årsak. Smerte omfatter både psykologiske, biologiske og sosiale aspekter, og er et fenomen med mange dimensjoner. (Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008).

3.2.1 Smerteopplevelse

I dag er det anerkjent at smerteopplevelsen påvirkes av mange faktorer. I 1965 kom Melzak og Waller med smerteportteorien. Denne teorien går kort fortalt ut på at psykologiske signaler virker inn på overføringene av smertestimuli på ryggmargsnivå. Signalene sendes gjennom nervebaner til ryggmargen hvor signalene tolkes og sendes til hjernen. Hjernen fungerer ikke bare som en passiv mottager, men bearbeider og påvirker nervesignaler og dermed opplevelsen av smerter (Fjestad, 2010; Sættem & Stiles, 2008).

Smerteopplevelse kan sees på som en kraftig alarm som setter kroppen i beredskap og setter i gang en rekke kroppslige reaksjoner via hormoner, det autonome nervesystemet og muskler. Uavhengig av årsak til smerten er samtidig aktivitetsendring i flere punkt i hjernebarken, som innbyrdes er forbundet som nettverk, ansvarlig for smerteopplevelsen. Smertenettverkene faller sammen med og berører andre nettverk i hjernen. Nettverk for emosjoner, oppmerksomhet, kroppsbevissthet og bevegelse. Et eksempel er insulaområdet. Dette området er sterkt knyttet til smerteopplevelse og sterke emosjoner. I tillegg ser det ut til at det spiller en sentral rolle i følelsen av hvordan det står til i kroppen og opplevelse av

eierskap til kroppen. De nettverkene som berører hverandre kan aktivere hverandre gjensidig. Dette kan forklare hvordan bl.a. følelser kan aktivere smerteopplevelse. På cellenivå viser det seg at nevroner i hjernebarken er sterkt påvirkelig av sammenheng og forventning. Det gjelder også tolkning av signaler fra nociseptorer og vår bevisste smerteopplevelsen. Med bakgrunn i dette kan man si at hjernen gjennom tolkning kan «konstruere» vår smerteopplevelse (Fadnes, Leira & Brodal, 2010).

Den biopsykososiale smertemodellen tar utgangspunkt i samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Biologisk så fanger nociseptorer, sanseorganer i alle deler av kroppen, opp stimuli som kan medføre vevskade, og sender signaler til hjernen om at vi må endre adferd. Psykologisk er det ikke smerte før man kjenner det vondt. Det forutsetter oppmerksomhet mot det stedet som er vondt. Vi tolker smerten og hvilken betydning den har for oss - negative følelser fremmer og positive hemmer smerte. Sosialt har man funnet ut at omgivelsenes reaksjon på smerte og smerteadferd påvirker smerteopplevelsen (Fjestad, 2010; Linton, 2013).

3.2.2 Smerteadferd

Når vi kjenner smerte og har vondt gjør vi forskjellige ting for å uttrykke og håndtere smerten. Smerteadferd er alt vi gjør for å kontrollere smerten og/eller det vi gjør for å fortelle andre om vår smerte (Linton, 2013). Smerteadferd er den adferden vi bruker for å uttrykke smerte verbalt og non-verbalt. Det er ingen sammenheng mellom nocisepsjon og smerteadferd (Fjestad, 2010). Tilbaketrekning fra skadelig stimuli er en beskyttende adferd, som er nødvendig for å overleve. Smerte er et sterkt læringssignal og en motivasjon for læring. Smerte informerer oss om en fare eller trussel mot kroppen. Vi må huske hva som forårsaket smerten og ikke glemme det som er farlig (Fadnes, Leira & Brodal, 2010; Linton, 2013; Vlaeyen og Linton, 2012). Smerteadferd kan gi flere ulike uttrykk. Frykt for smerte er mitt utgangspunkt. Derfor konsentrere jeg meg om adferd som utløses og opprettholdes av frykt for smerte.

Vlaeyen og Linton utviklet i 2000, fryktunngåelses-modellen (engelsk: fear-avoidance model). Den omtales også som modellen for smerterelatert frykt (Linton, 2013., Vlaeyen & Linton, 2012). Modellens hovedtanke er at redsel for smerte fører til unnvikelse og en ond sirkel utvikles. Kort fortalt beskriver modellen to strategier for å håndtere smerte; konfrontasjon og unngåelse. Konfrontasjon vil si at man oppfatter smerte som et

varselsignal, og umiddelbart trekker seg bort eller unngå bevegelsen som utløser smerte og kjenne redsel. Snart vil man likevel teste ut hvor mye bevegelse man klarer før smerten blir utholdlig. Man konfronterer smerten for å bestemme hvor bevegelsesgrensen går. Dette gjentas og man vil erfare at smerten avtar og bevegeligheten bedres. Ved unngåelse oppfattes smerte som en sterk trussel som fører til katastrofetanker. Katastrofetenkning er nært sammenfallende med smerterelatert frykt og følelser. Å tenke at det verste som kan skje vil skje utløser redsel og spenningstilstander i kroppen, som igjen forsterker smerteopplevelsen. Her testes ikke bevegelsesgrensen ut, fordi man vet at det kommer til å gjøre vondt. (Linton 2013; Valeyen & Linton 2012).

Klassisk betinging bidrar til å opprettholde smerten, fordi frykten for smerte hemmer aktivitet og det fører til muskulær reaktivitet, en reaksjon i muskelen for eksempel anspenning på ytre sansepåvirkning. Operant betinging bidrar fordi reaksjoner fra omgivelsene og konsekvensene smerteadferden får påvirker hvordan smerteadferd utvikles. (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008).

Sensorisk stimuli og responsen er faktorer som påvirker ervervelse og utvikling av unngåelsesadferd. I tillegg vil erfaringer påvirke måten vi møter smerte på. Smerterelatert frykt kan utvikles gjennom direkte erfaring - man har opplevd at noe spesifikt utløser smerte. Eller gjennom indirekte erfaring som verbal instruksjon, f.eks å bli fortalt at kribling i hånda er første tegn på forfrysning. Observasjon av en annen person i smerte kan også påvirke utvikling av frykt for smerte. Smerteintensitet viser seg å bli høyere når smerten er uforutsigbar og når smerten ikke klart kan sees i en årsakssammenheng (Vlaeyen & Linton, 2012).

3.3 Kognitiv adferdsterapi.

Kognitiv adferdsterapi er en fleksibel terapiform som inkluderer ulike metoder. Tilnærmingen bygger på læringsteori (Linton, 2013). Kognitiv adferdsterapi tar utgangspunkt i den mentale aktiviteten hos mennesket. Pasienten gjøres oppmerksom på automatiske negative tanker, og effekten de urimelige selvkritiske eller pessimistiske tankemønstre har. Pasient og terapeut drøfter muligheter for alternative tenke- og handlemåter, og begge parter er aktive deltagere (Fjestad, 2010; Berge & Repål, 2008). I samtaler er terapeuten aktiv: informerer, forklarer, gir råd, stiller konkrete spørsmål og søker å være klar og tydelig. Pasientens erfaringer og ønsker skal ivaretas og hans mulighet for

aktiv medvirkning må sikres. Tiltak rettes mot pasientens sterke sider og ressurser, samtidig som man fokuserer på å endre uhensiktsmessige tankemønstre og adferd. Terapien skal gjøres forståelig for pasienten, og med det styrke pasientens mulighet til aktiv medvirkning (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008).

3.3.1 Kognitiv adferdsterapi ved kroniske smerter.

Fjestad (2010), Linton, (2013) Nicholas et al, (2014) og Sættem & Stiles (2008), bekrefter at kognitiv adferdsterapi er en anerkjent terapiform ved kroniske smerter. Pasientens opplevelse av smerte og andre belastninger settes i fokus sammen med pasientens oppfatning om egen tilstand. Terapien rettes mot problemløsning. Gjennom ny læring, eller andre måter å se problemet på, søker man å finne hensiktsmessige mestringsstrategier. I kognitiv adferdsterapi ved behandling av kroniske smerter er det noen sentrale elementer. Ved hjelp av Sættem & Stiles (2008) beskriver jeg innholdet i disse elementene kort.

Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten med å forstå sin egen situasjon. Pasienten informeres om den biopsykososiale smertemodellen, om faktorer som påvirker smerteopplevelse og tolkning av stimuli. Pasienten får en aktiv rolle for å identifisere problemer og finne løsninger.

Fryktunngåelse ved å gi informasjon om tolkning av smertesignaler, oppmerksomhetens rolle og hva konsekvenser av unngåelse kan medføre, kan hjelpe pasienten til en bevisstgjøring.

Tankefeller kan identifiseres ved registrering av tanker og følelser før, under og etter en smerteepisode og kan bidra til at pasienten ser og aksepterer at tanker og følelser påvirker smerteopplevelsen.

Restrukturering er en kontinuerlig reorientering vekk fra etablerte «sannheter» om smerten, som foregår gjennom å identifisere og realitets teste disse sannhetene. Pasienten trenes i å identifisere negative og hemmende tanker.

Adferdseksperimenter skjer gjennom gradert eksponering og gjennom å utfordre uhensiktsmessige oppfatninger og adferdsmønstre, og med det gi pasienten erfaringer som viser at det ikke er farlig.

Mestringsstrategier og problemløsning handler om å øke pasientens mestringsrepertoar, mestringsstro og evne til å håndtere smerte gjennom informasjon om mestringsstrategier som f.eks stressmestring, avspenning og positive selvinstruksjoner.

Hjemmearbeid bidrar til egenaktivitet. Pasienten fører loggbok eller dagbok for å se nærmere på hvilke faktorer som påvirker smerteproblemet. Terapeut og pasient lager oppgavene sammen.

På 2000 tallet ble det utviklet mindfulness-baserte modeller som inngår i den kognitive terapi paraplyen (Lerdal & Fagermoen, 2012; Linton, 2013).

Interoceptiv eksponering er en bevisst eksponering mot smerte. Det handler om å holde oppmerksomheten på smerteopplevelsen. Ikke prøve å forandre eller bekjempe den, men godta og anerkjenne de tankene som kommer (Nicholas et al. 2014).

Distraksjon skjer ved hjelp av instruert pusteteknikk for å frigjøre spenninger, og ved å holde oppmerksomheten på en hyggelig tanke som ikke inkluderer smerte (Nicholas et al. 2014).

3.3.2 Kommunikasjon og relasjon

Samtaler mellom pasienten og fagpersonen er et av hovedelementene i kognitiv terapi (Berge, Repål, Ryum, Samoilow, 2008). Kommunikasjon og relasjon mellom pasient og fagperson har betydning for utfallet av behandlingen (Linton, 2013). I kognitiv adferdsterapi er den terapeutiske allianse sentral. Alliansen er avhengig av tre gjensidige faktorer; enighet om mål man jobber mot, hvilken metode man benytter og et emosjonelt bånd preget av gjensidig tillit og fortrolighet (Berge, Repål, Ryum, Samoilow, 2008). Som fagpersoner inngår vi i flere typer relasjoner Den viktigste er relasjon til pasient og pårørende. Andre viktige relasjoner er mellom kollegaer og eksterne samarbeidspartnere. I arbeidet representerer vi arbeidsplassen vår, og vi har et etisk ansvar for å yte best mulig faglig kvalitet. Rettferdighet er en verdi som er forankret i helsetjenesten, for eksempel i profesjonsetikken. Alle pasienter skal føle seg trygge og godt ivaretatt, uavhengig av bl.a etnisk forankring, kultur, legning og sykdomskategori, og de skal oppleve et rettferdig møte (Eide & Eide, 2013).

For å strukturere den hjelpende samtalen deler Eide & Eide (2013) den inn i tre faser:

Åpningen: Her er hovedmålet å skape en god relasjon ved å vise respekt og interesse, skape kontakt og trygghet og ved å være tydelig på rammene for samtalen.

Midtdelen: Her er hovedmålet å få frem pasientens opplevelse, identifisere ressurser og problemer ved å utvikle relasjonen og forsøke å forstå ved å utforske pasientens perspektiv.

Avslutningen: Her er hovedmålet å avslutte på en god måte ved å la pasienten sammenfatte innholdet i samtalen og justere ved behov og ved å gjøre tydelige avtaler om neste møte/samtale.

Samtalen skal gjennomføres med oppmerksomhet og vi skal følge pasienten underveis, lytte aktivt og gi tilbakemeldinger (Eide & Eide, 2013).

3.4 Rehabiliteringsprosessen.

Rehabiliteringsprosessen er en metode som synliggjør systematikken i arbeidsprosessen. Rehabilitering er en helhetlig prosess der pasient, fagperson og omgivelser påvirker hverandre. Prosessen planlegges og gjennomføres ut fra pasientens individuelle behov (Bredland, Linge & Vik, 2012). Den har fokuset på enkelt individet, men arbeidet vil likevel følge et bestemt mønster. Bredland, Linge og Vik (2012) har delt prosessen inn i sju faser. I alle fasene samarbeider pasient og fagpersoner/team. Jeg skisserer her kort disse sju fasene:

1. **Kartlegging og innhenting av informasjon** - finne ut mer om pasientens funksjonsnivå, ressurser og begrensninger.
2. **Tverrfaglig helhetlig vurdering og vurdering av rehabiliteringsmuligheter** - finne ut hvilke muligheter som finnes.
3. **Oppsetting av mål** - finne ut hva som skal satses på, og hva som skal prioriteres.
4. **Valg av tiltak og sette opp en plan** - finne ut hva som skal gjøres, hvordan, hvor og hvem som har ansvaret for gjennomføringen.
5. **Gjennomføringen av planen** - alle jobber for å etterleve den forpliktende planen.
6. **Evaluering** - skjer fortløpende ved justering av tiltak, i tillegg avtales tverrfaglig evaluering med fastsatte møter.

7. **Oppfølging og vedlikehold** - når den tidsavgrensede rehabiliteringsprosessen avsluttes, avtales det hva som skal skje videre.

4. På hvilken måte kan helsepersonell motivere til fysisk mestring når utfordringen er pasientens frykt for smerte?

For å belyse problemstillingen har jeg gjort en analyse av tidligere skrevet teori. Som her vil bli drøftet opp mot hverandre, forskning og egne erfaringer. Jeg vil bruke rehabiliteringsprosessen for å systematisere drøftingen og underproblemer.

4.1 Forberedelse før innleggelse.

Først vil jeg ta for meg tiden før innleggelse. Innleggelse i spesialisthelsetjenesten for disse pasientene er planlagt på forhånd, og det er en fase hvor pasient og behandlere kan forberede seg på innleggelsen. Dette er jeg opptatt av fordi jeg har erfart at pasienter kommer til behandlingssted og er frustrert over informasjon og selvrapporteringskjemaer de har mottatt pr. post før innleggelse

I kartleggingen av pasienter med kroniske smerter blir selvrapportering, ved hjelp av utarbeidede spørreskjemaer, ofte brukt og det er anerkjent som screeningsverktøy. Det finnes flere forskjellige typer selvrapporteringskjemaer. De brukes for å kartlegge bl.a., smerte og dens intensitet, kvalitet og lokalisasjon, pasientens funksjonsnivå, smerterelaterte holdninger og adferd, psykososiale faktorer, og psykologiske faktorer (Fjestad, 2010; Linton, 2013; Nicholas et al, 2014; Sættem & Stilles, 2008). Et argument for å sende selvevalueringsskjema hjem til pasienten før innleggelse er å redusere bruk av tid til kartlegging under oppholdet. Ut ifra pasientens besvarelse kan vi tidlig danne oss et bilde av pasientens funksjon. På en annen side må vi vite om pasienten forstår skjemaene og at han forstår hvorfor vi ønsker spørsmålene besvart og hva de skal brukes til (Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stilles, 2008). Vi kan påføre pasienten en ekstra belastning hvis det å besvare selvrapportering oppleves som vanskelig og uforståelig. Som en enkeltstående hendelse vil det å besvare et spørreskjema du ikke forstår, trolig være av den type belastning som Antonovsky(2012) ville betegnet som stressfaktoren «daglig irritasjonsmomenter». I utgangspunktet sier han at han ikke finner denne type belastning for interessant fordi den ikke påvirker en persons OAS eller helsetilstand. Antonovsky (2012) påpeker likevel at hvis en person stadig utsettes for daglig irritasjonsmomenter bunner det antagelig i en mer grunnleggende livssituasjon med kroniske stressfaktorer. Pasienter med kroniske

smertetilstander uten objektive funn har ofte opplevd å bli møt med lite forståelse og sympati fra helsepersonell, trygdevesen og omgivelser (Fjestad, 2010, Linton, 2013; Sættem & Stilles, 2008). Hvis en person til stadig opplever å bli misforstått eller mistrodd vil opplevelsen av sosial støtte svekkes. Sosial støtte er en av de generelle motstandsressursene som påvirker en persons OAS (Antonovsky, 2012). Opplever derimot pasienten at selvrapporteringsskjemaene er forståelige og at spørsmålene oppleves som relevante, i forhold hans plager, kan det være en forberedelse og skape en positiv forventning til behandlingen.

Et annet alternativ er å sende pasienten et informasjonsbrev før innleggelse med opplysninger om oppholdets lengde, samt identifisere de ulike yrkesgruppene i behandlingsteamet og at en av disse vil være pasientens hovedkontakt. Brevet bør kort si litt om undersøkelsene som vil bli gjennomført og at selvrapporteringsskjemaer vil være en del av karleggingen av smertene den enkelte har, samt at vi sammen skal forsøke å finne løsninger som kan lette hverdagen for den enkelte. Jeg mener at slike opplysninger vil kunne forberede og gi pasienten en vis formening om hva han kan forvente. Informasjon vil gi pasienten en forventning om hva oppholdet skal inneholde, og automatiske positive tanker og forventninger kan komme (Wormnes & Manger 2005).

Anamneser med tidligere behandlinger og undersøkelser pasienten har vært igjennom er også tilgjengelig for behandlingsteamet. At fagpersoner leser om pasienten på forhånd kan sees på som en god forberedelse til å møte pasienten. Det er viktig at vi er bevisste på at tidligere behandleres vurdering og ordlyd i dokumentasjonen av pasienten kan påvirke oss. Har tidligere behandler f.eks. skrevet: «pasienten oppleves som krevende å samarbeide med» kan det føre til at pasienten ikke får et «rettferdig» møte på grunn av våre forventninger og holdninger (Eide & Eide, 2013).

Et møte med pasienten før innleggelse kan være en positiv forberedelse for begge parter. Det kan gjøres poliklinisk eller hjemme hos pasienten. Hvem og hvor mange av teamet som deltar på møte vurderes av behandlingsteamet. Et møte i hjemmet til pasienten kan gi oss mange og andre opplysninger enn et møte i en poliklinikk. Møbler, bilder, bøker og orden forteller noe om en person. Et hjemmebesøk må vi gjøre med ydmykhet, fordi i private omgivelser er mennesker også mest sårbare. Vi må respektere de pasientene som ikke ønsker å gi oss innblikk i sitt private hjem (Bredland, Linge & Vik, 2012).

I undersøkelsen til Nicholas et al. (2014) møtte en fra behandlingsteamet deltakeren to til tre uker før innleggelse for å forberede og identifisere deltakerens personlige mål. Hvor dette møte fant sted fremkommer ikke i artikkelen. Deltakerne fikk utdelt flere selvrapporteringsskjemaer under dette møtet. Disse ble fylt ut og besvarte hjemme og levert til behandlerne ved innleggelse. Hvordan og hvilken informasjon pasientene fikk sammen med selvrapporteringsskjemaene, beskrives ikke i artikkelen. Av de 144 deltagerne var det 4 som trakk seg før oppstart av programmet, men artikkelen identifiserer ikke årsaken til at disse 4 trakk seg.

4.2 Tilrettelegging for et godt samarbeid

Jeg vil nå ta for meg hvordan jeg mener at vi som fagpersoner kan tilrettelegge for et godt samarbeid med pasienten. Jeg vil gå igjennom de første møtene mellom pasient og fagpersoner og belyse noen faktorer som kan påvirke disse møtene. Jeg vil også si noe om samarbeidet i behandlingsteamet. Hvordan mål utarbeides er en faktor som vil være avgjørende for samarbeidet videre, og dette beskriver jeg også.

I møtene skal vi bli kjent med personen, hvordan er pasientens hverdag og hva er viktige faktorer i pasientens liv. Kartlegge hvilke behov, resurser og begrensninger pasienten selv opplever å ha (Bredland, Linge & Vik, 2012).

En god og enkel åpning på første møte er, å ønske velkommen, håndhilse og presentere seg med fullt navn og deretter kort informere om hvilken funksjon man har (Eide & Eide, 2013). Å møte pasienten med oppmerksomhet og kontinuerlig vurdere hva vi kan og bør spørre akkurat denne pasienten om er viktig. Vi må være bevisst på pasientens reaksjoner, og ikke la samtalen utvikle seg til et avhør (Bredland, Linge & Vik, 2012). Pasienten skal møtes med respekt, åpenhet og høflighet. De fleste pasienter er i en situasjon de ikke ønsker å være i. De føler seg svake, usikre og noen har skamfølelse (Eide & Eide, 2013). Fagpersoner har ansvar for at pasienter opplever møter med helsevesenet som verdige til tross for pasientens sårbarhet. Et bevisst bruk av språk, et språk tilpasset den enkelte pasienten gir mindre rom for misforståelser. Fagspråk virker fremmedgjørende og er en maktfaktor (Solvang & Slettebø, 2012). Informasjonen vi gir skal være klar og forståelig og vi må oppmuntre pasienten til å stille spørsmål hvis han/hun opplever noe som uklart. Vi kan vise at vi har tid, ved å ta pauser etter at spørsmål er stilt og gi pasienten tid til å snakke ferdig (Eide & Eide, 2013). Linton (2013) sier at å lytte til hva pasienten sier er god kommunikasjon. Den

enkelte pasient har en unik historie som bakgrunn for sitt smerteproblem. Pasientens forventning til behandlingen og pasientens hovedmål med behandlingen er avgjørende for hva vi skal sette fokus på i behandlingen (Sættem & Stiles, 2008).

For å gjennomføre den praktiske hverdagen med ansvar for flere pasienter og flere avtaler må vi strukturere dagen. Å klargjøre tidsrammen for møte innledningsvis bidrar til at pasienten får et medansvar for at tiden overholdes. Det gir også pasienten en hvis kontroll og oversikt. En tydelig tidsramme bidrar til å fokusere på det vesentlige og kan skjerme begge parter fra å la samtalen «flyte ut» (Eide & Eide, 2013).

På min arbeidsplass har vi valgt at hele teamet møter pasienten til inntakssamtale. På forhånd har vi avklart hvem som er pasientens hovedkontakt. Dette blir vurdert og fordelt ut ifra teammedlemmenes kompetanse og arbeidsbelastning. Særfaggrupper vurderer hvem i sin faggruppe som skal jobbe med pasienten, og det vurderes ut ifra egnethet, kompetanse og interesseområder hos den enkelte fagperson. Hovedkontakten har ansvaret for samtalen, men alle faggrupper kan stille spørsmål og svare. For å forstå og kartlegge pasientens opplevelse av situasjonen er det viktig å stille åpne spørsmål og oppmuntre til å fortelle. Ved å be pasienten for eksempel fortelle hvordan smerten startet, om sin hverdag og om hobbyer og fritidssysler får vi et mer nyansert bilde enn hvis vi stiller lukkede spørsmål (Bredland, Linge & Vik, 2012; Eide & Eide, 2013; Linton, 2013). Det kan diskuteres om det er hensiktsmessig at hele teamet er til stedet ved første møte med pasienten. En fordel er at pasienten slipper å svare på samme spørsmål flere ganger. En annen fordel er at vi kan bli enig om hva vi skal samhandle om (Solvang & Slettebø, 2012). På en annen side kan det virke overveldende for pasienten å møte fem ukjente personer til samtale. Pasienten er sårbar, og det at vi er mange kan utfordre pasientens opplevelse av likeverd. En forutsetning for at pasienten skal delta aktivt i samtalen og behandlingsprosessen er en forståelse og opplevelse av likeverd. Likeverd foreligger når det er en ideell balanse mellom deltagerne (Solvang & Slettebø, 2012). At fagpersonene er mange kan oppleves som en ubalanse, og det er viktig at fagpersonene er bevisst på dette og ikke utfordrer pasienten på sårbarhetsområder under denne samtalen. Enkelte tema oppleves som mer sårbart å snakke om, og de kan vi ta senere i prosessen.

Etter den felles inntakssamtalen har alle faggrupper individuelle samtaler med pasienten. Fagpersonen tydeliggjør sin egen funksjon og utdyper kartleggingen av hva pasienten har

behov for og hvordan en selv som kan bidra. Disse individuelle samtaler gjennomføres i løpet av de første dagene av oppholdet.

I et salutogent perspektiv vil kartlegging av pasientens OAS være sentralt. Vi må finne ut hvordan pasienten opplever sin situasjon i forhold til Antonovskys (2012) komponenter begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Åpne spørsmål og samtale er også sentralt med et salutogent perspektiv på kartlegging (Antonovsky, 2012).

Jeg vil nå gi et eksempel på hvordan jeg oppfatter Antonovskys tenkning når jeg ser det opp mot pasienter som unngår bevegelser av frykt for smerte. Det kan være forutsigbart for pasienten at enkelte bevegelser øker smerten. Pasienten opplever en sammenheng mellom handling og respons. Hvorfor akkurat den bevegelsen øker smerten er ofte ikke helt forståelig, og det blir en overbelastning fordi pasienten ikke opplever å ha ressurser til å dempe smerten. Det kan oppleves som at han ikke har medbestemmelse og påvirkningsmulighet over situasjonen, «smerten kommer alltid hvis jeg beveger meg slik». Det eneste som gir en viss grad av mening er å forbli passiv eller unngå bevegelsen fordi det oppleves som den muligheten pasienten har for å påvirke. Hvis pasienten ikke opplever å ha alternative valg og handlingsmuligheter kan det føre til en opplevelse av meningsløshet. Ut i fra dette eksempelet kan konklusjonen være at pasienten har et svakt OAS i forhold til å takle utfordringene smerte gir. Jeg er klar over at dette er en enkel fremstilling, og at mange og sammensatte faktorer må vurderes.

Når alle i teamet har gjennomført individuelle samtaler med pasienten, lege og fysioterapeut har utført kliniske undersøkelser av pasienten og journaler er lest og eventuelle selvrapporteringsskjemaene er vurdert, møtes det tverrfaglige teamet for en helhetligvurdering av pasienten og bestemmer hvordan arbeidsoppgavene fordeles. De innsamlede data er behandlingsteamets grunnlag for å diskutere muligheter og vurdere tilnæringsmetode i forhold til pasientens ønsker og behov. For å sikre målrettet arbeid må behandlingsteamet møtes og snakke sammen. Medlemmene i teamet skal veilede hverandre og dele kunnskap og erfaringer. Likeverd innad i behandlingsteamet er en vesentlig faktor for samarbeidsklimaet, i den betydning at alle teammedlemmer inkluderes på likt grunnlag, alles kompetanse blir ansett som verdifull og ved å fokusere på alle parter ressurser (Bredland, Linge & Vik, 2012). Som deltaker i et tverrfaglig team har alle parter et ansvar for å bidra til at kommunikasjon og samarbeid preges av de verdier, regler og lovverk arbeidsplassen er underlagt. At alle fagpersonene i teamet er bevisst sitt etiske ansvar i

samarbeid og kommunikasjon kan ha en positiv effekt på faglig kvalitet, arbeidsmiljø og institusjonens renomme (Eide & Eide, 2013). Jeg mener at behandlingsteamet nå, etter å ha blitt litt kjent med pasienten, kan vurdere hva som skal kartlegges mer ved hjelp av selvrapporteringskjema.

Etter at dette er vurdert kan pasientens hovedkontakt legge frem selvrapporteringskjemaene for pasienten. Flere pasienter med kroniske smerter har opplevd å bli møtt med manglende forståelse, og disse kan føle seg sårbare for å bli «psykologisert». Når vi ber pasienter om å besvare selvrapporteringskjemaer for å kartlegge psykologiske og psykososiale faktorer må bakgrunnen for det forklares. Linton (2013) sier at vi må forvente at pasienten lurer på hvorfor de skal fylle ut skjemaene - hvilken nytte har de og hva skal de brukes til. Vi må fortelle pasienten at besvarelsen vil øke vår forståelse av hvordan smerten påvirker hans hverdag. I behandlingen av kronisk smerte er det nødvendig å utrede psykologiske og psykososiale faktorer fordi disse faktorene påvirker smerteopplevelse og adferd (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Selvrapporteringskjema er nyttige verktøy for å vurdere disse faktorene. Det fordrer selvfølgelig at fagpersoner har kunnskap til å vurdere og å systematisere svarene (Linton, 2013; Fjestad, 2012). Linton (2013) påpeker også at det er viktig at besvarelsene inneholder pasientens forståelse og opplevelse, at pårørende eller venner ikke har påvirket svarene. Det underbygger at slike selvrapporteringskjemaer ikke bør sendes hjem til pasienten.

I KAT brukes hjemmearbeid for å bevisstgjøre pasienten på bl.a. å identifisere egne tankefeller og registrering av smerteopplevelse (Sættem & Stiles, 2008). Selvrapporteringskjemaene kan brukes som det første avtalte «hjemmearbeid» fordi å besvare skjemaene vil utløse noen tanker og reaksjoner. Det kan være et utgangspunkt for neste samtale.

4.2.1 Samarbeid om mål og tiltak

I en rehabiliteringsprosess er det å sette seg mål en viktig faktor. Pasientens hovedmål er et langsiktig mål. Det kan dreie seg om uker eller måneder, eller det som skal oppnås i løpet av et rehabiliteringsopphold. Delmål er kortsiktige og brukes på veien mot hovedmålet. Å sette seg mål kan være utfordrende for pasienten og det oppleves ofte som utfordrende å formulere mål konkrete og målbare (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008).

Mål må også være oppnåelige og realistiske. Å bli smertefri er sjelden et realistisk mål for en med kroniske smerter. Pasienten må informeres om at vi sammen skal finne verktøy som han kan bruke for å håndtere smertene på en annen måte. At vi har forventninger om at smerteopplevelsen kan reduseres. Fagpersonene må bidra til realitetsorientering men samtidig ikke frata håp (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008; Fjestad, 2010; Linton, 2013). En metode for å reflektere rundt mulige mål er å bruke «mirakelspørsmålet». Hvordan ville hverdagen din vært hvis du en dag våknet og smertene dine på magisk vis hadde forsvunnet? Samtale mellom pasient og fagperson rundt områdene i hverdagen dette ville forandret bidrar til at å finne målbare mål. Å bruke informasjon pasienten har gitt oss om viktige områder i livet og stille spørsmål rundt disse kan også føre til konkrete mål (Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008).

Det er viktig at målet er pasientens og ikke vårt. Å bidra betyr ikke at fagpersonene lager målet (Bredland, Linge & Vik, 2012; Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Hvis målet er vårt og ikke pasientens er det stor mulighet for at pasienten ikke anser det som meningsfylt. Opplevelse av at noe er meningsfylt øker motivasjon. Å føle at man selv har ansvaret og selv bestemmer kontra at det er pålagt av andre, øker selvoppfattelsen og motivasjon (Lillemyr, 2007). Å oppleve at noe har mening påvirker graden av engasjement, og motivasjon for å finne resurser for å løse problemet øker (Antonovsky, 2012). At det som skal læres har en verdi og gir mening for den enkelte, øker motivasjon. Forventninger til hva som skal skje påvirker motivasjonen. Hvis situasjonen oppleves utrygg vil de fleste rette oppmerksomheten mot å trygge situasjonen og derved ikke læring og å gå inn i nye prosesser (Fandnes, 2010).

Ut i fra oppsatte mål skal vi sammen med pasienten finne tiltak for å nå målet. Pasientens utfordringer skal møtes og reduseres ved hjelp av pasientens ressurser. Fagpersonenes oppgave er å bidra til at pasienten finner og ser sine egne resurser (Fjestad, 2010; Sættem & Stiles, 2008). Prioritering av tiltak og systematisk planlegging er en forutsetning for en god prosess. Det kan bli uoversiktlig for alle parter hvis det blir satt i gang for mange tiltak på en gang. En utfordring kan være at enkeltmedlemmene i behandlingsteamet ser sitt tiltak som viktigere enn andres. Og for pasienten kan det oppleves som vanskelig å se sammenhengen i behandlingen som gis av de ulike fagpersonene i teamet (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Det tverrfaglige teamet planlegger jevnlig møter for å diskutere helheten i behandlingen og å avdekke problemer i samarbeidet. I tillegg er det viktig at medlemmer i teamet kan be om

møter underveis hvis ting oppleves som uavklart eller uoversiktlig. Enkelte medlemmer kan oppleve at de ikke klarer å etablere en god samarbeidsallianse med pasienten. Et godt tverrfaglig team vil i slike situasjoner kunne bygge hverandre opp og motivere ved å gi støttende tilbakemeldinger. De kan hjelpe hverandre til å finne andre tilnæringsmåter og eventuelt avlaste hverandre på enkelte områder (Bredland, Linge & Vik, 2012).

Planlagte møter skal også gjennomføres jevnlig med pasienten for å evaluere om tiltakene vi har valgt fører til fremdrift. Pasienten skal ha mulighet til å formidle sine opplevelser underveis og komme med ønsker for videre tiltak og behandling. Pasienten må få valgmuligheter. Fagpersoner kan informere om forskjellige metoder, for eksempel eksponering, avspenning og distraksjon. Prioritering og forandring av tiltak underveis gjøres i samarbeid med pasienten (Bredland, Linge & Vik, 2012; Sættem & Stiles, 2008).

Hvor mange av medlemmene i behandlingsteamet skal delta på møtene? Pasienten kan ha ønske om og behov for at møter gjennomføres med deler av teamet og i stedet for hele teamet. I tverrfaglig samarbeid kan enkelte medlemmer føle at de ikke inkluderes fullt i teamet, hvis de blir utelatt fra møter og det kan skape utfordringer i samarbeidet. Som fagpersoner har vi et etisk ansvar for å identifisere når vi setter egne behov foran pasientens behov. Pasientens behov er den faktoren som skal veies tyngst (Eide & Eide, 2013)

Mål kan forandres underveis og må evalueres jevnlig. Evaluering skjer kontinuerlig mellom pasient og den enkelte fagperson, og i de planlagte møtene. Når målene er målbare, og pasienten ser at han gjør fremskritt, vil det være en motivasjon faktor og styrke mestringsfølelsen (Bredland, Linge & Vik, 2012; Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Det å ha tro på egne ressurser og muligheter, er i seg selv en drivkraft. Det vil øke anstrengelsen for å gjennomføre (Lillemyr, 2007).

4.3 Å bidra til at pasienten finner egne ressurser

Jeg vil nå belyse hvordan helsepersonell ved hjelp av KAT kan bidra til at pasienten finner egne ressurser og nye mestringsstrategier. Jeg beskriver også hvordan jeg mener KAT som metode kan styrke en pasients OAS.

De tiltakene vi har bestemt oss for, skal igangsettes og gjennomføres.

Kommunikasjon er en av hovedutfordringene når vi skal samarbeide og jobbe med pasienter med kroniske smerter og frykt for smerte (Fjestad, 2010; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Linton (2013) fastslår at god kommunikasjon er god behandling. For å skape god kommunikasjon må vi ha kunnskap om hvordan vi ivaretar de psykologiske aspektene i kommunikasjon og vi må ha ferdigheter til å gjennomføre samtaler som tar hensyn til disse aspektene. Ved å stille åpne spørsmål og oppmuntre pasienten til å fortelle blir vi bedre kjent med pasienten og kan utforske problemer og ressurser. For å forstå pasientens tanker og følelser, kan man stille spørsmål som «hvordan opplevde du.....?» I KAT er det pasientens tanker og oppfatninger om egen tilstand vi er opptatt av, samt hvordan disse faktorene bidrar til å begrense pasientens funksjon (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008)

Å støtte og erkjenne pasientens opplevelse er viktig for å bygge tillit og utvikle en god relasjon. Vi må følge opp utsagn non-verbalt med f.eks. nikk, smil, søke øyekontakt og ha et rolig og avslappet kroppsspråk. Verbalt kan fagpersonen vise forståelse og respekt ved bekreftende tilbakemeldinger (Eide & Eide, 2013; Linton, 2013).

Validering er en metode å gi bekreftelse på. Validering eller å gjøre gyldig, vil si å uttrykke at man har forstått ved å gjenta pasientens utsagn (Linton, 2013). Et eksempel på validering kan være: Pasienten: «jeg har prøvd å kaste krykkene flere ganger og trække på foten min, hver gang har det endt med at smertene har blitt så intense at jeg har blitt liggende». Fagperson: «du har virkelig prøvd å utfordre deg selv, og opplevd at smerten øker». En ikke validerende respons fra fagperson kan være: «hvis du bare hadde fortsatt å prøve, hadde du nok oppnådd resultater».

Aktiv lytting er også en bekreftende metode. Pasienten gis tid til å fortelle og fagpersonen gir positiv non-verbal respons. Tilbakemeldinger gis verbalt ved å oppmuntre og reflektere over hva pasienten har sagt (Eide & Eide, 2013; Linton, 2013). En måte å reflektere på er å gjenta kort hva pasienten nettopp har sagt. En mer avansert metode er å formidle det vi oppfatter ligger bak meningen med ordene. For å unngå misforståelser og trygge samarbeidet gis pasienten mulighet til å bekrefte eller avkrefte om refleksjonene er riktige (Linton, 2013). Gjennom disse prosessene kan man identifisere pasientens tankefeller, som er en viktig del i KAT. Tankefeller er med på å opprettholde uhensiktsmessig adferd. For eksempel kan katastrofetanker, som f.eks at det å trække på foten vil føre til skade og økning av smerte, opprettholde inaktivitet (Sættem & Stiles, 2008).

Pasientens deltakelse er avgjørende i KAT. Å dele kunnskap øker mulighet for deltakelse og samarbeid. Målet med å gi pasienten kunnskap er å etablere en felles plattform (Sættem & Stiles, 2008). Når vi skal formidle kunnskap til pasienten er det viktig å være oppmerksom på reaksjoner, og be om tilbakemeldinger for å vite om vi har formidlet stoffet på en forståelig måte. Mengde informasjon, hva og når den skal gis, må vi kontinuerlig vurdere (Berge, 2008; Linton, 2013; Sættem & stiles, 2008). Antonovsky (2012) hevder at en person med sterk OAS ser på informasjon som en motstandsressurs, og etterspør informasjon når den er nyttig å få. Å velge selv når i et sykdomsforløp vi søker informasjon er en mestringsstrategi. Vi søker ikke informasjon på et tidspunkt hvor den mest sannsynlig vil være negativt overveldende for oss.

Fagpersoner kan, ved å gi informasjon om og forklare den biopsykososiale smertemodellen, bidra til at pasienten forstår hvorfor vi er opptatt av psykologiske og psykososiale faktorer. Vi kan fortelle at smertesignaler aktiviserer nettverk og områder i hjernen, og at disse nettverkene også er knyttet til for eksempel følelser. Smerteportteorien kan forklares ved å bruke eksempler som er kjent for pasienten, for eksempel når vi slår hodet i en dør eller lignende. Hvordan nervesignaler blir sendt til ryggmargen og smerteporten åpnes slik at hjernen får informasjon om skaden kan vi forklare muntlig og eventuelt billedlig ved å tegne (Fjestad, 2010; Sættem & Stiles, 2008).

Oppmerksomhetens rolle mot smerten og tolkning av smerte kan også eksemplifiseres. Hvis jeg blir redd for at jeg har fått en indre skade, f.eks. hjernerystelse av å slå hodet i døra, mobiliseres all oppmerksomheten min mot smerten og det igangsetter en reaksjon og stress skapes, og jeg vil være lett mottakelig for smertesignaler. Oppfatter jeg derimot skaden som ufarlig undertrykkes smertesignaler (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008).

Informasjon om Vlaeyen & Lintons (2012) «frykt-unngåelses-modell» kan brukes for å forklare pasienten mekanismer ved tolkning av smerte. Når en bevegelse fører til smerte, f.eks. etter en skade, kan det hos noen føre til «lært smerte» som opprettholdes etter at skaden er leget. Å unngå å bevege den vonde kroppsdelen fører til mangel på sansemessige (sensoriske) tilbakemeldinger og hjernen tolker det som at det fortsatt er noe galt (Fadnes, 2010; Linton, 2013). Muskelens kraft og utholdenhet reduseres, og over tid fører det til muskelsvinn (muskelatrofi) - funksjonen reduseres og smerte øker. Vi må poengtere til pasienten, at vi ikke snakker om bevisste valg. Ervervelse av unngåelses adferd, har sammenheng med læring og at man opprettholder en mestringsstrategi som kortvarig gir

belønning i form av smertereduksjon (Berge, 2008; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008; Vlaeyen & Linton, 2012).

Sættem & Stiles (2008) sier at det å gi pasienten hjemmearbeid ikke bare øker pasientens deltakelse, men også kunnskap om egen smerte øker. Ved at pasienten registrer tanker og følelser før, under og etter en smerteopplevelse kan sammenhenger synliggjøres. Hvis pasienten og fagperson går igjennom pasientens notater og fortellinger, og sammen finner alternative måter å tenke på, vil det bidra til å utvikle og øke pasientens strategier for å møte lignende episoder.

Under behandlingsforløpet skal pasienten utfordres på sin unngåelsesadferd, og det gjøres ved kognisjon og adferd. Fagpersonen må være tydelig på at dette er noe vi skal gjøre sammen (Berge, 2008). Ved å spørre hva pasienten tror vil skje ved en bestemt fysisk bevegelse, eller be pasienten utføre bevegelsen og fortelle om hvordan det oppleves, kan pasienten og fagpersonen identifisere eventuelle katastrofetanker og tankefeller. Ved at pasienten tester ut bevegelser og nye måter å tenke på kan en reorienteringen skje. (Berge, 2008; Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Vlaeyen & Linton (2012) mener at eksponering er den beste metoden for å redusere frykt for smerte og unngåelsesadferd.

Eksponering gjøres ved å utfordre bevegelsesmønstre og ved en bevisstgjøring på tankemønstre pasienten har opparbeidet seg mot å gjøre bevegelsen. Tradisjonelt har eksponering blitt brukt for å behandle fobier - trinnvis nærmer pasienten seg det han frykter. Pasienten guides til å utføre en handling mens fagpersonen gir god og tilstrekkelig informasjon. Fagpersonen kommenterer og gir oppmuntring underveis, f.eks; «bra jobba», «dette klarer du», «jeg ser at det er vondt, husk at smerten ikke er farlig». Ved eksponering er det viktig at pasienten bestemmer fremdriften. Det er lov å trekke seg, og fagpersonen må opptre støttende og imøtekommende når de vanskelige situasjonene oppstår (Berge, 2008). Trygghetssøkende adferd er en mestringsstrategi, mens frykt er et lært fenomen som er knyttet til vår menneskelige arv. Frykt er dypt forankret og det å gi pasienten tid er vesentlig. Fagpersonen må balansere både graden og tempo på utfordringene (Berge, 2008; Linton, 2013). Å utfordre frykt er kraftig energimobiliserende, og det kan sette i gang kroppslige stressreaksjoner, som for eksempel hjertebank, kvalme og svimmelhet. Pasienten må informeres om at det er normalt, og at det også er normalt å bli veldig sliten i etterkant. Men det viktigste er å påpeke at det ikke er farlig (Berge, 2008).

Ved interoseptiv eksponering forsterkes eksponeringsfaktoren ved en sterk og bevisst mental fokusering på smerten og smerteopplevelsen (Nicholas et al, 2014; Vlaeyen & Linton, 2012). Pasienten veiledes til å fokusere og holde oppmerksomheten så sterkt de kan på smerteopplevelsen. Det forventes at smerten forverres i utgangspunktet, men at den avtar i intensitet ved at fokus holdes på smertefølelsen. Vlaeyen & Linton (2012) sier at studier på mekanismer ved eksponeringsterapi viser at lært sammenheng mellom ytre og indre påvirkninger (betinget stimuli) og smerte (ubetinget stimuli) ikke fjernes eller er «ikke lærte» når frykt for smerte avtar. Gjennom eksponering får pasienten ny kunnskap som utkonkurrerer og hemmer tidligere betingede responser, og nye betingede responser utvikles, fordi den sterke fokuseringen påvirker indre stimuli. Det foregår ved å la smertefølelsen komme uten å prøve å forandre eller bekjempe den, og når eventuelle bekymrings eller katastrofetanker kommer anerkjenne dem som bare tanker. Pasienten vet at smerten ikke er farlig, og at det er mekanismer i kroppen som sender signaler til nervesystemet om smerte. Denne eksponeringen kan gjøres når smerten aktiviseres ved en bevegelse, men også ved bevisst å oppsøke smerteopplevelsen mentalt for å praktisere øvelsen (Nicholas et al, 2014; Vlaeyen & Linton, 2013). I undersøkelsen Nicholas et al. (2014) gjorde, ble pasienten bedt om bevisst å gjennomføre interoseptiv eksponering i 20 minutter 3 ganger i døgnet og i tillegg bruke det i kortere sekvenser når smerte oppsto, for eksempel under trening.

Avspenning anvendes i KAT for smertepasienter fordi kroniske smerter fører til økte spenninger i muskler og kroniske spenningstilstander i kroppen. Avspenning kan være et verktøy for å løse opp spenninger, og bli en metode til hjelp for å mestre hverdagen. Det er flere måter å gjennomføre avspenning på og pasienten informeres om alternativer og veiledes på metoder. Det å stille spørsmål til pasienten om når og hva som får de til å føle seg avslappet kan være en tilnæringsmåte for å bidra til at den enkelte kan finne gode metoder for seg. Å finne rom for «time-out» i hverdagen er nyttig for alle, og spesielt hvis det er mye spenninger i kroppen (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008).

I undersøkelsen Nicholas et al.(2014) utførte, testet de effekten av avspenning i kombinasjon med distraksjon. Pasientene fikk veiledning i pusteteknikker som frigjør spenninger. I tillegg skulle de fokusere på å holde oppmerksomheten på en hyggelig tanke eller situasjon som ikke inkluderer smerte, samt prøve å engasjere seg i tankene ved å legge til positive opplevelser eller lyder som de forbandt med situasjonen (Nicholas et al, 2014). Distraksjon som mestringsstrategi bygger på bevisst å flytte eller avlede oppmerksomhet fra smertestimuli til aktivt å rette oppmerksomheten mot andre stimuli. Linton (2013) viser til

flere studier som bekrefter at avledning av oppmerksomhet på smerte reduserer smerteopplevelsen. I en studie Linton (2013) viser til ble deltagerne utsatt for smertestimuli samtidig som de skulle løse forskjellige oppgaver. Vanskelighetsgraden i oppgavene påvirket smerteopplevelsen. Deltagerne rapporterte mindre smerte når oppgavene de skulle løse var komplekse og krevende. Hjerneaktiviteten til deltagerne ble registrert og målt under forsøkene og målingene viste at når oppmerksomheten ble rettet mot komplekse oppgaver ble aktiviteten i hjernens smertenettverk signifikant redusert (Linton, 2013).

Resultatet av undersøkelsen Nicholas et al (2014) viste at både distraksjon og eksponering ga positiv effekt. Det var ingen markant forskjell på resultatene mellom de to metodene. Evalueringen ble foretatt ett år etter behandlingen og inkluderte resultatmål av smerte, uførhet, depresjon og medisineringsgrad. I tillegg ble grad av trussel om smerte vurdert. Forskerne konkluderte med at oppmerksomhetsstrategier påvirker effekten av tiltak. Enten oppmerksomheten rettes mot aksept eller unngåelse vil forbedringen være avhengig av evne til å fokusere og holde oppmerksomheten. Jo høyere oppmerksomhetsstrategi man hadde, jo bedre ble effekten av tiltakene (Nicholas et al, 2014).

4.3.1 Kan pasientens OAS styrkes ved hjelp av kognitiv adferdsterapi?

En persons mestringsevne er avhengig av personens OAS og utviklingen av en persons OAS skjer gjennom det Antonovsky (2012) kaller «mønstre av livsopplevelser». Et sterkt OAS utvikles gjennom erfaringer preget av indre sammenheng, en hensiktsmessig belastningsbalanse og medbestemmelse. OAS blir ofte oppfattet som relativt stabilt, selv om både følelser og tanker er komponenter som inngår i begrepet og betingelser som legger til rette for en sterk OAS kan påvirkes. Fagpersoner kan styrke pasientens OAS, ved å gi pasienten erfaring som setter han i stand til selv å finne OAS fremmede faktorer. Det er en tidkrevende prosess å styrke en pasients OAS fordi det må gi en langvarig og stabil endring i pasientens livsopplevelser (Antonovsky, 2012).

Gjennom psykoedukasjon, kognitiv restrukturering og bevissthet på tankefeller økes pasientens kunnskap om smerte, smerteadfærd og smerteopplevelse. (Fjestad, 2010; Sættem & Stiles, 2008). Stimuli som pasienten opplever blir kognitivt forståelig og kan plasseres i en sammenheng, som er forutsetningen for opplevelse av begripelighet (Antonovsky, 2012). Ved at pasienten lærer seg ulike metoder for å møte smerten, avspennings- og

eksponeringsteknikker, og lærer seg å bruke positiv selvinstruksjon for bl.a å møte tankefeller, økes pasientens ressurser for å takle smerte (Linton, 2013; Sættem & Stiles, 2008). Å ha tilstrekkelig ressurser tilgjengelig er avgjørende for opplevelsen av håndterbarhet (Antonovsky, 2012). Økt kunnskap om smerte og nye verktøy for å takle smerten øker pasientens valgmuligheter. Pasienten vil oppleve at valgene han tar har en verdi. Ved å teste ulike metoder får han erfaring om hvordan egen smerteopplevelse kan påvirkes. Selvfølelsen styrkes gjennom at pasienten erfarer å ha påvirkningsmuligheter (Sættem & Stiles, 2008). Å ha tro på egne muligheter og tro på at egen innsats kan gjøre en forskjell bidrar til opplevelse av meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Slik jeg ser det kan KAT påvirke en pasients OAS.

4.4 Veien videre

Her vil jeg ta for meg sluttevaluering og hvordan videre forløp kan planlegges.

På slutten av et opphold i en rehabiliteringsavdeling skal en sluttevaluering gjennomføres. Tid og sted for møtet er fastsatt på forhånd og hele teamet møter pasienten. Hva har fungert? Hva kunne vi gjort annerledes? Hva skal fokuset videre være? Dette er spørsmål som må besvares, og det er viktig å fokusere på fremskrittene som er gjort og mål som er nådd. Om noen mål ikke er nådd er det viktig å se at det ikke har vært stillstand, for eksempel ved å se på hvor langt man er kommet på veien mot målet. Har det vært stillstand på noen området må det diskuteres hvorfor og hva som kunne vært gjort annerledes. Det er viktig at vi som fagpersoner stadig utvikler oss, og pasientens vurdering av oppholdet og samarbeidet kan bidra til at vi ser områder vi må forbedre. (Breland, Linge & Vik, 2010). Fagpersoner kan oppfordre pasienten til å bruke kunnskap han nå har tilegnet seg til å komme med forslag på hvordan mål kan oppnås ved en annen tilnærming.

I sluttevalueringssmøte skal det legges en plan for videre oppfølging og hva pasienten skal gjøre videre. Skal pasienten følges opp av fysioterapeut? Er det behov for og finnes det muligheter til å bli fulgt opp av en med psykomotorisk videreutdanning? Mener pasient og teamet at det er behov for videre støttesamtaler? Er det tilstrekkelig med samtaler hos fastlege eller skal samtalepartnere fra kommunalnivå inn, eller fra spesialisthelsetjenesten? Det å tilby og avtale korte oppfølgingsopphold i avdelingen på et senere tidspunkt, for å se hvordan det går med tiltak som skal gjennomføres utenfor institusjonen, både av pasient og eksterne fagpersoner, vil ofte oppleves som motiverende (Breland, Linge & Vik, 2010).

Etter pasientens ønske kan pårørende og/eller eksterne fagpersoner som skal følge pasienten videre inviteres og delta på dette møtet. Min erfaring er at når eksterne fagpersoner og pårørende deltar i møtet, oppleves som positivt og trygt for pasienten. Pårørende har ofte mange bekymringer. De kan synes det er vanskelig å forstå og de kan ha dårlig samvittighet. Ved å delta i møter kan de få informasjon som også kan lette deres hverdag fordi kunnskap gir trygghet. I loven om pasientrettigheter 1999 er pårørendes rett til informasjon hjemlet (Fjestad, 2010).

Gjennom oppholdet har pasienten tilegnet seg nye verktøy for å håndtere frykt for smerte, dette må vi fokusere på og oppfordre sterkt til at gjennomføres hjemme. Fortelle at vi ved neste opphold vil etterspørre hvordan pasienten har benyttet disse verktøyene. Pasienten forsikres om at han ikke blir overlatt til seg selv men blir fulgt opp videre. Den jobben pasienten nå har gjort skal videreføres og utvikles i hverdagssituasjoner.

5. Konklusjon

Kognitiv adferdsterapi er svaret på problemstillingen min. Fordi metoden er en veldig fleksibel terapiform og inneholder flere alternativer for å bedre pasientens mestringsstrategier. Ulike alternativer kan testes ut for å finne ut hva som fungerer best for den enkelte. Kognitiv adferdsterapi legger opp til stor medvirkning fra pasienten. Pasientens grad av deltagelse avhenger fagpersonens evne til å inkludere pasienten i valgene underveis. Fagpersonens tilnærming og utførelse av metoden påvirker utfallet av medvirkning, det krever at fagpersonen er bevisst på dette ved å ha en sterk tilstedeværelse og være oppmerksom på pasientens reaksjoner. Pasientens tillit til fagpersonen er vesentlig for at fagpersonen kan bli en god støtte fordi fagpersonen også må kunne utfordre pasienten underveis. Pasientens vilje til å utfordre seg selv mener jeg vil være større hvis han kan gjøre det sammen med en fagperson han har tillit til. Derfor er fagpersonens kommunikasjonskompetanse, formidlingsevner og evner til å bygge en god relasjon vesentlige faktorer for å bidra til å øke pasientens mestringsevner og strategier.

5.1 Mine refleksjoner og vurderinger

Kognitiv adferdsterapi krever kunnskap, både om metoden i seg selv og ikke minst om kommunikasjons og relasjons kompetanse. Det er viktig at fagpersoner som skal jobbe i tverrfagligteam med pasienter med kroniske smerter får mulighet til å tilegne seg kompetansen jeg har nevnt over.

Jeg ser at elementer i kognitiv terapi kan brukes på flere av pasientene, uavhengig av diagnose. Jeg møter i mitt arbeid som sykepleier for eksempel søvnvansker. Å kunne identifisere egne tankefeller og lære seg avspenningstekniker er kunnskap som mange kan ha nytte av. Et eksempel her er angst i ulike former.

Et tre ukers opphold i rehabiliteringsavdeling kan være kort tid for så omfattende prosesser, og vi må derfor se på det som en start på en ny vei og retning. Derfor har vi som jobber i annen linje tjenesten et ansvar som vi må være bevisst på for å bidra til at oppfølging etter utskrivelse planlegges og at det gjøres tydelige avtaler.

Det er flere sider som kroniske smerter berører som jeg synes er spennende. For eksempel hvordan det oppleves å være pårørende, og spesielt hvordan barn påvirkes av at en nær

omsorgsperson hemmes sterkt av kroniske smerter. Jeg kunne også tenkt meg å avgrense problemstillingen min til å omhandle pasienter under 30 år, og fordypet meg mer i årsaken bak både utløsende og utviklende faktorer.

Litteraturliste

Selvalgt litteratur er merket med *

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Berge, T. (2008). Spesifikke fobier. I T. Berge & A. Repål (Red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 132 – 157) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D.K. (2008) Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (Red.) *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 24 – 60) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bredland, E.L., Linge, O.A. & Vik, K. (2012). Det handler om verdighet og deltagelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Eide, H & Eide, T. (2013). Etikk og kommunikasjon. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (s. 99 – 126, 2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Eide, H & Eide, T. (2013). Å strukturere en samtale. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (s. 249 – 263, 2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fadnes, B., Leira, K. & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen: Om samspillet mellom bevegelser, balanse og læring*. Oslo: Universitetsforlaget

Fjestad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk: Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge(2014) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

*Helse- og omsorgs departementet.(2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar* (Meld. St. nr.34, 2012- 2013) Oslo: Departementet. Lokalisert på:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Lerdal, A. & Fagermoen, M.S. (2012). Læring og mestring: i et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Lillemyr, O. F. (2007). Motivasjon og selvforståelse. Oslo: Universitetsforlaget.

*Linton, S. J.(2013). Att förstå patienter med smärta. Lund: Studentlitteratur AB

*NAV, Nav og samfunn. Statistikk (2015). Sykefraværstatistikk, uførepensjonsstatistikk og diagnoser uførepensjon. Lokalisert på: <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn>

*Nicholas, M.K., Asghari, A., Sharpe, L., Brnabic, A., Wood, B.M., Overton, S.....Brooker, C.(2014). Cognitive exposure versus avoidance in patients with chronic pain: Adherence matters. *European Journal of Pain* 18(3), 424-437.
<http://dx.doi.org/10.1002/j.1532-2149.2013.00383.x>

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S.(2013). Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole(2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Solvang, P.K. & Slettebø, Å. (2012). Rehabilitering: Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

*Sættem, L.S. & Stiles, T.C. (2008). Kroniske smerter. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 590 – 616). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S.J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6) 1144-1147. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.12.009>

*Wormnes, B. & Manger, T. (2005). Motivasjon og mestring: Veier til effektiv bruk av egne ressurser. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vedlegg 1

PICO SKJEMA

Population/hvem	Intervention/hva	Compansjon/alternativ	Outcome/ønsket resultat
Pasient, med kroniske smerter eller frykt for smerte	Terapi Behandling Rehabilitering	unngåelsesadferd	Mestring eller fysiskmestring

Eksempel på søk:

Database	Avgrensninger	Kombinasjoner	Treff
Oria	Siste 5 år og fagfelleverderte	Coping OG chronic pain	Over 600
Oria	Siste 5 år og fagfelleverderte	Coping OG rehabilitation OG «chronic pain» ELLER "fear of pain"	Nesten 200

Søke tabell

DATABASE	KOMBINASJONER	AVGRENSNINGER	Ytterligere AVGRENSNINGER eller EMNE ORD	VURDERING av artiklene
ORIA	Treatment OG «fear of pain» 148 treff	Siste 5 år 73 treff OG Fagfelleverd. 39 treff	Oversiktsart. 2 treff	1 uakt.-migrene 1 aktuell: <u>Understand fear.</u>
ORIA	Treatment OG Fear-avoidance OG siste 5 år 611 treff	Fagfelleverd. 343 treff Oversiktsart. 5 treff		Ingen aktuelle, sexual sm., migrene, dep/angst, dia, spiseforstyrelse
ORIA	Treatment OG Fear-avoidance OG siste 5 år 611 treff	Fagfelleverd. 343 treff	Chronic pain 33 treff OG Pain related-fear 3 treff	2 uaktuelle: barn, unge m.hodepine 1 aktuell: <u>Fear reduction in pat.</u>
ORIA	Therapy OG Fear-avoidance OG siste 5 år 415 treff	OG fagfelleverd. 238 treff OG oversikt. Art 0 treff		
ORIA	Therapy OG "fear of pain" OG siste 5 år 34 treff	OG fagfelleverd. 24 treff OG oversiktsart 0 treff		
ORIA	Fear-avoidance modell OG siste 5 år 439 treff	Fagfelleverd. 236 treff Oversiktsart 4 treff		Ingen aktuelle, sexuel sm., kineos., angst, spiseforst.
CINAL	Treatment AND "fear of pain" etter 2010 50 treff	Academic journal 46 treff	AND "Chronic pain" 10 treff	8 uakt. Barn,bekken,skjema us. X2, kirugi, læring,røyking, forhold pas/terap 2 aktuelle: <u>Cognitiv exposure.</u> <u>Understand fear.</u>

CINAL	Treatment AND "fear-avoidance" etter2010 134 treff	Academic journal 122 treff	AND "Chronic pain" 36 treff AND "fear of pain" 4 treff	Ingen nye funnet 1 aktuell: <u>Cognitiv exposes</u>
CINAL	Therapy AND "fear-avoidance" etter2010 131 treff	Academic journal 121 treff	AND "Chronic pain" 39 treff AND "fear of pain" 6 treff	5 uakt. bekken, rygg x2, kirurgi, sp.skjema 1 aktuell: <u>Cogn.exp</u>
CINAL	Therapy AND "fear of pain" etter 2010 44 treff	Academic journal 40 treff	AND "Chronic pain" 8 treff	Ingen nye funnet 1 aktuell: <u>Cognitiv expor.</u>
SWEMED+	Therapy AND "fear of pain" etter 2010 0 treff			
SWEMED+	Treatment AND "fear of pain" etter 2010 0 treff			
SWEMED+	Treatment AND fear-avoidance etter 2010 0 treff			
SWEMED+	Therapy AND fear-avoidance etter 2010 1 treff			Uaktuelt, ryggsm.

Søkene ga tre aktuelle artikler:

1. Understanding fear of pain in chronic pain: Interoceptive fear conditioning as a novel approach (2 treff).
2. Fear reduction in patients with chronic pain: a learning theory perspective (1 treff).
3. Cognitive exposure versus avoidance in patients with chronic pain: Adherence matters (4 treff).