

Tverrfaglig, KAT-basert behandling i gruppe ved langvarige smertetilstander – videreutvikling, implementering og kvalitetssikring

Formål med tilskuddet

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter har de senere år jobbet med å innføre en modell for rehabilitering av smertepasienter, basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) i tverrfaglige team, i tråd med gjeldende evidensbaserte retningslinjer for smerterehabilitering. Fra 2008-2010 gjennomførte vi et prosjekt med støtte fra Helsedirektoratet, hvor vi prøvde ut denne modellen i tre polikliniske grupper. Kunnskapene herfra har vi siden jobbet med å implementere i den ordinære rehabiliteringen.

Formålet med den nåværende søknaden er å videreutvikle og kvalitetssikre vår metode og implementere KAT i rehabiliteringsprogrammet på en konsistent måte. Vi tror dette vil bedre resultatene for våre brukere, og det vil også gjøre det lettere for oss å forske på hva som er virksomme faktorer i rehabiliteringen. Videre ønsker vi å publisere våre resultater, både gjennom formelle kanaler og i samarbeid med første- og annenlinjetjenestene i nærkommunene.

Bakgrunn for prosjektet

Langvarige smertetilstander er et alvorlig og utbredt helseproblem. Personer med slike smerteplager opplever ofte betydelig lidelse. Smerten kjennes ikke bare kroppslig, men den har også psykologiske-, sosiale- og arbeidsrelaterte konsekvenser. Det er også en kjent sak at smertepasienter er storforbrukere av helsetjenester. Omtrent halvparten av alle som oppsøker lege gjør det på bakgrunn av smerteplager (1). En betydelig andel mennesker sykmeldes årlig på bakgrunn av smerter, hvilket medfører store kostnader for samfunnet. I en større europeisk epidemiologisk studie av omfang og konsekvenser av langvarige smerter (2) rangeres Norge på førsteplass når det gjelder forekomst. En av fire voksne personer i Norge har langvarige smerter, dvs. smerter som har vart mer enn seks måneder.

Den internasjonale organisasjonen for smerteforskning (International Association for the Study of Pain – IASP) definerer smerte som ”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsskade. Smerte er alltid subjektiv og kan opptre uten at det foreligger vevsskade” (3). Langvarig, ikke-malign smerte skilles fra akutt smerte og langvarig ondartet smerte, som ved f.eks. kreft.

Tradisjonell medisinsk symptomfokuset behandling av langvarig smerteproblematikk har stort sett vist seg å ha en nokså begrenset eller kortvarig effekt. Dette funnet befordrer videre fagutvikling og forskning på området. En av løsningene som har vært forsøkt innført for å løse dette problemet har vært å øke fokus på tverrfaglige tilnærminger innenfor en biopsykososial forståelsesramme (4,5,6). Biopsykososiale modeller vektlegger et komplisert samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Nyere kognitiv atferdsterapi (KAT), såkalt tredjegerasjons KAT (7), plasserer seg trygt innenfor en slik ramme, og resultatene av behandling med KAT ved langvarige smerter er lovende (8). Et fellestrekk ved nyere KAT for smerte er at smertereduksjon ikke er et eksplisitt fokus for behandlingen. I

stedet fokuseres det i stor grad på å lære strategier for aksept og tilstedeværelse, og å bruke disse strategiene for å øke atferdsmessig fleksibilitet i nærvær av smerter. Slik ønsker man å unngå atferd som fører til begrensninger i livsførsel. Det endelige målet med behandlingen er bedret mestring og livskvalitet, samt økt deltagelse i alle livets arenaer, noe som for øvrig er i samsvar med målet med rehabilitering i henhold til Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (9). En eventuell smertereduksjon kommer som en bonus for behandlingen. Dette rehabiliteringsmålet innebærer et klart fokusskifte sammenliknet med tradisjonell behandling.

Med bakgrunn i dette søkte Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter våren 2008 om midler for å utvikle en tverrfaglig KAT-modell for behandling av smertepasienter. Vi mottok prosjektmidler fra Sosial- og Helsedirektoratet, og det ble i perioden mai 2008 til april 2010 gjennomført en rekke tiltak innunder prosjektet. For detaljert informasjon om prosjektet viser vi til projektrapporten *Team-basert rehabilitering av langvarige smertetilstander med kunnskapsbasert biopsykososial tilnærming – omstilling og utvikling av eksisterende tilbud*, som ble innlevert i mai 2010. Kort oppsummert kan vi si at prosjektet var svært vellykket, både for deltagerne og for Skogli som institusjon. Deltagerne ga tilbakemelding om at de tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter som var nyttige og anvendbare, de opplevde økt livskvalitet, og de opplevde at det de lærte bidro til å øke deres fleksibilitet i nærvær av smerte. Dette ble også bekreftet av våre målinger, som viste signifikant bedring av fleksibilitet, somatisk fokus, livskvalitet, mental helse, angst og depresjon. Prosjektet har også hatt store konsekvenser for behandlingstilbudet ved Skogli. Blant annet har vi siden november 2009 gjennomført workshop i "Livskvalitet ved langvarige smerter" annen hver uke, med 10-20 personer hver gang. Effekten av dette måles kontinuerlig, og vi ser endringer på signifikant nivå hos deltagerne. Videre har tredjegerasjons KAT fått en sentral plass i det tverrfaglige tilbudet til våre smertepasienter, i avtalen vi fikk med Helse Sør-Øst for 2011 – 2014.

Selv om ringvirkningene av det ovenfor nevnte prosjektet har vært store for Skogli og våre brukere, opplever vi likevel betydelige utfordringer med å sette et perspektiv basert på tverrfaglighet og KAT ut i live på en konsistent og gjennomført måte. Vår erfaring er at dette til dels handler om at modellen ikke har smertereduksjon som behandlingsmål. Det at behandlingsmålene i så stor grad bryter med etablert praksis innebærer at organisasjonen må gjøre store endringer i sin tankegang rundt hva rehabilitering skal bestå i, og det blir lett til at KAT-perspektivene presenteres som et tilleggsperspektiv i stedet for at det blir en sentral og integrert del av vårt tilbud. Det å endre behandlingsfilosofien og behandlingspraksisen til en stor organisasjon er en lang, omfattende og komplisert prosess, og dette er noe av bakgrunnen for den nåværende søknaden.

Vi ønsker med dette prosjektet å videreutvikle og harmonisere kunnskapen vår om tverrfaglig KAT-basert smertebehandling, samt å implementere ytterligere denne kunnskapen i vår praksis. Dette håper vi kan gjøre at det tverrfaglige teamet vil klare å arbeide reelt med KAT i et felles prosjekt. Vi ønsker også å undersøke nærmere hvordan våre tiltak virker inn på den aktuelle brukergruppen (brukere med langvarige smertetilstander som er innlagt for ordinært tre-ukers opphold på Skogli), for eksempel hva som eventuelt

fører til bedret funksjon på sikt, og hva som er sentrale prosesser i denne bedringen. Videre ønsker vi at andre fagmiljøer skal få bedre tilgang til vår metode og våre resultater.

● **Prosjektets målsettinger og tiltak**

Overordnede målsettinger med prosjektet er:

1. Å implementere KAT i rehabiliteringsprogrammet på en konsistent måte
2. Å bedre resultatene for våre brukere og sikre at de kan bruke det de har lært etter gjennomført program.
3. Å dele vår kunnskap med andre instanser

Målsettinger for implementering	Tiltak
Alle deltagerne i teamet skal ha god kjennskap til metodikken.	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitering ved smerteavdelingen ved Karolinska Institutet • Veiledning med intern og ekstern kompetanse på metode • Deltagelse på Association for Contextual Behavioral Sciences sin konferanse i 2012 for 4 fagpersoner • Innkjøp av litteratur
Vi skal arbeide enhetlig i team	<ul style="list-style-type: none"> • Veiledning av teamet med Rickard Wicksell (PhD) fra Karolinska Institutet
Andre instanser får god informasjon om vårt tilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre informasjon på hjemmesiden
Mer kontakt med eksterne interessenter	<ul style="list-style-type: none"> • Jobbe for å få til et aktivt samarbeid med brukerorganisasjonene
Målsettinger for bedret resultat	Tiltak
Vi ønsker å bedre resultatene vi har i dag på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> • Livskvalitet og funksjon på sikt • Opplevelse av egen helse • Fysisk og psykisk velbefinnende 	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetssikre målemetoder • Forbedre levering av metode • Fokus på brukermedvirkning for videreutvikling av metode
Mer kunnskap om suksessfaktorer (moderatorer og mediatorer)	<ul style="list-style-type: none"> • Innenfor prosjektet (som er et evalueringsprosjekt) bruke en forskningsbasert design som bidrar til datainnsamling og muliggjør preliminaire analyser av data.
Bedret mulighet for selvhjelp etter opphold	<ul style="list-style-type: none"> • Forbedre og videreutvikle selvhjelpsmateriale til deltagerne
Målsettinger for kunnskapsdeling	Tiltak
Dele vår kunnskap med andre fagmiljøer	<ul style="list-style-type: none"> • Produsere en artikkel i etterkant av prosjektgjennomføring (artikkel om vårt forrige prosjekt leveres inn for publisering i Scandinavian Journal of

	<p>Pain før sommeren 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avholde tre kurs i tredjegerasjons KAT ved smerte. Kursene legges opp forskjellig avhengig av målgruppene. Målgruppene er: spesialisthelsetjeneste, leger i nærområdet, kommuner i nærområdet.
--	---

REFERANSER

1. Den norske lægeforening (2004). *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*.

<http://www.legeforeningen.no>

2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006), *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. Eur J Pain. May;10(4):287-333.

3. IASP (2003): http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728#Pain

4. SBU-rapport (Statens Beredning för utvärdering av medicinsk teknik) (2006). *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt*. April, vol 177.

5. St.meld. 21 (1998). *Ansvar og mestring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. 1998-1999.

6. White, P. (red), 2006. *Biopsychosocial medicine – an integrated approach to understanding illness*. Oxford, university press, Oxford.

7. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

1	
---	--

8. American Psychological Association, divison 12 (2008). *Chronic or Persistent Pain. Current Section Author: Mark A. Lumley (Wayne State University)*.

http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders/pain_main.php

9. **St.prp. nr. 1 (2007-2008)**. *Kapittel 9. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.*
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Saertrykk_av_Stprp_nr1_kapittel_9.pdf