

PROSJEKTRAPPORT

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

Intern arbeidstittel SkoKomp 2



Prosjektet er gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet, av Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS i perioden januar 2012 – desember 2013

Budsjettkapittel 726 og – post: 71
FRIST: 1. april 2014.

Innhold

Bakgrunn for prosjektet	3
Formål:.....	3
Prosjektets målsettinger:.....	3
Rapportens innhold.....	3
Generelle prinsipper og forståelsesmodeller.....	4
Muskel- og skjelettplager (MSP).....	4
Kronisk utbredte muskelsmerter/fibromyalgi.....	4
Langvarige/ kroniske problem og rehabilitering	4
En logisk (vestlig) modell ved langvarige smertetilstander?	4
Atferdsmedisinsk rehabilitering av langvarige/kroniske smertetilstander- et paradigmeskifte	5
Materiale og metode i KAT-prosjektet.....	6
Vår nye behandlingsplattform	7
Kognitiv atferdsterapi	7
Atferdsendring- en læringsprosess	7
Teamets forståelse av smerte	9
Overordnet beskrivelse av intervensjonsprogrammet	9
Internatbasert intervensjon i grupper	10
Rehabiliteringsprosessen	10
Smerteteamet	11
Intervensjonsområder	11
Kvalitetssikring.....	12
Program for oppfølging og opprettholdelse av adferd	12
Sluttord.....	13
Referanser	14

Bakgrunn for prosjektet

Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS 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 (Skokomp) 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. I etterkant av Skokomp ble det søkt Helsedirektoratet om midler til prosjekt med tittel: Tverrfaglig, KAT-basert behandling i gruppe ved langvarige smertetilstander – videreutvikling, implementering og kvalitetssikring (omtales heretter som KAT-prosjektet). Prosjektperiode: 1.1.2012-31.12.2013. Prosjektleder ved oppstart var psykolog Jan Lenndin. Psykolog Iver Sørlie Røhr tok over i 2013.

Skogli Helse og Rehabiliteringssenter AS har ytelsesavtaler med Helse Sør-Øst, og har blant annet tilbud til målgruppe J (kroniske muskel- og bløtdelssmerte og utmattelsestilstander). Dette tilbudet har eksistert over år. Teamet med ansvar for smerterehabiliteringsprogrammet har i tillegg jobbet med KAT-prosjektet i 2012/13. Det opprinnelige prosjektet ble noe redusert i omfang siden prosjektmidlene ble mindre enn antatt for 2013. Prosjektet som beskrives her har tatt høyde for dette.

Formål:

Formålet med prosjektet 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.

Prosjektets målsettinger:

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

Rapportens innhold

Vi vil først beskrive smerte og forekomst generelt, samt hvordan smerte vanlig vis forstås ut fra en biomedisinsk modell. Vi vil peke på svakheter ved denne modellen og presentere andre tilnærminger til pasienter med langvarig smertetilstander. Det beskrives videre hvordan vi har jobbet med å implementere ny forståelse og hvordan dette konkret har endret innholdet i vårt rehabiliteringsprogram.

Generelle prinsipper og forståelsesmodeller

Muskel- og skjelettplager (MSP)

MSP er en av våre store helseutfordringer. I Norge er den totale sykefraværsprosenten på 6,5 % (pr 2. kvartal 2013). Opptil 50 % er sykmeldt pga. muskel og skjelettplager, mens 20 % av dem er relatert til forhold på arbeidsplassen. Det er store kostnader rundt dette, og en rapport fra FORMI utgitt i 2013, viser at sykefraværet ved muskel og skjelettplager koster samfunnet mellom 69-73 mrd. i året (2009). Fravær fra arbeid er den største økonomiske konsekvensen. Mange diagnosegrupper faller inn under MSP. Vel 75 % av alle voksne i Norge opplever smerter eller plager fra muskel og skjelettsystemet i en eller annen form i løpet av noen uker. De fleste plagene er lette og krever ingen behandling. For en betydelig del av befolkningen er plagene langvarige, også kroniske.

Kronisk utbredte muskelsmerter/fibromyalgi

Sammenlignet med andre land er forekomsten av fibromyalgi/muskelsmerter i Norge høy. I Nord-Trøndelag fant man en gjennomsnittlig prevalens på 3,2 %. I en undersøkelse av middelaldrende kvinner i Arendal ble det funnet en prevalens på 10 %. Av voksne fibromyalgipasienter er cirka 90 % kvinner og den vanligste alderen er 40-50 år.

Utbredte muskel- og skjelettsmerter har ofte betydelig påvirkning av funksjonsevne og livskvalitet. Det er imidlertid også her betydelig variasjon i symptomenes alvorlighetsgrad og deres innvirkning på funksjonsevne i dagligliv og arbeidsliv. Det er i nyere norsk forskning vist en klar og sterk sammenheng mellom antall smerteområder i kroppen og uførepensjonering. Fem prosent av nye uføreytelser i 2006 hadde fibromyalgi som hoveddiagnose (1750 nye uføre pr år). Når det gjelder rygg/nakke plager opplever 11-14 % av den yrkesaktive befolkningen begrensninger i dagligdagse aktiviteter. Særlig de som har langvarige plager og mye komorbiditet eller utbredte smerter, opplever redusert livskvalitet, funksjon og arbeidsevne. Den største andelen av de samfunnsøkonomiske konsekvensene består av fravær fra arbeid. Muskel og skjelettplager er gruppen som «plager flest og mest» og koster mest.

Langvarige/ kroniske problem og rehabilitering

Med langvarig menes at symptomene er vanskelige å behandle (over 3 mnd.). Ofte finner man ikke patofysiologi som forklarer symptomene, og ofte finnes det heller ikke gode behandlingsmetoder for symptomlindring. Pasienter med denne type problem utgjør en del av de pasientene vi har på Skogli Helse – og Rehabiliteringssenter. Data fra vår institusjon, som ligner de fleste andre institusjoner, viser at mange pasienter kan ha god effekt av et tre ukers rehabiliteringsprogram (på smerte og funksjon). Etter 4-6 mnd. er imidlertid effekten stort sett borte, noe som fordrer nye metoder innen rehabilitering for å bedre resultatene.

En logisk (vestlig) modell ved langvarige smertetilstander?

En vanlig oppfatning er at smerteopplevelse formidles av neuronal transmisjon og modulering. Smerteopplevelsen betinger (påvirker) så adferd, tanker og følelser. Denne modellen stemmer ofte overens med menneskers opplevelse og observasjoner. Språklig sett uttrykkes dette ofte ved å

betone en kausal sammenheng mellom smerteopplevelse og adferd. Eksempel på dette kan være: ”jeg måtte slutte å jobbe på grunn av smerter”, eller: ”han må ligge fordi han har smerter”.

Det er i hovedsak to modeller som brukes i somatikken for å forstå og behandle smerte, en biomedisinsk og en biopsykososial modell.

Biomedisinsk modell: Vestlig skolemedisin er bygget ut fra en modell som betoner symptomer, diagnose, patofysiologi og behandling. Pasienten og helsevesenet inngår i et samarbeid der man på bakgrunn av symptomer leter etter en årsak (diagnose) for å kunne sette inn adekvat behandling. For en del pasienter med smertetilstand er det imidlertid vanskelig å finne en årsak. Det er ikke uvanlig at pasienten forsøker ulike spesialister og behandlere, som alle har sine perspektiver og forklaringer. Når denne strategien ikke fører frem har pasienten fortsatt sine symptomer/plager, samtidig inngår dette i en sammenheng der forståelse og reduksjon av smerte ses som nødvendig for å leve mer vitalt. Personer i denne situasjonen er ofte veldig motiverte og legger mye energi og kraft i å finne løsningen. Resultatet kan imidlertid være paradoksalt og lede til sekundære problemer, som håpløshet, nedstemthet og en begrenset livsførsel.

Biopsykososial modell: Det er ikke ukjent at psykiske og sosiale faktorer påvirker både opplevelse og adferd. Psykiater Engel presenterte i 1977 den biopsykososiale modellen (BPS) som i tillegg til å betone biologiske forhold vektla sosiale og psykiske faktorer. Denne modellen betoner at andre faktorer enn de rent biologiske påvirker opplevelse og adferd/funksjon. Det er imidlertid ofte uklart ut fra BPS-modellen hvordan disse faktorer påvirker. BPS-modellen påpeker kun at flere forhold er av betydning (ikke bare biologiske), og den er ikke en teori som kan hjelpe oss med å forstå mer av samspillet mellom biologi og såkalte psykososiale faktorer. Atferdsmedisin omtales nedenfor som en teoretisk modell som kan være nyttig i så måte.

Atferdsmedisinsk rehabilitering av langvarige/kroniske smertetilstander- et paradigmeskifte

Atferdsmedisin har vært en tilnæringsmåte siden 70-tallet, og enkelt forklart benytter man innen atferdsmedisin kognitiv adferdsterapi (KAT) i behandling av somatiske problemstillinger. KAT er et vidt begrep, og det finnes mange varianter som betoner ulike aspekter, men det som er felles for alle retningene er at de legger vekt på vitenskapelighet, har bakgrunn i læringsteori og har en systematisk fremgangsmåte.

Det å bruke KAT og atferdsmedisinske prinsipper for å nærme seg somatiske problemer, slik som smerteproblematikk, innebærer et paradigmeskifte. For det første innebærer det at man endrer fokus, fra smerteopplevelse til adferd. Videre ses atferd ses ikke som en direkte funksjon av smerte; smerten moduleres av den sammenhengen/konteksten som smerteopplevelsen oppstår i, blant annet tanker, følelser, konsekvenser av handlinger, andres tilbakemeldinger og språk. Disse forholdene påvirker i stor grad adferd og dermed funksjon og livskvalitet. Dette støttes også av forskning, som for eksempel viser at variasjon i smerteadferd i større grad kan forklares av forskjeller i tro på katastrofetanker og aksept for ubehag (for eksempel smerte, smerterelaterte tanker og følelser) enn av smerteintensitet. For eksempel kan man tenke seg at en person som er redd for sine fibromyalgismerter vil bli mer inaktiv eller begrenset i sitt atferdsrepertoar enn en som ikke preges i så stor grad av en slik redsel. En atferdsmedisinsk tilnærming til smerteproblemer vil derfor være mer rettet mot å forstå og påvirke den konteksten smertene opptrer i (for eksempel tanker, følelser og

atferd), enn jobbe for å redusere smerten direkte, og deri ligger paradigmeskiftet nevnt ovenfor. KAT og atferdsmedisin bryter med tradisjonell biomekanisk metode, hvor smertereduksjon er mer sentralt. KAT og atferdsmedisin fordrer nye måter å nærme seg pasientens smerte, og en omlegging til slike metoder er etter vår erfaring en omfattende prosess.

Materiale og metode i KAT-prosjektet

Med bakgrunn i ny kunnskap om ulike forståelsesmodeller, statistikk og forskning, ønsket vi med prosjektet å endre vår tilnærming til pasientgruppen med langvarige smertetilstander. Vi så det som viktig å implementere kunnskap om KAT og atferdsmedisin for alle som deltar i teamet, slik at vi kan utvikle et felles faglig ståsted og derved felles tilnærming. Det ble viktig å bedre våre resultater for våre pasienter og å hjelpe dem med å opprettholde endring over tid. Vi ville også videreformidle våre erfaringer og kunnskap til andre. Konkrete delmål for prosjektet har derfor vært:

Delmål 1: Implementering. Alle deltagere i teamet skal ha god kjennskap til metodikken

Tiltak for å oppnå dette har vært:

- Gjennomføring av intern utdanning i smertefysiologi. Utdanning i form av undervisning, gruppearbeid og gjennomgang av ulike typer informasjonsmaterieil.
- Deltagelse på internasjonale konferanser (Milano og London)
- Hospitering i Lund, Skånes Universitetssykehus, seksjon for spesialisert smerterehabilitering.
- Veiledning av prof. Jan Lisspers, Mittuniversitetet/Östersund, (programutvikling, opprettholdelsesfokus i hjemsituasjonen og teamarbeid)
- Fremlegg om tema og forståelsesmodeller for de andre i teamet som ikke direkte har deltatt i prosjektet

Delmål 2: Å bedre resultatene for våre brukere og sikre at de kan bruke det de har lært etter gjennomført program

Tiltak for å oppnå dette har vært:

- Opplæring og programutvikling. Gradvise endringer i rehabiliteringsprogrammet basert på økte kunnskaper fra delmål 1. Blant annet kurs i helsepsykologi og søvnstrategier, endringer i innhold og formidling av smertefysiologi og forventningsavklaring.
- Konkretisering av kjernepunkter og effektmål for rehabiliteringsprogrammet (Fysisk aktivitet, arbeidsrelatert virksomhet (lønnet/ulønnet), søvn, oppmerksomt nærvær (mindfulness), god almen helse). Det har også skjedd en pedagogisk dreining til økt deltagelse og egenlæring sammenlignet med ren undervisning og informasjonsformidling. Videre har det skjedd en kontinuerlig evaluering av resultater og oppsummering av deltagers erfaringer. Det er i øket grad fokus på opprettholdelsesfaktorer i hjemmet.

Delmål 3: Å dele vår kunnskap med andre instanser

Tiltak for å oppnå dette har vært:

- Publisering av våre resultater, både gjennom formelle og uformelle kanaler.
- Samarbeid med det svenske nasjonale smerteregisteret for å samkjøre spørreskjemaer og utveksle resultater.
- I utforming av nytt tilbud for smerteprogrammet på Skogli fra 2015 har vi i stor grad basert oss på det vi har lært gjennom prosjektet. Dette tilbudet ble levert i februar 2014.
- Endringer i hva og hvordan vi måler.

Vår nye behandlingsplattform

Gjennom arbeidet med vårt prosjekt har vi gått gjennom en omfattende oppdatering av vår kunnskapsbase og våre metoder. I det følgende vil vi beskrive den plattformen vi nå står på i behandling av smertetilstander.

Kognitiv atferdsterapi

Vi har tatt teoretisk utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi, som er basert på psykologiske og pedagogiske prinsipper og har en atferdsfokuset tilnærming. Målet på lengre sikt er å oppnå optimale atferdsendringer og opprettholdelse av disse over tid.

Grunnleggende læringsteori viser hvorfor det er vanskelig å oppnå de langvarige forandringene man ønsker. Vi vet blant annet at en av de viktigste faktorene som påvirker atferd er de umiddelbare/nærliggende konsekvensene av atferden, altså om atferden har en kortsiktig negativ, positiv eller nøytral effekt (for eksempel mer, mindre eller like mye smerte som følge av trening). Dette kan forklare at vi ofte handler på en måte som vi "vet" ikke er bra for oss, eller som vi ikke ønsker; uvanene har for eksempel kortsiktige positive konsekvenser. En sentral metode for å tydeliggjøre dette for pasienten i det enkelte tilfellet er funksjonelle analyser (FA), hvor vi konkret kartlegger foranledningene til en atferd, atferden selv og konsekvensene av atferden. Dette gjør at vi kan tydeliggjøre hvorfor pasienten gjør som han gjør, og vi kan også analysere hvordan pasientens atferd tar ham nærmere eller lenger vekk fra sine mål eller ønsker. FA brukes, i samarbeid med pasienten, til å konkretisere og sortere mål og opplevelse i en atferdsmedisinsk ramme. Forandringsarbeidets kjerne i dette perspektivet handler om at

- a. noe må læres på nytt (for eksempel tydelig kommunikasjon),
- b. og/eller at noen handlinger må det gjøres mer av (for eksempel spise sunt),
- c. og/eller minske dysfunksjonell atferd (for eksempel inaktivitet).

Atferdsendring- en læringsprosess

Tre overgripende dimensjoner i læringsprosessen kan være til hjelp og støtte i hvordan man bør agere som helsepersonell/behandler i endringsarbeid:

- Shaping("forming"): Det første steget er, sammen med personen, å bygge opp, skape, eller forme ny, ønsket funksjon/adferd. Dette er en gradvis prosess som kan innebære både informasjon og kunnskapsformidling, diskusjon, motivasjonsarbeid og spesielt gradvis trening, utvikling og forming av de praktiske ferdighetene som adferden inne det aktuelle området består av. Viktige avveininger er valg av de mest kritiske og funksjonelle atferdsforandringene.
- Generalisering("spredning"): Treningen og vaneutviklingen må så fort det lar seg gjøre, flyttes ut og spres til ulike situasjoner og miljøer. Dette for at det er der personens "liv" foregår. Det kan skje gradvis eller i raskere tempo avhengig av hvordan forming av funksjonell adferd har gått.
- Fading ("borttoning"): Et intervensjonsprogram kan betraktes som en kunstig kontekst. Det inneholder for eksempel mange forsterkere og påvirkninger av adferd (for eksempel fra behandlere) som ikke forekommer i det virkelige liv. Når den nye vanen eller ferdigheten er lært og generalisert, er det viktig å tone ned innsatsen fra omgivelsene (for eksempel behandleren på Skogli). Her er det viktig at adferd forsterkes av andre nærliggende konsekvenser i personens nærmiljø, og det å identifisere og lære om hva som er forsterkende omstendigheter er ofte en avgjørende del av læringsprosessen. Deretter følger et arbeid for å opprettholde de nye vanene/adferden. Oppfølging kan skje gjennom møter og telefonsamtaler eller gjennom å engasjere hjelpere/pårørende i nærmiljøet.

I arbeidet med den enkelte pasient støtter også behandleren seg på følgende metoder:

- Kasusformulering:
Dette er en individuelt tilpasset forståelse av hva som forårsaker personens problemer og hvor potensialet for endring ligger. Diagnose er en liten del av denne kasusformuleringen, som i større grad fokuserer på den enkelte persons tanker/følelser, funksjoner av atferd, mål, læringshistorie og situasjon. Det er viktig at behandleren er åpen omkring sine tanker og vurderinger. Videre er det i mange tilfeller viktig å sortere problemer og prioritere innsats der man antar den har mest effekt.
- Pedagogiske innslag:
Det er vanlig å ha stor tiltro til at verbal kunnskapsformidling (for eksempel undervisning) fører til endret forståelse, og at dette igjen bidrar til forming av nye vaner og valg. Verbal kunnskapsformidling viser seg imidlertid å ha relativt liten påvirkning og i noen tilfeller paradoksalt effekt. Det viser seg i stedet at erfaringsbasert læring, hvor man prøver ut ny atferd, er den mest effektive metoden for å øke tiltro til egne evner, skape ny forståelse og støtte opp om endringsprosesser.
- Opplevelsesbasert pedagogikk:
Innhenting av nye erfaringer er sannsynligvis den mest effektive metoden for å skape kognitiv og atferdsmessig endring. For eksempel påvirkes tiltro til egne evner (self efficacy) i større grad av konkrete erfaringer med noe, enn av samtaler om det. Det er derfor viktig at denne type pedagogikk kommer relativt tidlig i prosessen der personen har konkrete mål å jobbe mot.
- Verdiklargjøring:
For å starte en endringsprosess er det viktig å ha klart for seg hva som er viktig, nyttig eller verdifullt med å innføre endringen. Verdiene kan sees på som grunnfjellet endringsprosessen

står på. Vi ser derfor på verdiklargjøring som en grunnleggende del av det å komme i gang med endring.

Teamets forståelse av smerte

Teamets forståelse av smerte og rehabilitering av pasienter med langvarig smerte tar utgangspunkt i en atferdsmedisinsk modell. Dette kan ikke beskrives utfyllende her, men vi vil gi en kort oversikt over sentrale prinsipper (for utfyllende beskrivelser av smerte henvises til faglitteratur; se for eksempel Mosely 2003 eller Flor & Turk 2011)

- I en atferdsmedisinsk forståelsesmodell tenker man at smerte i hovedsak er et varselsignal, som skal få oss til å agere hensiktsmessig. Smerteopplevelse skapes når nervesystemet opplever at et individspesifikt trusselnettverk er aktivert over en viss grense.
- Smerteopplevelsen påvirkes av- og påvirker både det perifere og sentrale nervesystemet, og avhenger av erfaring og situasjon i tillegg til sensorisk input.
- Ved langvarig smerte forandres nervesystemet. Desto mer langvarig en smerte er desto mer involveres sentrale mekanismer (kroppskart, endret smertemodulering, økt aktivitet i trusselnettverket etc.), og desto mindre sammenheng er det mellom smerte og skade (patologi). Trusselnettverket blir sensitivt for signaler fra nervesystemet og produserer en opplevelse av smerter.
- Ved smerter og andre negative opplevelser forandrer vi adferd. Smerteatferd er som regel funksjonelt ved skade og akutte smerter, men er ofte mindre funksjonelt ved langvarige smerter. Smerteatferd kan for eksempel øke frekvensen og intensiteten av smerter og kan på sikt føre til begrensninger i livsførsel.
- Smerter leder ikke direkte til handlinger. Det er stor variasjon i atferd mellom personer med samme smerteintensitet. Som nevnt ovenfor ser man at mange andre faktorer kan påvirke atferd i større grad, for eksempel tanker, erfaringer, andres reaksjoner. Også atferdens umiddelbare konsekvenser og hvilke regler vi styrer etter er viktige forhold som påvirker atferd.
- I terapi forsøker man enkelt sagt å få kroppen til å lære på nytt hvordan den skal forholde seg til stimuli som den tolker som smerte, samt lære hvordan man forholder seg mest mulig funksjonelt til smerten. Dette innebærer bl.a. å gradvis lære ny atferd, å avlære atferd som ikke er funksjonell, å gradvis utfordre smertenetteverket uten å gå over terskelen hvor smerte skapes, bevisstgjøre hvordan tanker, følelser, smerte og atferd henger sammen, lære nye måter å håndtere tanker/følelser/kroppslige opplevelser, gradvis øke aktivitetsnivået, øke andelen av meningsfulle aktiviteter etc.

Overordnet beskrivelse av intervensjonsprogrammet

Nedenfor beskrives programmets struktur, intervensjonsområdene og innhold. Vi tok utgangspunkt i vårt eksisterende rehabiliteringsprogram som vi har utviklet over år på Skogli. Som følge av prosjektet ble det i løpet av høsten 2013 gjort noen endringer i programmet. Utvikling og innhold i programmet har blitt formet i tråd med forskning innen smerte og KAT, samt de erfaringene vi selv har gjort oss underveis (referere til forskning/statistikk). Ytterligere endringer i programmet vil foregå i løpet av 2014.

Internatbasert intervensjon i grupper

Vi har pr i dag etter avtale med HSØ kun internatbasert tilnærming. Det vil si at pasientene bor på Skogli og følger et tre ukers langt rehabiliteringsprogram i grupper på 16-20 personer.

Alle i programmet har sin rehabiliteringskoordinator (RK), som følger opp rehabiliteringsprosessen og har ukentlige samtaler med pasienten.

Pedagogikken vår bygger på en kombinasjon av gruppebasert og individuelle metoder. Gruppene deles under enkelte aktiviteter i to, for å sikre bedre individuell tilrettelegging. Det er felles gruppeøvelser og undervisning med individuelt fokus, der hver enkelt kan jobbe med sine utfordringer. Det gis også individuelle "hjemmelekser", som følges opp enten i gruppe eller av RK. I enkelte tilfeller henvises det til andre faggrupper som gir en individuell oppfølging (for eksempel ernæringsfysiolog, ergoterapeut, logoped eller psykolog).

Rehabiliteringsprosessen

Før oppstart: Programmet starter før pasienten ankommer Skogli. Det informeres pr brev om vår tilnærming og om hva programmet inneholder. . Pasienten bes om å fylle ut og sende inn spørreskjemaer som adresserer psykososiale faktorer, motivasjon og aktuelle medisinske forhold (i tillegg til de medisinske opplysningene). Formålet med henvendelsen før oppstart er å informere og forberede brukeren (pedagogisk), kartlegge brukerens rehabiliteringsbehov, forberede aktuelle aktiviteter og grupper på forhånd.

Teamkoordinator vurderer alle søknader samt om det er behov for mer opplysninger, og vurderer om brukeren oppfyller kriteriene for inntak til rehabiliteringsprogrammet (er riktig henvist).

Bruker får tildelt rehabiliteringskoordinator (RK) fra teamet som har ansvar for den overordnede individualiserte tilnærmingen

Organisering under opphold: Det foretas dag 2 en kartlegging med utgangspunkt i ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse). Hovedvekten legges på funksjonsevne, aktiviteter og samspill med miljøfaktorer. Kartleggingens omfang vurderes ut fra behov, og den utføres av rehabiliteringskoordinator og andre fagpersoner (lege, fysioterapeut). Dersom brukeren har individuell plan (IP) skal denne brukes i kartlegging og planlegging av rehabiliteringsforløpet. Dersom brukeren ikke har IP skal han/hun informeres om retten til dette, og oppstart av IP skal eventuelt inkluderes som et mål for rehabiliteringen. Eventuell pårørendeoppfølging kartlegges

Kartleggingssamtalene munner ut i en teamkonferanse. Teamkonferansen er tverrfaglig og skal, i samråd med bruker, enes om hovedproblemstilling og retning/mål for rehabiliteringsforløp. Ut fra dette bestemmes plan for rehabilitering

RK legger ved behov opp til interaksjon med nøkkelpersoner eller instanser i nærmiljøet, slik som pårørende, primærlege eller kommunehelsetjeneste. Eventuelt henviser RK til andre faggrupper, også internt. RK foretar ukentlige oppfølgingsamtaler med pasienten vedrørende rehabiliteringsprosessen

For oversikt over timeplan, se vedlegg 1.

Smerteteamet

Teamet som jobber med smertepasientene består av leger, fysioterapeuter, ergoterapeut, sykepleiere, psykologer og rehabiliteringsassistenter. Vi kan i tillegg innhente tjenester fra andre faggrupper, slik som sosionom, treningsterapeut, ernæringsfysiolog eller logoped.

Intervensjonsområder

Vi fikk i prosjektperioden veiledning av Jan Lisspers, som i mange år har arbeidet med intervensjonsmodeller for atferdsendring og forebyggende rehabilitering på Føllingeklinikken i Sverige. Et viktig resultat av denne veiledningen var at vi plukket ut noen områder som vi synes var spesielt viktige i rehabilitering av pasienter med kroniske smerter og valgte å jobbe mer konkret med disse. På hvert område har vi laget en plan for hva som skal læres, mål, metode, progresjon (shaping, generalisering, fading), forsterking og innhold i aktiviteter.

- *Fysisk aktivitet* er et sentralt og virksomt intervensjonsområde i nær sagt en hver rehabilitering. Gjennom aktivitet bedres fysisk og psykisk helse, og vi blir i bedre stand til å håndtere utfordringer. Målene vi setter på dette området er: 1) regelmessig aktivitet (minimum 30 min. daglig følge WHO's anbefalinger); 2) å utføre bredt spekter av bevegelsesrepertoar; 3) øve kroppsbevissthet; 4) øke styrke og kondisjon; 5) gå/sykle til og fra aktiviteter (hverdagstrim)
- *Arbeidsrelatert virksomhet* (lønnet/ulønnet) er av stor betydning for livskvalitet og helse. Arbeid gir mening, sosial kontakt, struktur, mestringsopplevelser og pent. Målene vi setter på dette området er: 1) å utføre adferd som bedrer arbeidshåndtering, f.eks. gjennom å analysere arbeidsmiljø/kartlegge verdier/gjøre øvelser, avklare med arbeidsgiver eller andre; 2) trening av delfunksjon (eks å trene skulder hvis dette er en hemmende faktor, kommunikasjonstrening, utføre oppmerksomt nærvær som stressmestringsstrategi); 3) å ta kontakt med arbeidsgiver, evt. andre lokale aktører dersom det er hensiktsmessig.
- *Søvn* er viktig for fysisk, psykisk og sosial restitusjon, og det er ofte hensiktsmessig å jobbe med søvn parallelt med andre intervensjoner. Vi har i dag gode metoder for å bedre søvn. Målet vi setter på dette området er: å utføre tiltak som forskning viser kan bedre søvn, for eksempel gjennom å jobbe med søvnhygiene, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, avspenning, kognitive teknikker under oppholdet.
- *Oppmerksomt nærvær (ON)* handler om å øve tilstedeværelse i ulike aktiviteter samt å bevisstgjøre seg rundt egne tanker, følelser, kropp og atferd. Vi tror øvelser i ON kan være viktig på flere områder, for eksempel som stressmestring i arbeid. Målene vi setter på dette området er: 1) å utføre øvelse i ON under oppholdet; 2) å øve ON i ulike situasjoner i dagliglivet; 3) bedret stresshåndtering og tilstedeværelse
- God almen helse er et bredt og individuelt definert begrep, som favner mange områder. Ved å jobbe med å almen helse kan vi oppnå bedring på viktige enkeltområder for den enkelte pasient. Målet vi setter på dette området er: å øve under oppholdet på å utføre tiltak som bedrer helse på sikt (for eksempel kan pasienten delta på matlagingskurs, røykesluttkurs, tilbys nedtrapping av medikamenter, være mer sosialt aktiv, delta i ulike aktiviteter som vi mener kan gi bedret fysisk og psykisk velvære).

Områdene nevnt ovenfor tematiseres både i individuell kontakt og grupper. Den individuelle kontakten er for eksempel samtaler med RK, hvor man for eksempel kan ta opp arbeidsrelatert aktivitet eller målsetninger for fysisk aktivitet. Områdene kan også tas opp i grupper. Noen av disse

gruppene vil være spisset på et bestemt tema, slik som for eksempel søvnundervisning eller gruppe i oppmerksomt nærvær. Andre områder vil tematiseres mer indirekte. For eksempel er håndtering av ubehag/smerter viktig for å kunne være fysisk aktiv, være i jobb, eller sove godt, og dette tematiseres både i workshop i helsepsykologi, undervisninger og treningsgrupper.

Kvalitetssikring

Skogli bruker det internasjonale kvalitetssystemet CARF, som demonstrerer rehabiliteringsinstitusjoners kvalitet, åpenhet og forpliktelse overfor brukerne og pasientene. CARF setter store krav til kvalitet i alle ledd av virksomheten.

Den individuelle oppfølging av hver enkelt og rehabiliteringsprosessen sikres via teamarbeidet og via rehabiliteringskoordinator. Rehabiliteringsprogrammet sikres via kartlegging før ankomst, ved oppstart og ved avreise. Pasientene følges også opp med spørreskjema i etterkant av oppholdet ved 3 og 12 måneder. I disse skjemaene måler vi den langsiktige effekten av oppholdet. Evaluering av demografi og effekt gjøres både som grunnlag for programforbedring og offentlig effektrapportering (årsrapport).

Hva gjelder hoved-effektvariabler ser vi statistisk signifikant bedring (også av stor effektstørrelse) og generell oppnåelse av teamets målsetting. Analyse av datagrunnlag viser dog til utfordringer/muligheter for ytterligere bedring – bl.a. ser det ut å være ugunstig å blande pasienter med arbeidsrettet fokus sammen med pasienter som er permanent uføretrygdet/pensjonister. Stor sprik i faktorer som fysisk form, nivå av angst/depresjon etc. er også ugunstig å ha i gruppene. Ikke-nordiske deltakere på gruppene skiller seg også ut ved både å være signifikant mer symptompregget og i dårligere fysisk form enn nordiske deltakere, samtidig som de har lavere forbedringseffekt.

I dagens pasienttildelingssystem er det utfordrende å samle mer homogene grupper hva gjelder behov og fokus, som så tildeles deltakelse på programvarianter som passer de best. Vi håper at det i neste avtaleperiode blir mulig med pre-screening før tildeling av rehabiliteringsprogram.

Program for oppfølging og opprettholdelse av adferd

Det er viktig at rehabilitering i økt grad ivaretar tilnærminger som på lang sikt kan gi effekt. Opprettholdelse av atferdsendring er viktig og nødvendig for en framgangsrik rehabilitering. Det kan også ses på som viktig for å forebygge tilbakefall. Det innebærer også at ressursene må settes inn på nettopp dette området. Ellers er det risiko for at de innsatser som gjøres ikke har de langtidseffekter som kan være mulige. Vi kan her vise til intervensjonen ved Føllingeklinikken i Sverige der det fra starten av ble lagt stor vekt på å utvikle et oppfølgingsprogram der opprettholdelse av adferd over lang tid ble kjernen i innsatsen. Oppfølgingsaktiviteter kan ha to mål. Det ene kan være evaluering av tiltak som ble satt i gang under oppholdet på Skogli for å bedre programmet. Vurderinger om hvordan det har gått med pasienten har i liten grad støttende effekt. Det er også viktig å støtte hver pasient i sitt langsiktige arbeid for å forandre adferd og klare å opprettholde oppnådde atferdsendringer. Dette blir et viktig område vi må jobbe videre med.

Sluttord

Teamet har i løpet av prosjektperioden i større grad utviklet en felles forståelse og plattform. Vi har øket vår kunnskap om kognitiv adferdsterapi og praktisk tilnærming ut fra ny kunnskap. Rehabiliteringsprogrammet har endret innhold, og vi har fått et større fokus på faktorer som har med opprettholdelse å gjøre.

Som nevnt har vi benyttet oss av kunnskapen fra prosjektet til å utforme det nye hovedanbudet for 2015. I dette anbudet har vi lagt inn mange endringer som vi ennå ikke har gjennomført i vårt nåværende program. Dersom Skogli vi får dette anbudet vil vi jobbe videre med dette utover høsten 2014 og våren 2015. Vi ønsker blant annet å gjøre følgende:

- Ha et intermitterende behandlingsforløp for å sikre langvarig effekt. Lage et opprettholdelsesprogram for web/telefon.
- Gjøre endringer i programmet, slik at aktivitetene i ennå større grad blir rettet inn mot intervensjonsområdene nevnt ovenfor.

Vi må også fortsette å jobbe på andre områder, for eksempel med å implementere kunnskapen til andre team/medarbeidere, delta på konferanser for å dele våre erfaringer, og drille RK i målanalyse og målarbeid.

Referanser

1. Mosely, Lorrimer (2003) A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain (Royal Brisbane Hospital)
2. Flor, H. & Turk, D. (2011). Chronic Pain. An Integrated Biobehavioral Approach. IASP Press, Seattle