

SPL3902

08HBSPLH

Bachelor oppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 840

Acceptance and commitment therapy i behandling av pasienter med kroniske smerter

Hvilken rolle vil sykepleiere ha i denne behandlingsmetoden?



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling helse, omsorg og sykepleie, 09.05.2011

Antall ord: 10 258

Sammendrag av Bacheloroppgaven

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| Tittel: | Acceptance and commitment therapy i behandling av pasienter med kroniske smerter. Hvilken rolle vil sykepleiere ha i denne behandlingsmetoden? | Dato : 09.05.11 |
| Engelsk tittel: | Acceptance and commitment therapy in the treatment of patients with chronic pain. What role will have nurses in this treatment method? | |
| Deltaker(e)/ Kandidatnr*: | 840 | |
| Veileder(e): | Randi Tosterud | |
| Evt. oppdragsgiver: | | |
| Stikkord/nøkkelord (3-5 stk) | Acceptance and commitment therapy, mindfulness, sykepleie, kroniske smerter | |
| Antall sider/ord*: sider, 10 258 ord | Antall vedlegg: 1 | Publiseringsavtale inngått: ja/nei |

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Sammendrag

Denne oppgaven tar for seg Acceptance and commitment therapy som behandling av pasienter med kroniske smerter, og hvilken rolle sykepleierne har ved denne behandlingsmetoden. Vi går nærmere inn på om det er grunnlag for en satsning på dette området, og om behandlingen passer for alle med kroniske smerter.

English summary

This thesis examines Acceptance and commitment therapy as a treatment for patients with chronic pain, and what role nurses have in the treatment method. We go further into whether there are grounds for an investment in this area, and if the treatment is suitable for anyone with chronic pain.

Innhold

| | |
|--|----|
| Sammendrag av Bacheloroppgaven | 2 |
| Tema og problemstilling | 6 |
| Hvilken rolle vil sykepleiere ha i denne behandlingsmetoden?..... | 6 |
| 1.0 Innledning | 6 |
| 1.1 Begrepsforklaringer | 7 |
| 1.2 Oppgavens oppbygning | 8 |
| 1.3 Begrensning av oppgaven | 8 |
| 2.0 Metode..... | 10 |
| 2.1 Framgangsmåte | 10 |
| Databasesøking..... | 10 |
| Hospitering..... | 10 |
| Uformelle samtaler med mennesker som arbeider med ACT | 10 |
| 2.2 Kildekritikk..... | 11 |
| 3.0 Teori | 16 |
| 3.1 Kroniske smerter..... | 16 |
| Hva er smerter? | 16 |
| Hva påvirker opplevelsen av smerte? | 16 |
| Sykepleieoppgaver i forhold til smerte | 17 |
| Etske hensyn i smertebehandling | 17 |
| 3.2 Kognitiv adferdsterapi..... | 18 |
| 3.3 Acceptance and commitment therapy | 18 |
| ACTS HISTORIE | 18 |
| Hva er ACT?..... | 18 |
| ACTs syn på helse og lidelse..... | 20 |
| Gjennomføring av ACT | 20 |
| Hvilken effekt har ACT i forhold til pasienter med kroniske smerter? | 22 |
| ACT's effekt på eldre | 23 |
| ACT's effekt på barn:..... | 23 |
| Livskvalitet..... | 24 |
| 3.4 Mindfulness..... | 24 |
| Hva er mindfulness?..... | 24 |
| Hvilke forandringer skjer i kroppen under meditasjon? | 25 |

| | |
|---|----|
| Grunnelementer | 25 |
| Utførelse | 26 |
| 4.0 Drøfting | 28 |
| 4.1 Hvilke effekter har ACT på pasienter med kroniske smerter? | 28 |
| Redusert medisinbruk, mindre bivirkninger og redusert avhengighet..... | 29 |
| 4.2 Hvordan blir kostnadene i forhold til effekten? | 30 |
| 4.3 Hvilken rolle vil sykepleieren kunne få i behandlingen av pasienter med kroniske smerter dersom ACT bli en del av behandlingsopplegget? | 32 |
| Sykepleierens rolle i forhold til pasienter som ikke er introdusert for ACT..... | 32 |
| Sykepleie til pasienter som er under ACT behandling | 34 |
| Sykepleierollen ved pasienter som er ferdigbehandlet med ACT | 38 |
| 5.0 Konklusjon..... | 40 |
| 6.0 Etterord:..... | 41 |
| 7.0 Litteraturliste: | 42 |
| Vedlegg 1..... | 46 |

Tema og problemstilling

Acceptance and commitment therapy (ACT) i behandling av pasienter med kroniske smerter

Hvilken rolle vil sykepleiere ha i denne behandlingsmetoden?

1.0 Innledning

Norge er på smertetoppen i Europa, og omtrent 1 av 10 i yrkesaktiv alder er uføretrygdet (Folkehelseinstituttet 2010). Kroniske smerter er årsaken til 50% av alle langtidssykefravær og 20% av alle korttidssykefravær i Norge (Spigset og Nordeng 2007). Disse tallene kan tyde på at vi i Norge ikke har gode nok metoder for å behandle pasienter med kroniske smerter. Det kan derfor være nødvendig å utfordre de metodene vi allerede benytter oss av.

St. Olavs hospital startet høsten 2010 et behandlingsopplegg for pasienter med blant annet kroniske smerter. Behandlingsinstitusjonen heter Hysnes Helsefort og ligger i Rissa kommune i Sør Trøndelag. Staten har bevilget ca 18 millioner kroner til NTNU for videre forskning på denne behandlingsmetoden opp i mot helsefortet (Lilleberg 2011).

I henhold til de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleieren holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde (Yrkesetiske retningslinjer 2001).

Riktig behandling av pasienter med kroniske smerter er en utfordrende del av mange sykepleieres hverdag. Da vi fikk høre om ACT metoden ble vi inspirert til å skrive en bacheloroppgave som bygger på nyere forskning innen emnet. Vi ønsker å se nærmere på om ACT kan bidra til en bedre behandling av pasienter med kroniske smerter og om sykepleierne kan ha en rolle i denne behandlingen.

Selv om studier innen temaet er lovende, var det ikke enkelt å knytte resultatene opp mot sykepleiefaget. Vi har ikke funnet litteratur som beskriver sykepleierens rolle ved ACT behandling. Vi har derfor måttet oppsøke sykepleiere i Norge og Danmark som til daglig arbeider med metoden i behandlingen av pasienter med kroniske smerter.

Acceptance and commitment therapy hører til den såkalte "tredje bølge" av adferdsterapi, der forgjengerne har fokusert på å kontrollere adferden, og forholdet til tanker og følelser (Dahl og Lundgren 2010). ACT skiller seg fra forgjengerne ved istede for å lære folk å kontrollere sine tanker, følelser, opplevelser, minner og andre opplevelser, vil ACT lære mennesker å "bare legge merke til", akseptere, og omfavne tanker og følelser (Hayes og Smith 2005)

Acceptance and commitment therapy forkortes til ordet ACT, som uttales som ét ord, og ikke som initialer), ACT står ikke bare for acceptance and commitment therapy, men representerer en forkortelse som på engelsk blir oversatt til tre sentrale begreper i metoden; Accept, Choose og Take action (Dahl og Lundgren 2010).

1.1 Begrepsforklaringer

- I denne oppgaven kommer vi til å benytte oss av forkortelsen ACT. Med det mener vi Acceptance and commitment therapy.
- Hysnes helsefort og Smertesenteret i Odense benytter seg av ulike begrep når de omtaler personer som lider av kroniske smerter. Vi har valgt å benytte oss av begrepet "pasient" når vi omtaler disse personene i behandlingssammenheng.
- I artikkelen av Wicksell, Melin, Lekander og Olsson (2009) benyttes forkortelsen MDT (multidisciplinary treatment approach including amitriptyline). Dette er en tverrfaglig behandlingstilnærming som inkluderer bruk av medikamentet amitriptyline. Medikamentet ligger under legemiddelgruppen trisykliske antidepressiva og gjør at reopptaket av serotonin og / eller noradrenalin blokkeres fra synapser i hjernen. Legemidlet brukes for pasienter med blant annet depresjon og nevrologiske smerter (Spigset og Nordeng 2007).

- Vi har benyttet oss av forkortelsen VAS i denne oppgaven. Dette står for visuell analog skala, og brukes for at pasientene selv skal gradere sine subjektive symptomer. Ved hjelp av en fra for eksempel 0 - 10, markerer pasienten hvor intense symptomene er (Nylena 2009).

1.2 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven vil vi beskrive hva ACT er og hvordan metoden anvendes i behandling av pasienter med kroniske smerter. Vi kommer videre til å drøfte hvilken rolle sykepleiere kan ha i smertebehandling ved hjelp av metoden.

Vi velger å dele oppgaven i fire deler: metode, teori, drøfting og konklusjon. I metoddelen vil vi vise framgangsmåten vi har brukt for å finne litteratur, kritisk vurdere våre kilder og ta med noen etiske betraktninger. I teoridelen vil vi beskrive hva kroniske smerter er, kort beskrive kognitiv adferdsterapi og gjøre rede for hva ACT går ut på. På grunn av at ACT er nytt og ukjent for mange har vi valgt å legge betydelig vekt på hva ACT er i teoridelen. I drøftingsdelen vil vi se på om ACT er en metode som det er grunnlag for å satse på innen behandling av pasienter med kroniske smerter, og vi vil drøfte hvilken rolle sykepleiere kan ha i bruken av metoden. I konklusjonen vil vi svare på problemstillingen.

1.3 Begrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense drøftingsdelen av oppgaven til å se på hvilken effekt ACT har på pasienter med kroniske smerter og om metoden er kostnadseffektiv. Vi går i liten grad inn på andre former for behandling ovenfor pasienter med kroniske smerter. Her vil vi avgrense oss til å ta med noen artikler som har sammenlignet ACT med andre behandlingsformer. Vi tar utgangspunkt i voksne i arbeidsfør alder, men vil også berøre problemstillinger knyttet til barn og eldre.

Vi har videre valgt å drøfte hvilken rolle sykepleieren har dersom det blir satset på ACT som behandlingsform for kroniske smerter i Norge. Vi har valgt å se på både pasienter som ikke har blitt introdusert for ACT, som er under behandlingen av ACT og pasienter

som er ferdigbehandlet med ACT. Vi har videre valgt å avgrense drøftingen til sykepleie på sykehjem, hjemmesykepleie og sykepleie ved en sykehusavdeling. Vi vil ikke se på rollen til en sykepleier som jobber ved et helsefornt som Hysnes, et smertesenter eller andre avdelinger som har spesialisert seg på smertebehandling.

2.0 Metode

Vi baserer denne oppgaven på pensumlitteratur, nyere forskning, egne erfaringer, faglitterære bøker, fagartikler og uformelle samtaler

2.1 Framgangsmåte

Vi begynte letingen etter relevant litteratur allerede i januar for å være godt forberedt til skriveprosessen. ACT har ikke blitt tatt opp som emne i løpet av utdanningen vår. Det har dermed vært en utfordring å finne relevant pensumlitteratur om behandlingsmetoden.

For å samle kunnskap om emnet vårt har vi brukt databaser, faglitteratur, hospitering og uformelle samtaler.

Databasesøking

For å finne relevant forskning har vi benyttet oss av Academic Search Elite, evidence updates og PubMed. Se vedlegg 1 for PICO- skjema og antall treff.

Hospitering

Vi valgte å hospitere i både Norge og Danmark for å lære mer om hvordan ACT blir benyttet. I drøftingsdelen vil vi trekke inn egne erfaringer fra hospiteringene. Vi fikk tips om faglitteratur både i Danmark og Norge.

Uformelle samtaler med mennesker som arbeider med ACT

Fagpersonellet som har deltatt i uformelle samtaler/diskusjoner er; psykolog, overleger, sykepleiere, fysioterapeut og fagkoordinatorer. Disse samtalene, samt notater fra interne protokoller og hefter, har vi måtte benyttet oss av for å supplere teorien i drøftingsdelen. Grunnen til dette er at vi ikke har funnet publiserte kilder på hvordan ACT utføres ved

de enkelte institusjonene. De skriftlige kildene til hvordan man jobber både på Hysnes Helsefort og på Smertesenteret i Odense er lagt i permer og hefter som ikke er publiserte, men finnes på behandlingsstedene. Når det gjelder Hysnes Helsefort har vi i tillegg hentet ut skriftlig informasjon om opplegget fra St.Olavs sine hjemmesider. Den muntlige informasjonen kan i liten grad etterprøves, og vi vil derfor ikke vektlegge dette mye i vår oppgave.

2.2 Kildekritikk

Vi vil her vise hvordan vi har valgt ut våre kilder og hvordan vi har vurdert dem.

I oppgaven har vi ikke med forskningsartikler eller fagbøker om ACT som er eldre enn 7 år. Dette har vi bevisst gjort for å være oppdatert på ny forskning innenfor ACT-behandling.

Artikler

De artiklene vi har analysert er skrevet på engelsk, og ettersom en del av stoffet er skrevet i et avansert språk skal en ikke se bort fra muligheten av at vi har gått glipp av viktig informasjon eller vesentlige nyanser. Vi ville likevel lese artiklene på originalspråket for å utelukke at vi ikke leste en oversettelse der viktig informasjon kunne ha blitt feilaktig tolket.

Vi har sett på flere artikler, og har valgt å benytte oss av 3 randomiserte kontroll studier som omhandler ACT's effekt hos pasienter med kroniske smerter (den ene er en del av en doktorgrad). ”Dersom spørsmålet ditt handler om effekt av et tiltak, er randomisert kontrollert studie (RCT) den beste forskningsmetoden” (Kunnskapsbasert praksis).

Vi har kontrollert disse artiklene ut i fra CASP (Critical Appraisal Skills Program). Dette for å avgjøre om kildene er pålitelige. CASP finnes på PubMed (Guyatt, G. H., Sackett, D. L. & Cook, D. J 1994).

Ut i fra vår oversettelse av CASP skjemaet har vi, så langt det lar seg gjøre, søkt å vurdere artiklene etter følgende kriterier:

1. Stiller studien et konkret spørsmål?
2. Er det en randomisert kontrollstudie?
3. Var deltakerne hensiktsmessig fordelt til intervensjon og kontrollgruppe?
4. Var deltagere, helsepersonell og forskere, "blindet" i forhold til hvem som fikk de ulike behandlingstypene?
5. Var alle deltagere som var med i studien redegjort for i konklusjonen?
6. Fikk samtlige deltagere i alle gruppene lik oppfølging?
7. Hadde studien nok deltagere til å redusere sjansen for tilfeldig resultat?
8. Hvordan er resultatet presentert og hva er sluttresultatet?
9. Hvor presise er resultatene?
10. Var alle viktige funn tatt i betraktning slik at resultatet blir troverdige?

Selv om vi har prøvd etter beste evne å analysere artiklene etter CASP, har vi ikke kompetanse til å vurdere denne type forskningsresultater på en kvalifisert måte. Vi vil likevel påpeke styrker og svakheter ved studiene som vi mener å kunne se.

Navn på studiene: Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain - a randomized controlled trial av Wicksell m.fl. (2009) og

Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long - Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial av Dahl, Wilson og Nilson (2004).

- Svakheter : I begge studiene er det få som deltar og alle pasientene er på samme sykehus. Det var en stor overvekt av kvinner/jenter i begge disse studiene. Studiene kan dermed ikke sies å være fullt ut representative for befolkningen som helhet. Dette er begge svenske studier, noe som gjør det enkelt å adaptere til norske forhold. Studiene er dessuten utført av forskere som driver med ACT, og det kan av den grunn være særlig viktig å vurdere om dette kan ha påvirket resultatet til fordel for ACT. Noen innflytelse på resultatet vil de som lagde

studien uansett kunne ha. De kan for eksempel framheve det de synes er gode funn, og skrive mindre om det de ikke vil at skal komme fram.

- **Styrker:** For å motvirke en slik påvirkning har man i den ene studien brukt en sykepleier, som var “blindet” og som ikke tok del i studien på noen annen måte, til å utføre testene. I den andre var det brukt en rekke anerkjente og velbrukte hjelpemidler/spørreskjema for å finne ut om ACT har effekt. Som for eksempel SF-36, VAS og PARIS.

Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment (2010) av Linn - Heidi Lunde, er også en randomisert kontrollstudie. Denne fikk vi bestilt på biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik.

- **Svakheter:** Kontrollgruppen fikk ikke lik oppfølging som ACT- gruppen. ACT- gruppen fikk ukentlige møter, mens kontrollgruppen fikk ukentlig oppfølging over telefon. 37 pasienter fullførte studien og få av disse var menn.
- **Styrker:** En blindet sykepleier deltok i randomiseringen av pasientene. Det er redegjort for alle de som deltok, også de som trakk seg underveis. Studien omhandler ACT behandling av pasienter med kroniske smerter, og er utført i Norge. Dette gjør at studien gir et realistisk bilde på effekten av ACT i Norge, og passer godt inn i vår oppgave.

Meditation forandrer vores hjerner:

Vi har med en artikkel om meditasjons påvirkning i kroppen. Denne artikkelen er utgitt på videnskap.dk, som er et uavhengig nyhetsmedie, der det formidles nyheter om dansk og utenlandsk forskning. Den er skrevet av journalist Lasse Foghsgaard. Han har intervjuet Peter Vestergaard-Poulsen, som er M.Sc. (biomed.eng.), Ph.D. Associate Professor, og koordinator av Neuroconnectivity research ved Center of functionally integrative neuroscience.

- **Svakheter:** Artikkelen er utgitt i en uavhengig nyhetsmedie.
- **Styrker:** Intervjuobjektet har en solid bakgrunn innen fagfeltet. Artikkelen er publisert i 2009.

Oppmerksomt nærvær: En fellesfaktor i psykologisk behandling (2007) av Torkil Berge og Aksept og forpliktelsesterapi: En adferdsanalytisk psykoterapi (2007) av Børge Holden:

Vi har valgt å ha med to norske artikler som er hentet fra tidsskrift for Norsk Psykologforening. Den ene er skrevet av Børge Holden, sjefspsykolog ved Habiliteringstjenesten i Hamar, Sykehuset Innlandet. Psykolog Torkil Berge har skrevet den andre.

- **Svakheter:** Deler av det vi har brukt i Holden og Berge sine artikler er sekundærkilder.
- **Styrker:** Begge artiklene er publisert i et fagblad, tidsskrift for Norsk Psykologforening. Holden henviser til Steven Hayes (grunnlegger av ACT) i sin artikkel. Begge artiklene er utgitt i 2007.

Suksess med samhandling (2011):

Vi har henvist til et intervju av Karin Viken Sumstad og Linda Vaagan om Hysnes Helsefort, skrevet av Mads Arind Holmvik. Utgitt i KLP magasinet. Karin Viken Sumstad er daglig leder ved Hysnes Helsefort og Linda Vaagan er psykolog ved Helsefortet.

- **Svakheter:** Intervjueren kunne ha feiltolket svar fra intervjuobjektene, og brukt det intervjuobjektene sier i en annen kontekst enn det som var intensjonen.
- **Styrker:** Intervjuobjektene er primærkilder på hvordan behandlingen foregår på Hysnes Helsefort.

Hospitering:

Vi har hospitert og hatt uformelle samtaler med fagpersonell for å tilegne oss mer kunnskap om ACT og om sykepleierens rolle. Det vi har lært av dette har vært viktig for vår forståelse av metoden men vi har ikke vektlagt informasjon hentet gjennom slik hospitering og samtaler mye i oppgaven, fordi dette er en subjektiv og ikke etterprøvbar kilde.

2.3 Etiske betraktninger

Vi har forhørt oss med psykologen ved Hysnes Helsefort, Linda Vaagan, om å benytte hennes navn i vår oppgave, noe som ble godkjent pr. mail. Både Hysnes Helsefort og Smertesenteret ved Odense Universitetssykehus hadde ønsket om at vi skulle benytte oss av deres navn i vår oppgave, og ikke anonymisere. Vi har også laget avtaler med disse om at de skal få tilsendt vår oppgave når den er ferdig.

3.0 Teori

3.1 Kroniske smerter

Hva er smerter?

Smerter er den hyppigste årsaken til at folk kontakter lege (Almås 2001). Smerte er en individuell opplevelse som ikke objektivt kan måles. Det kan være vanskelig å forstå et annet menneskes opplevelse av smerte. Noen typer smerte er det lett å finne årsak til, og de rundt forstår at smerten er reel og viser omsorg. Dersom en ikke finne klare årsaker til smerten vil pasienten være avhengig av at helsepersonell tror på det vedkommende sier. Det å ikke bli trodd kan være en stor påkjenning, av og til en større påkjenning enn selve smerten. For mange av pasientene kan det få en diagnose være en lettelse. Om en pasient med smerter får god smertelindrende behandling avhenger av hvordan helsepersonellet tolker pasientens smerte. Kroniske smerter er smerter som har vart i over 3 måneder, der det ikke ser ut til at den vil forsvinne av seg selv (ibid).

Fra vi er barn blir vi lært opp til hva som er akseptabel adferd i forhold til smerte. Vi lærer av våre foreldre og nærmiljø hvordan man skal oppføre seg i forhold til den. Det kan også være ulike måter å uttrykke smerte på i ulike kulturer (ibid).

Hva påvirker opplevelsen av smerte?

Smerte kan påvirkes av forventninger og sinnstilstand ved at blant annet å påvirke synapsene i nervefibre fra høyere nivåer i sentralnervesystemet. For eksempel kan negative forventninger til en type behandling kan føre til forsterket smerteopplevelse (Sand m.fl. 2006).

Sykepleieoppgaver i forhold til smerte

Som sykepleier må en finne ut av hvordan smertene påvirker pasienten. Fører smerten til noen form for nedsatt funksjon? Gjør pasienten noe for å forhindre smertene? Hva gjør at smertene blir verre og hva lindrer? Hvilke psykiske påkjenninger fører smertene til? Har smertene påvirket pasientens forhold til sine nærmeste? Hvordan er pasientens arbeidssituasjon og økonomi?

Det er viktige spørsmål som er avgjørende for hvordan en skal behandle pasienten, og om det er noe annet enn selve smerten som bør ordnes før behandlingen starter (Almås 2001).

Etiske hensyn i smertebehandling

Sykepleiere har med seg sine erfaringer og skjønn inn i behandlingen av pasienter. Det er viktig å være klar over at vi er ulike og at den enkelte har en personlig opplevelse av smerte. Det at sykepleiere jobber mye med lidelse kan føre til at sykepleieren distanserer seg fra pasientenes smerter (ibid).

Joce Travelbee er opptatt av at sykepleieren og pasienten er to unike individer. Hun setter empati og sympati som to viktige faktorer for å bygge et menneske-til menneske forhold mellom sykepleier og pasient. Empati krever i følge Travelbee at sykepleieren har en lignende erfaring som det pasienten nå går gjennom. Evne til empati fra sykepleieres side kan forhindre at sykepleieren dømmer pasienten ut i fra egne fordommer og for eksempel tenker at vedkommende er skyld i sin egen sykdom. Det kan skje ubevisst hos sykepleieren at de danner seg et positivt eller negativt bilde av pasienten. Travelbee sier at sympati i en pasient- sykepleie-relasjon vil være at sykepleieren bryr seg om pasienten, og har vilje til å handle og gjøre det som er det beste for pasienten (i følge Slettebø 2009).

3.2 Kognitiv adferdsterapi

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at atferden og symptomer kommer av tanker. Målet med denne formen for terapi er å få pasienten til å tenke rasjonelt i ulike situasjoner. Mange av formene for kognitiv terapi trekker også inn adferdterapeutiske elementer, og kalles derfor kognitiv adferdsterapi. En analyserer pasientens problemer ved at pasienten forklarer hva som hender før, under og etter den problematiske situasjonen oppstod. En forsøker å utfordre negative tanker og å finne alternative løsninger. Kognitiv terapi kan benyttes ved flere lidelser som for eksempel alminnelige depresjoner, angst og somatisering (Kringlen m.fl. 2008).

3.3 Acceptance and commitment therapy

ACTS HISTORIE

Adferdsterapien deles inn i tre generasjoner. Førstegenerasjons adferdsterapi (1950 - 1960) hadde stor vekt på å analysere adferd og å endre adferden gjennom direkte erfaringer. Andre generasjons adferdsterapi (fra 1970) inkluderte kognitiv terapi og pasientens språk og kognisjon fikk mer fokus. Det ble et skille mellom adferdsanalyse og kognitiv adferdsterapi. I tredjegerasjonen adferdsorientert behandling er adferdsanalyse på ny blitt viktig. Denne tredje generasjonen har flere retninger, men den mest omfattende er sannsynligvis ACT (Holden 2007).

Hva er ACT?

ACT er en form for kognitiv adferdsterapi. Den største forskjellen mellom ACT og andre metoder for å behandle kroniske smerter, er at de fleste andre behandlingsmetoder forsøker å gi pasienten "verktøy" som kan brukes for å unngå smerte. ACT sikter på en annen side mot å endre på holdninger og forventninger, slik at pasienten ikke lenger kjemper mot sine smerter, men frigjør energi for å sette seg oppnåelige mål i livet. Men

for at en pasient skal kunne benytte seg av ACT, kreves det at han/hun er klar til å se smertene i øynene som noe kronisk, men ikke nødvendigvis livslangt (Dahl og Lundgren 2010).

I boken "Get out of your mind & into your life" av Steven Hayes med Spencer Smith (2005) brukes begrepet kvikksand som en metafor for smertene. De beskriver en person som har havnet i denne kvikksanden, som kjemper en nådeløs kamp mot å drukne. Og desto mer personen kjemper, jo lengre synker han ned. De lager et bilde av hvordan det å kjempe mot smertene, kan få en person til å kjempe til han drukner. Og den eneste måten å bekjempe kvikksanden på, er å arbeide *med* kvikksanden. Man skal legge seg på ryggen og få mest mulig overflate. Da vil personen gi kvikksanden størst motstand, og ikke bli trukket ned i dypet. Dette blir oversatt til at man skal akseptere den situasjonen man er i, og ikke bruke alle krefter på å kjempe til det ikke er mer energi til sitt eget liv.

ACT bygger på to tanker:

1. Man skal akseptere smerter man ikke kan gjøre noe med.
2. Aksepten vil gjøre slik at man kan bruke sin energi til å ta valg som hjelper pasienten til å leve et liv der han/hun tar valg som gjør pasienten mer levende og full av energi (Dahl og Lundgren 2010).

Definisjon:

"Med accept menes det at velge at se, rumme og udholde både den indre og den ydre virkelighed uden at flygte, undvige, forvrænge eller dømme den og at handle konstruktivt ud fra denne virkelighed på en måde som fører en imods ens egne værdier og mål" (Kåver 2007 s. 30).

ACTs syn på helse og lidelse

ACT tar utgangspunkt i at smerte er normalt, og at det er en del av det å være menneske. Alle mennesker vil oppleve ulike former for smerte, om de lever lenge nok. Det skal derfor ikke bekjempes, men heller aksepteres. Dersom man skulle skjerme mennesker fra alt som var ubehagelig måtte man ha lagt alle i koma (Holden 2007). Når ACT ser på lidelse som uunngåelig, kan dette ses i motsetning til WHO's definisjon av helse som er: "WHO definition of Health: Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1948).

Gjennomføring av ACT

Vi vil her presentere hvordan ACT i grove trekk blir gjennomført

Gjennomføringen av ACT kan deles inn i 6 punkter (Holden 2007). Jo Anne Dahl og Tobias Lundgren (2010) har skrevet om de fem første punktene:

1. Kreativ håpløshet hva har pasienten forsøkt tidligere? Hva har mislyktes? Hvis pasienten ikke orker flere behandlingsforsøk bør han/hun unngå ACT.

2. Kontroll er problemet, ikke løsningen: Jo mer pasienten forsøker å kontrollere tanker og følelser jo større plass får disse tankene /følelsene. ACT bygger på at pasientens lidelse er forårsaket av smerte, og det er lidelsen man skal eliminere. Dagens samfunn gir ikke rom for smerter. Det finnes utallige smertestillende medisiner, og kulturen lærer oss at vi kan leve et liv helt uten smerter. Det gjør det vanskelig for pasienten med kroniske smerter å akseptere smertene sine. Man begynner derfor å leve livet sitt på en kontrollert måte, slik at man på best mulig måte kan unngå smerte. Pasienten innskrenker livet sitt ved å slutte å gjøre ting som kan trigge smertene. Denne typen kontroll mener ACT at skaper lidelse.

3. Bygge aksept ved å defusjonere språket: I ACT brukes ordet kognitiv defusjon. Det er den teknikken som brukes for å skape avstand til sine tanker. Ordet defusjon er laget

av ACT - terapeuter for å beskrive denne prosessen. Her lærer pasientene å skille mellom tanker og sannhet. Defusjonen gjør det mulig for pasienten å se at tankene behøver ikke å styre livet, men man kan styre dem! Når pasienten kan se på sine tanker, i stedet for å se ut fra dem, kan pasienten ta beslutninger som beriker livet. Defusjonen vil ikke eliminere smertene, men vil kunne gi en økt livskvalitet.

I boken "Slip smertene" av JoAnne Dahl og Tobias Lundgren (2010), får pasienten i oppgave om å skrive ned dette:

Jeg er et menneske som:.....

Det beste med meg er:.....

Det verste med meg er:.....

Det som er viktig for pasienten å forstå etter denne øvelsen er at disse svarene er bare en brøkdel av hva pasienten egentlig er. Ingen er bare én ting! Pasienten kunne ha skrevet mange egenskaper ved seg selv, og dette belyser at smertene er ikke alt. Pasienten er ikke bare sine smerter.

En annen metode å lære seg kognitiv defusjon på, er å bytte ut ordet men med og. For eksempel:

Jeg har lyst til å dra på kino MEN jeg har store smerter

Jeg har lyst til å dra på kino OG jeg har store smerter

Her ser man hvor stor forskjell det er på å bytte ut et enkelt ord. Ordet MEN hindrer pasienten i å gå på kino, men ordet OG tillater det. Det er bare tankene som setter en stopper.

4. *Oppdage seg selv løsrive selvet.* Dette går ut på å lære seg å betrakte private hendelser objektivt. Det er viktig å lære å skille mellom seg selv og private hendelser. Dette gjøres ved mindfulness, en meditasjonsmetode som blir aktivt brukt ved ACT. Denne metoden blir beskrevet senere i denne oppgaven.

5. *Verdier* Man skal finne ut hva pasienten ønsker å oppnå med sitt liv. Nå skal pasienten velge hvordan han/hun vil leve livet sitt. Eksempel på metoder for å få frem pasientens verdier er å få pasienten til å skrive en tale til sin egen begravelse. Pasienten oppfordres også til å lage et verdikompass, som er et verktøy for at pasienten skal lettere kunne se hva som er viktig for han/henne, og hvilke valg som må tas for å leve det livet pasienten lengter etter. Vi har fra våre hospiteringer observert at verdikompasset ble brukt både på Hysnes Helsefort og ved Odense smertesenter (Dahl og Lundgren 2010).

6. *Villighet og forpliktelse: omsette ACT i handling*: Pasientene skal trene på ferdigheter, ved for eksempel å ikke unngå ubehagelige situasjoner. En skal handle etter egne mål og verdier og ikke la seg styre av ubehagelige tanker/følelser (Holden 2007).

Hvilken effekt har ACT i forhold til pasienter med kroniske smerter?

ACT's effekt på voksne:

Det er mer effektivt å benytte seg av ACT i tillegg til medisinsk behandling, enn kun medisinsk behandling for å få ned antall sykedager hos pasienter som sliter med stress og/eller kroniske smerter (Dahl, Wilson og Nilson 2004). Studien viser at ACT drastisk kan redusere bruken av medikamenter hos denne pasientgruppen. Noe av årsaken til dette kan være det at man i ACT ikke fokuserer på at symptomene skal forsvinne helt, men at pasienten evner å jobbe på tross av at symptomene er tilstede. Den gruppen som ble behandlet ved hjelp av ACT hadde en liten økning av livskvalitet mens hos den gruppen som fikk ren medisins behandling ble livskvaliteten noe svekket. Det var ingen signifikant forskjell.

Forskerne skriver at spørreskjemaet som er brukt (LSQ) blant annet omhandler nivåer av ulike symptomer, og at det derfor er mulig ACT hadde kommet enda bedre ut dersom en hadde benyttet seg av et mer tilpasset skjema. Hos en pasient som er gjennomgått ACT- behandling vil ikke symptomene nødvendigvis være redusert selv om behandlingen har god effekt.

ACT gruppen skulle ha flere timer i behandling sammenlignet med kontrollgruppen, dette på grunn av at ACT behandlingen kom i tillegg til den medisinske. Men de som

ble introdusert for ACT hadde i snitt mange færre medisinske besøk i oppfølgingsperioden enn det kontrollgruppen hadde. Kontrollgruppen oppsøkte oftere lege på egen hånd i oppfølgingstiden (ibid).

ACT's effekt på eldre:

Linn-Heidi Lunde disputerte i 2010 for PhD-graden ved Universitetet i Bergen med avhandlingen: "Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment". En av hennes delstudier sammenlignet ACT i kombinasjon med kognitiv terapi med medikamentell behandling. Den psykologiske behandlingen ble gitt i grupper over en periode på åtte uker. Studien viser at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom de to gruppene umiddelbart etter at behandlingen var avsluttet. Men ved oppfølging seks måneder etter endt behandling fant hun at det var signifikante forskjeller. De av pasientene som hadde fått psykologisk behandling opplevde lavere smerteintensitet, redusert angst og bedre opplevd fysisk fungering sammenliknet med dem som hadde mottatt medikamentell behandling (Lunde 2010).

ACT's effekt på barn:

Hos barn med kroniske smerter brukes bare Ikke-medikamentell behandling som supplement til medikamentell behandling (Grønseth og Markestad, 2005). Wicksell, Melin, Lekander og Olsson (2009) sammenligner i sin studie ACT behandling og MDT hos barn med kroniske smerter.

Det var ingen forskjell mellom gruppene etter endt behandling når det kom til barnets funksjonsnivå (FDI-child og FDI- parent) eller i SF-36: psykisk skala. Ellers kom ACT gruppen signifikant bedre ut på en rekke ulike målinger som ble gjort. Dette er spørreskjema/verktøy som for eksempel PARIS, VAS, TKS og CES. De som deltok i MDT-gruppen fikk omtrent dobbelt så mange timer i behandling sammenliknet med ACT-gruppen. På tross av dette fikk ACT-gruppen mye bedre resultat. I denne studien skriver de at ACT ville vært mer økonomisk enn MDT, og samtidig ha en bedre effekt.

Livskvalitet

Målet med ACT er å kunne leve best mulig med sine smerter, og dermed øke sin livskvalitet. Livskvalitet er et stort begrep som det kan være vanskelig å definere. Flere av de studiene vi har med i vår oppgave måler effekten av ACT ved å se på endringer i livskvalitet. Vi har valgt å ta med en definisjon utviklet av WHO, som vi synes passer inn i vår oppgave.

“Personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdssystem de lever, i relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser” (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005 bind 1 s. 48).

3.4 Mindfulness

Hva er mindfulness?

Meditasjon i sammenheng med kognitiv terapi er noe nytt som har kommet i den senere tiden (Foghsgaard 2009). Mindfulness er en type meditasjon som brukes som et hjelpemiddel i arbeidet med ACT. Mindfulness brukes her som et verktøy til å få pasienten til å akseptere tanker, og leve i nuet.

Prinsippet med akseptering og oppmerksomt nærvær (mindfulness) er ikke et nytt fenomen. Det stammer fra buddhismen og dens psykologi, der meditasjon er en stor del av religionens ideologi. I dag kalles denne måten å arbeide med kognitiv terapi “en tredje bølge” innenfor dette fagfeltet (Berge 2007).

Mindfulness basert kognitiv terapi går ut på at mennesket lærer å skape avstand til negativ pessimisme og selvkritikk. Denne måten å takle de negative tankene på, er et verktøy for å minske smerte og gi økt livskvalitet. Dette kan man oppnå ved meditasjon (ibid). Man kan også øve på oppmerksomt nærvær i det daglige, for eksempel være oppmerksom på vinden som blåser i trærne, eller fokusere på sin egen pust.

Hvilke forandringer skjer i kroppen under meditasjon?

Vitenskapen har i mange år hatt kunnskap om hvilke fordeler meditasjon gir kroppen. Meditasjonen gir oss senket hjerte og respirasjonsfrekvens, og påvirker mengden av stresshormonet Cortisol som skilles ut (Foghsgaard 2009)

Forskning viser at meditasjon som f.eks mindfulness ikke bare gjør at man slapper av og minsker stress, men det forandrer hjernestammen (ibid)

“Våre hjerneskaninger viser, at folk, som mediterer daglig over en lengere periode, har en større tetthet av den såkalte grå massen i de to områder. Vi forventer ikke, at den større tetthet skyldes, at det er kommet flere nerveceller gjennom meditasjonen, men derimot at forbindelsen mellom de forskjellige nervecellene er blitt mer tett og kompleks.” (ibid).

Når de undersøkte hjernen, fant de forandringer i frontallappen. Det er det området som sender signaler om hvordan vi har det. Det andre området med forandringer var den autonome delen av hjernen. Denne delen styrer hjerterytmen og åndedrett. Dette området heter “den forlengede ryggmarg”. Disse forandringene kommer ikke umiddelbart, men over tid. Det vil si at når hjernen påvirkes over tid med meditasjon, vil hjernens anatomi forandres i disse to områdene (ibid).

“Helt nye undersøkelser har vist, at meditasjon kan øke vår oppmerksomhet og dempe stressrelaterte symptomer allerede innenfor fem dager. Spørsmålet er så, om forandringene i hjernen trer i kraft innen for den samme periode, eller om det vil ta måneder eller år. Det blir spennende å se, sier Peter Vestergaard-Poulsen”. (ibid)

Grunnelementer

Meditasjon og oppmerksomt nærvær er vanskelig å oppnå, og det krever trening og øvelse. Man skal trene på å:

Beskrive det man opplever, hva skjer, hvordan og hvorfor? Tenke over hvilken sammenheng det skjer i.

Gjøre, uten å evaluere egen innsats. Man trenger ikke være perfekt, eller strebe etter å gjøre meditasjonen korrekt. Det skal bare være tid og rom for å forenes med vår pust,

kropp og omgivelser.

Akseptere følelser og tanker, og tenke på hva man føler og ikke hvorfor. Man skal la tankene komme å gå som de vil, uten at man holder igjen på de, eller stenger de ute.

Aksepter og gi slipp.

Når man mestrer denne tankegangen kan man åpne seg selv for å se mulighetene og kravene i situasjonene man møter (Berge 2007).

“Hvis en forsøker å håndtere sterkt ubehagelige tanker og følelser ved å skyve dem vekk, eller prøve å kontrollere dem, blir de ofte bare sterkere. All endring forutsetter anerkjennelse av det som faktisk er. Ved å la være å prøve å bli noe vi ikke er, og heller akseptere oss selv som vi er, kan vi paradoksalt nok styrke våre muligheter for endring og videre utvikling” (Berge 2007).

Når man bruker mindfulness lar man tankene komme og gå, uten å la de gå inn på seg. Man skal observere tankene sine, akseptere og gi slipp, slik at man ikke styres av dem.

Utførelse

Når en pasient med kroniske smerter skal utøve mindfulness er det viktig at pasienten setter av faste tider til meditasjonen. Dette er fordi mindfulness krever øvelse, og hvis man bare mediterer når man plutselig får lyst, vil det ta lang tid før pasienten mestrer det.

Det finnes ingen fasit eller grenser på hvordan man kan utøve mindfulness, men i starten bør man sette av ca en halv time to- tre ganger i uken (Dahl og Lundgren 2010). Hvor man utøver minfulness spiller egentlig ingen rolle, for etter hvert som man blir vant til meditasjonen, vil man også kunne stenge ut lyder eller distraherende faktorer. Men i starten kan det være en fordel å bruke et rom man er alene i (ibid).

Når man så skal utføre meditasjonen, skal man sette seg i det iakttagende selvs perspektiv. Man skal betrakte tanker og følelser, akseptere de og gi slipp. Begynner meditasjonen med å tenke over; Hvor er jeg? Hvilke lyder hører jeg? Hva lukter jeg? Så kan man gå over til sin egen kropp, og se hvilke tanker som dukker opp. Akseptere

tankene, og gi slipp på dem (ibid).

“Du registrerer tanker, følelser og kroppsforneemmelser som kommer og går, som skyer som driver forbi på himmelen” (Berge 2007).

Hvordan er forholdene i dag? Har vi et godt behandlingstilbud for denne pasientgruppen?

Hysnes Helsefort er, som en kjenner til, den første institusjonen i sitt slag, som er underlagt spesialisthelsetjenesten (Lilleberg 2011). På Hysnes Helsefort jobber det psykolog, lege, treningsfysiolog, manuellterapeut, fysioterapeut, ergoterapeut, nevroviter, lærer, sykepleier og sosionom for å hjelpe pasienter med blant annet kroniske smerter ut i arbeid (St. Olavs Hospital, Tilbake i arbeid. 2011). På Hysnes Helsefort får pasientene være i 23 dager. De benytter seg av individuelle samtaler, gruppesamtaler og praktiske oppgaver. Tema som blir tatt opp er for eksempel smerte fysiologi, søvn, oppmerksomhetstrening og meditasjonsteknikker (mindfulness). Psykolog Linda Vaagan har utviklet noe som heter ArbeidsACTiv der har hun inkludert verdikompasset. Dette er noe de arbeider aktivt med på Hysnes Helsefort. Pasientene har jevnlig kontakt med Hysnes Helsefort i 6 mnd etter avsluttet behandling (Holmvik 2011).

En vet enda ikke med sikkerhet om denne behandlingsmetoden blir en del av den “normale” behandlingen av pasienter med kroniske smerter i Norge. Resultatet av den forskningen en nå driver på Hysnes tror vi vil kunne påvirke hvordan en behandler kroniske smerter i Norge i fremtiden. Og dermed også vil ha påvirkning for sykepleiernes oppgaver i forbindelse med denne pasientgruppen.

4.0 Drøfting

Vi vil med bakgrunn i tilgjengelig litteratur se på hvilken effekt ACT antas å ha på pasienter med kroniske smerter. Vi vil videre se på kostnadene ved metoden i forhold til effekten. Vi vil deretter drøfte hvilken rolle sykepleieren vil kunne få i behandlingen av pasienter med kroniske smerter dersom ACT blir en del av behandlingsopplegget.

4.1 Hvilke effekter har ACT på pasienter med kroniske smerter?

Det er gjort mange studier på effekten av ACT, noen av disse har tatt utgangspunkt i pasienter med kroniske smerter. Lundes studie synes å vise at eldre med kroniske smerter ikke har umiddelbart effekt av ACT og kognitiv terapi, men langtidseffekten på kroniske smerter er bedre enn for medisinsk behandling (Lunde 2010). Sammenlignet med medisinsk behandling alene fører ACT i kombinasjon med medisinsk behandling til en signifikant reduksjon av antall sykedager og behovet for medikamenter (Dahl, Wilson og Nilson 2004). ACT har vist gode resultater for barn som lider av kroniske smerter (Wicksell m.fl. 2009). Disse studiene har kommet frem til at ACT har effekt hos pasienter med kroniske smerter i ulike aldersgrupper.

Vi har sett på barn, pasienter i arbeidsfør alder og eldre, og synes derfor det vil være naturlig og også skrive noe om palliative pasienter. Vi har ingen studier som sier noe om effekten av ACT hos pasienter som får palliativ pleie og som har mye smerter. På en palliativ avdeling har de muligheten til å bli smertelindret, samtidig som de er innlagt over en litt lengre periode for utredning. Det kunne vært en mulighet å introdusere deler av ACT, som for eksempel fokus på å leve i nuet, ikke å tenke for mye på framtiden eller ting som har skjedd før. Hvis man skulle ha brukt ACT i slike situasjoner, tror vi at man måtte ha kartlagt hvilke pasienter som er aktuelle for denne typen behandling. Vi har tidligere i oppgaven skrevet om at livssituasjon er viktig for at ACT skal fungere og at det krever stort fokus fra pasientens side.

Redusert medisinbruk, mindre bivirkninger og redusert avhengighet

ACT reduserer behovet for medikamenter (Dahl, Wilson og Nilson 2004). Mange av pasientene med kroniske lidelser vil benytte ulike typer medikamenter. Ulempene ved medisinbruk er de mange bivirkningene som følger med. Opoider som brukes i behandlingen av denne pasientgruppen er avhengighetsskapende, og det er alltid en fare for misbruk (Spigset og Nordeng 2007). En kan ved for eksempel bruk av Kodein også få en toleranseutvikling der effekten av medikamentet avtar og blir erstattet av abstinenser (ibid). Amitriptylin blokkerer blant annet histaminreseptorer, dette fører til en sterk sedativ/hypnotisk effekt. Hensikten med ACT er ikke nødvendigvis å slutte med behandling med opoider, amitriptylin eller andre medikamenter til denne pasientgruppen. ACT kan brukes som et supplement til medikamenter. Det blir viktig å samarbeide med pasienten om eventuelt nedtrapping som følge av at pasientene bruker ACT. Dersom ACT kan redusere bruken av medikamenter, vil dette i seg selv kunne føre til bedret livskvalitet. For eksempel vil pasientene kunne bli mer våkne og få mer overskudd.

Færre sykedager

Dahl, Wilson og Nilson (2004) viser i sin studie at ACT førte til at antall sykedager ble redusert. Men det er ikke alle pasienter med kroniske smerter som er i jobb. På Hysnes er det å skaffe seg en jobb et viktig mål med oppholdet (St. Olavs Universitetshospital, Tilbake til arbeid 2011). Men forskningsresultatene fra Hysnes er enda ikke kommet (Lilleberg 2011). Derfor vet vi enda ikke i hvor stor grad ACT fører til at pasientene når dette målet.

Redusert smerteintensitet, forbedret livskvalitet og funksjon

ACT-basert behandling kan bidra til å forbedre livskvalitet og signifikant redusere smerteintensitet hos barn med kroniske smerter (Wicksell m.fl. 2009). ACT skiller seg ikke mye fra medisinsk behandling når en ser på smerteintensitet, men livskvaliteten blir noe forbedret ved ACT - behandling, men dette er ikke et signifikant funn (Dahl, Wilson og Nilsson 2004).

ACT fører på sikt til at pasienter med kroniske smerter får redusert smerteintensitet, økt fysisk funksjon og redusert angst (Lunde 2010). ACT kan i følge disse studiene

redusere angst, øke pasientens fysiske funksjon, redusere smerteintensiteten og bidra til bedre livskvalitet.

Etter samtale med overlegen ved Smertesenteret på Odense universitetssykehus kom det frem at dette ikke helt stemte overens med hvordan de opplever effekten av ACT hos sine pasienter i praksis. Han mente at VAS-skåren i gjennomsnitt bare gikk ned 1 fra behandlings start til behandlingen var avsluttet. Men pasientene hadde fått en bedring i livskvalitet, og fungerte mye bedre i hverdagen, noe som er i tråd med det Wicksel m.fl.(2009), Dahl m.fl.(2004) og Lunde (2010) kom frem til i sine studier.

Ved Hysnes Helsefort er det en pågående studie omkring effekten av ACT i forbindelse med kroniske smerter. "Ca 18 millioner skal brukes til forskning i driftsperioden.

Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU er ansvarlig for forskningen" (Lilleberg 2011).

Det vil bli spennende å følge med forskningsresultatene fra Hysnes Helsefort for å se hvordan behandlingen der virker i forhold til redusert smerteintensitet, forbedret livskvalitet og funksjonsevne for pasienter med kroniske smerter.

4.2 Hvordan blir kostnadene i forhold til effekten?

Selv om effekten av en behandlingsmetode er god, må en veie dette opp i mot kostnadene. "Ulike behandlingsformer sammenlignes på en slik måte at både de ekstra leveårene og den livskvaliteten som pasienten vinner, trekkes inn som vurderingskriterier - i tillegg til de økonomiske kostnadene"(Hallandvik 2002, s. 152).

Reduserte kostnader

Pasienter som blir behandlet med ACT får omtrent halvparten så mange behandlingstimer sammenlignet med de som behandles med MDT. På tross av dette gir ACT bedre resultater (Wicksell m.fl. 2009). Pasienter som behandles med ACT i tillegg til medisinsk behandling vil ha flere timer i behandling sammenlignet med de som kun får medisinsk behandling. Men på sikt trenger de som kun får medisinsk behandling flere timer hos lege enn de som er introdusert for ACT (Dahl, Wilson og Nilson 2004). Men hva om pasienten kan bli smertelindret ved hjelp av tabletter? ACT- behandling krever mye tid og et godt tverrfaglig team. Noe som sannsynligvis vil bli dyrere enn at

pasienten tar noen tabletter om dagen. På den andre siden vil ACT være noe pasientene kan ha utbytte av resten av livet, slik at de unngår å bruke store mengder medikamenter. ACT vil kunne være svært ressurskrevende de ukene pasienten går i behandling, men reseptbelagte medikamenter over lang tid fører også til utgifter for staten. På bakgrunn av dette kan kanskje ACT føre til reduserte utgifter, på lang sikt.

Erfaringer fra Hysnes Helsefort og smertesenteret i Odense

I Odense bor pasientene hjemme i tiden de driver med smertetaklingskursene. Brukerne kommer på kurs en gang i uken. Man kan argumentere for at når pasientene bor hjemme så koster det staten mindre penger i form av at en unngår kostnadene med for eksempel å ha rom til alle pasientene, utgifter som elektrisitet, oppvarming, vann, mat og vedlikehold. Dersom man møtes kun en gang i uken vil det bare være nødvendig å ha et rom tilgjengelig. Men er et Helsefort mer effektivt og økonomisk? På Hysnes er et viktig mål å få flest mulig av brukerne ut i arbeid, noe som gir staten mer arbeidskraft og mer skattepenger. Pasientene har ikke like langvarig, men en mer intens behandlingsprosess, noe som kan føre til at de også bruker kortere tid på å bli "friske nok" til å komme seg ut i jobb. Dette kan gi en økonomisk fordel.

Komme ut i arbeid

Travelbee sier at sykepleieren ikke bare skal hjelpe et individ men også en familie og et samfunn (i følge Slettebø 2009). Helsepersonell som arbeider med ACT skal hjelpe pasienten med både å håndtere smertene sine på en fornuftig måte og å styre livene sine etter sine livsverdier og ikke etter smertene. Dersom pasientene får seg jobb eller greier å beholde en jobb, vil dette påvirke familien og kunne føre til bedre økonomi. Dette gjelder også for samfunnet, i og med at en da ikke trenger å betale pasienten trygd. En pasient som kan rehabiliteres vil kunne bidra til fellesskapet gjennom ulik verdiskaping i samfunnet. Pasienten vil da bli en ressurs for både samfunn og familie.

4.3 Hvilken rolle vil sykepleieren kunne få i behandlingen av pasienter med kroniske smerter dersom ACT bli en del av behandlingsopplegget?

Sykepleierens rolle i forhold til pasienter som ikke er introdusert for ACT

Informere om ACT

Som sykepleier kan man møte pasienter som lider av kroniske smerter på flere arenaer. Det er sannsynlig at noen av dem man møter ikke føler seg godt nok behandlet, eller at en ser at smertene forhindrer pasienten i å leve i tråd med sine livsverdier. Det vil være viktig å kartlegge hvilke metoder pasienten har forsøkt tidligere, og hvilket utbytte pasienten har hatt av dette på kort og lang sikt. Dette er noe som kan gjøres både på en sykehusavdeling, et sykehjem og i hjemmet. Det krever at man har mulighet til å sette av litt tid, slik at også pasienten har muligheter til å få svar på eventuelle spørsmål. I lov om spesialisthelsetjenesten står det at opplæring av pasient og pårørende er en av sykehusets hovedoppgaver (§ 3-8). Ettersom liggetiden er kort, gir sykehusoppholdet sjeldent rom for undervisning og opplæring av behandlingsmetoder (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005). Vi mener at sykepleieren da, i samarbeid med lege, kan vurdere å informere om ACT hvis pasienten ser ut til å være en passende kandidat.

Videre kan sykepleieren hjelpe pasienten med å få snakket med sin fastlege eller med det lokale smertesenteret om muligheten for å delta på kurs eller å få behandling på en institusjon. Men dersom pasienten ikke er motivert for dette bør ikke han/hun tvinges til denne type behandling. Det er viktig at dette er noe pasienten selv ønsker. Behandlingen passer best for pasienter som er motivert og engasjert i sin egen helse, og som har lyst til å få noe ut av behandlingen (Dahl og Lundgren 2010).

Observasjoner og veiledning

En viktig sykepleieoppgave mener vi blir å observere hvordan pasienten håndterer sine smerter, og hvilket syn vedkommende har på smerte. Sykepleiere som har gode kunnskaper om ACT vil kanskje se på smerter på en litt annen måte enn de som ikke har

blitt introdusert for denne metoden. Det vil være naturlig at en sykepleier som benytter seg av ACT's prinsipper vil tenke at smerte er noe som er normalt, og nødvendigvis ikke er noe som må bekjempes. En vil kanskje sette andre krav til pasientene, og ikke godta like lett at pasienten unngår situasjoner på grunn av smertene. I stedet for å godta adferden, vil en ved hjelp av kunnskaper om ACT kunne snu dette til at pasientene ønsker å gjøre noe på tross av sine smerter. På en annen side bør ikke sykepleieren tvinge pasientene til å gjøre noe de ikke ønsker. Her kan det være en mulighet for sykepleieren å diskutere med pasientene om hvorfor de velger denne unngående adferden. Det er viktig at sykepleieren inviterer til samtale og spørsmål (Kristoffersen Nordtvedt og Skaug 2005).

Vi mener at det ikke vil være hensiktsmessig å starte en gjennomføring av ACT i forbindelse med et kortere opphold ved et sykehus. Det vil være lettere og gjennomføre dette for institusjoner som har en kontakt med pasienten som strekker seg over lengre tid.

Endret fokus, som følge av ACT

Vi tror det vil være normalt at en sykepleier ikke vil godta at pasienter lider over lang tid og at en påtar seg rollen med å forsøke å finne noe som kan fjerne smertene. Denne rollen tror vi kan bli endret dersom ACT blir en del av behandlingen av kroniske smerter. Sykepleieren skal fortsatt forsøke å finne noe som kan hjelpe pasienten, men skal i tillegg se dette ut i fra at smerter er en normal del av det å være menneske. Fokuset blir kanskje da dreid litt bort fra å synes synd på pasienten og å finne noe som kan helbrede, til å tenke at en vil gjøre det beste ut av den situasjonen pasienten er i. Travelbee skriver i følge Slettebø (2009) at sympati ovenfor pasienten er viktig. Men hun presiserer også at med dette mener hun ikke å synes synd på pasienten men heller å ønske det beste for pasienten. Vi tror at det i mange tilfeller vil kunne være det beste for pasienten at vi har kunnskaper om ACT i forbindelse med kroniske smerter. På denne måten har sykepleiere muligheten til å benytte ACT som et verktøy når en ser at det er behov for det.

Sykepleie til pasienter som er under ACT behandling

Vi går ut i fra at de pasientene som allerede har startet opp med ACT er motiverte for endring i sin livssituasjon. Det er fordi et krav for å starte med ACT er motivasjon for behandlingen.

Hindre kontrollering av smerte

Ut fra den kunnskapen vi har tilegnet oss om pasienter med kroniske smerter ser vi at mange forsøker å kontrollere smertene sine ved å unngå å trigge dem. Sykepleieren kan da hjelpe pasientene med å gi slipp på denne kontrollen. Innen ACT mener man at kontroll lett vil kunne bidra til forsterket lidelse (Dahl og Lundgren 2010). Sykepleieren kan hjelpe pasienten ved å kartlegge om pasienten har sluttet med ulike aktiviteter og har fått et mer innskrenket liv som følge av smertene. For at sykepleieren skal forstå pasientens situasjon, bør sykepleieren ha kunnskaper om de mekanismer som virker når pasienten forsøker å kontrollere smertene og at dette medfører at tankene og følelsene rundt smerteopplevelsen får en enda større plass.

Hjelp til aksept

Aksept er en viktig del av ACT. Pasientene skal akseptere at de har smerter og at dette er normalt. Mange mennesker føler at aksept er det samme som passivitet, og de blir oppgitte og frustrerte av tanken på å skulle akseptere smertene (Kåver 2007). De ønsker ikke å ha smerter for resten av livet, men har et sterkt behov for å finne noe som kan fjerne smertene. På den andre siden blir de innen ACT fortalt at dersom de ikke aksepterer smertene og den konstante søken på å bli smertefri vil de heller ikke kunne komme videre. Vi lever i et "feel-good"-samfunn der smerter ikke er akseptabelt (Dahl og Lundgren 2010). Dermed blir det kanskje for en del av pasientene også vanskeligere å akseptere sine smerter. Det å støtte pasienten i denne prosessen en noe sykepleieren kan gjøre både på en sykehusavdeling, et sykehjem eller i hjemmet.

Informasjon og undervisning for pårørende

Dersom ACT- behandling blir utbredt i Norge, og det blir startet kurs vil disse sannsynligvis inkludere og informere pårørende. Men dersom dette ikke blir gjort, eller at en ser at dette ikke er tilstrekkelig, kan sykepleieren gå inn og undervise pårørende

gjennom samtaler. Å undervise pasienter og pårørende ligger under sykepleierens funksjonsområder (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005). Det er viktig også å undervise pårørende i behandlingsmetoden, fordi pasienten og familien sannsynligvis har gjennomgått mange forandringer i livet på grunn av den kroniske lidelsen, og disse forandringene kan føles mer belastende enn selve sykdommen (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005). Undervisningen kan for eksempel handle om smerter, hva ACT- går ut på eller hva pårørende kan gjøre for å hjelpe pasienten. Dette vil kanskje bli spesielt viktig dersom pasienten bor sammen med noen. Dette kan bidra til at de pårørende i større grad handler ut fra innsikt og blir en ressurs for pasienten.

Kognitiv defusjonering og mestring

Sykepleierne kan følge opp på pasienten i forhold til om pasienten mestrer kognitiv defusjonering. Dette kan sykepleieren gjøre ved å gi kunnskap av nytten av å bytte ut MEN med OG, og gi opplæring og øving i dette. Målet må være å gi pasienten ferdigheter til å mestre. Da er sjansene større for at pasienten velgeren aktiv mestringsstrategi (ibid). Sykepleieren bør oppfordre og legge til rette for at pasienten skal følge sine livsverdier. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å defusjonere språket. Dette krever at pasienten har tid og er mest aktuelt for pasienter i hjemmet eller på sykehjemmet.

Når pasienten skal begynne å trene på å løsrive seg fra selvet, skal vedkommende starte med mindfulness. Her kan sykepleieren opptre som mindfulnessinstruktør hvis vedkommende er opplært i det. Sykepleieren kan også være til støtte hvis pasienten ikke føler at mindfulness fungerer. Med kunnskap om ACT kan sykepleieren forklare pasienten at meditasjonstrening tar tid å lære seg, og selv om tankene vandrer noen ganger, så er det øvelse som gjør mester.

Mindfulness

Hvis pasienten er kjent med mindfulness spiller det ingen rolle hvor dette blir utført, fordi man kan stenge ut distraherende lyder (Dahl og Lundgren 2010). Men hvis pasienten ikke har trent mye mindfulness før, bør pasienten være alene eller sammen med instruktør og en gruppe(ibid). På et sykehus vil det trolig være vanskelig å utføre mindfulness fordi pasientene ofte ligger på rom med flere pasienter. Det vil heller kanskje ikke være tid til å meditere når man ligger på sykehus fordi liggetiden er kort.

Men hvis pasienten kan utføre mindfulness alene, kan det kanskje gjennomføres. I hjemmet kan det være enklere å trekke seg tilbake til et rom man er alene i, for så å meditere der. Men selv i hjemmet kan det være distraksjoner, og pårørende som krever at man er til stede. Allikevel tror vi at det er i hjemmet eller i en organisert gruppe at mindfulnessmeditasjonen vil fungere best, fordi man er i sitt private hjem og kan slappe av, eller er sammen med andre som har samme utgangspunkt som en selv. Hvis en sykepleier på et sykehjem hadde vært opplært som mindfulnessinstruktør, kunne dette vært en stor ressurs for sykehjemmet.

Kartlegging av verdier

Sykepleiere kan gjennom samtaler kartlegge hvilke verdier pasienten har. Dette tror vi blir en viktig rolle for å vise pasienten hvor fokuset i livet bør ligge, og hvilke mål pasienten kan sette seg for å leve det livet vedkommende ønsker. Sykepleieren kan samle inn data som påvirker pasientens kognitive vurdering. Når sykepleieren ser hvilke faktorer som påvirker pasienten, vil sykepleieren kunne iverksette konkrete tiltak for å fremme mestring (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

I Danmark ble samtalene om verdier holdt i grupper med en sykepleier og en psykolog på et samlingssted, der de diskuterte hva som var viktig å fokusere på i livet. Her kunne pasientene dele erfaringer, og det så ut til å fungere svært bra for noen. Andre ble sittende bare å høre på, uten å si så mye selv. På Hysnes Helsefort har pasientene denne samtalen alene med psykolog. For mange kan denne måten å arbeide på være bedre fordi pasienten får fokusere på det som er viktig for seg selv, og ikke bli påvirket av andre. For noen kan det være godt å høre på og dele erfaringer med noen i samme situasjon. Sykepleierens rolle bør uansett være å snakke med og støtte opp under pasientens arbeid med å finne riktig fokus. Det vil være naturlig at psykologen bør kunne ta de mest krevende og følelsesladde samtalene alene med pasienten.

Samtaler og undervisning

ACT bygger mye på samtale og undervisning. For at pasienten skal være mottakelig for dette er det viktig å ha en god relasjon og å skape tillit. Sykepleieren får en pedagogisk rolle i ACT, og samtalen skal uavhengig av innhold eller pedagogisk metode inneholde;

- Autoritet og ydmykhet
- Åpenhet og tillitt
- Fleksibilitet og tilpasning (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

Sykepleieren er en autoritet innen sitt fagfelt men pasienten er ekspert på seg selv (ibid). Derfor er det viktig at sykepleieren er ydmyk for pasientens kunnskaper om sin egen sykdom. Da skapes det et forhold mellom pasient og sykepleier av gjensidig respekt. Når sykepleieren legger til rette for samtale på pasientens premisser vil sykepleieren også skape et klima preget av åpenhet og tillitt (ibid). Men samtalen skal ikke påtvinges pasienten, sykepleieren bør heller stille seg til rådighet for pasienten (ibid).

Pasientene bør ha tiltro til sine behandlere. Forskning viser at pasientens holdning til behandlingen er avgjørende for effekten behandlingen (Sand m.fl. 2006). Travelbee sier at for å kunne vise empati må man ha vært gjennom noe lignende som pasienten går gjennom. Hun sier også at det er viktig å opparbeide et menneske til menneske forhold, slik at pasienten føler trygghet og tillit (i følge Slettebø 2009). Da kan sykepleieren sammen med pasienten planlegge veien videre på en god måte. Denne samtalen mener vi det bør brukes god tid på, og sykepleieren bør kanskje snakke med pasienten flere ganger. Derfor er dette trolig urealistisk å få til på en sengepost på et sykehus, der tiden ofte ikke strekker til. Noen pasienter vil kanskje vegre seg for å snakke om personlige verdier med mange i rommet hvis det er flere pasienter der. Samtalen bør foregå på pasientens premisser, gjerne med pårørende tilstede. Dette blir kanskje enklere å gjennomføre i hjemmet eller på et helsefort som Hysnes.

Avslutning på behandlingen

Etter at pasientens verdier er kartlagt og målene satt opp, gjenstår øvelse (Dahl og Lundgren 2010). Sykepleierens rolle kan være å hjelpe pasienten ved å øve på ikke å unngå ubehagelige situasjoner som trigger smerte. Det kan også være viktig med regelmessige samtaler om hvordan pasienten når målene sine, og om pasienten greier å unngå å la seg styre av tanker og følelser, men heller verdier. Da er det nok viktig for sykepleieren å presisere at det ikke er meningen at pasienten skal være perfekt, og at det er lov til å feile, hvis man våger å prøve på nytt (ibid). Sykepleieren en motivator og

samtalepartner. I Danmark så vi også at sykepleieren ble en koordinator mellom andre faggrupper som for eksempel psykolog og fysioterapeut.

Sykepleierollen ved pasienter som er ferdigbehandlet med ACT

Når en pasient er ferdigbehandlet ved denne metoden, legges det vekt på hvordan behandlingen har foregått når man skal planlegge videre oppfølging.

Oppfølging etter behandling ved institusjon

Hvis pasienten har blitt behandlet på et helsefort som for eksempel Hysnes, tror vi det er svært viktig med oppfølging. Det er fordi pasienten har blitt tatt ut av sin hverdag, og inn til et behandlingssted med et stort tverrfaglig team. Pasienten får til en hver tid hjelp av teamet, og kan finne mye støtte og motivasjon hos de andre i behandlingsgruppen. Dette støtteapparatet forsvinner når pasienten omsider er ferdigbehandlet og kommer hjem. Der venter hverdagen, og det kan være vanskelig å skulle utøve ACT alene. Derfor kan det være viktig at en sykepleier har kunnskap om ACT for å kunne hjelpe pasienten til å videreføre det vedkommende har lært. Ved Hysnes Helsefort blir pasientene fulgt opp regelmessig i 6 måneder etter behandlingsslutt (Holmvik 2011). Et slikt helsefort kan ha mange pasienter inne på en gang og har kanskje ikke mulighet til å gi en god oppfølging til alle sine pasienter i 6 måneder etter behandlingen. Dette er da en oppgave som vi tror kan bli flyttet over til kommunehelsetjenesten. Dersom oppfølgingen foregår over telefon, vil sykepleieren kunne få en mer administrativ rolle. Men hva skjer da med menneske til menneske forholdet? Vil sykepleieren kunne opprettholde et tillitsforhold gjennom telefonsamtaler? Vi tror at det beste for pasienten vil være at sykepleieren kommer på hjemmebesøk slik at sykepleieren kan se og møte pasienten. En har da også mulighet til å observere hvordan pasienten greier seg i hverdagen.

Oppfølging av pasienter som har bodd hjemme under behandlingen

I Danmark bodde pasientene hjemme under behandlingen, og vi tror at dette kan være en gunstig løsning. Da blir det ikke en så stor forandring for pasienten, og vi tror ikke det er nødvendig med en så lang oppfølgingsfase som i Norge. Pasienten er allerede vant til å klare seg mye alene, og har kanskje laget seg egne rutiner for meditasjon og øvelse på oppgaver. En annen fordel er at pårørende trolig blir vant til pasientens nye livsstil like gradvis som pasienten selv. Det kan derfor være en god løsning for både pårørende og pasient at behandlingen skjer mens pasienten bor hjemme. Her kan sykepleieren være en kontaktperson som pasienten kan snakke med hvis behovet er der. Det er her viktig at pasienten får et godt og nært forhold til sykepleieren, slik at pasienten våger å ringe dersom vedkommende føler at det ikke går så bra. Da kan sykepleieren benytte seg av kunnskapen om ACT til å hjelpe pasienten til å bli motivert. Her mener vi det vil det være riktig av sykepleieren å gi støtte og forståelse i dialog med pasienten.

I denne dialogen tror vi det er viktig at sykepleieren kjenner til ACT og vet at pasientene ofte kan miste motivasjonen fordi de føler seg mislykkede. I en slik situasjon kan sykepleieren benytte defusjonering av språket som en metode for å få pasienten til å erkjenne at ens egne tanker er ikke er det sammen som en objektiv sannhet.

Til ettertanke:

“The secret of health for both mind and body is not to mourn for the past, worry about the future, or anticipate troubles, but to live in the present moment wisely and earnestly.” (Siddhartha Buddha).

5.0 Konklusjon

Med denne oppgaven ville vi finne ut hva ACT er og hvilken rolle sykepleieren vil kunne komme til å få i arbeidet med behandlingsmetoden. Vi søkte etter nyere forskning og litteratur for å finne ut hvor langt en er kommet med å dokumentere virkninger av metoden på behandlingen av kroniske smerter. Vi dro på hospitering i Norge og i Danmark, for å se på forskjeller og likheter i hvordan sykepleierne arbeidet med ACT. Dette lærte vi mye av selv om informasjonen her i liten grad kunne brukes.

Vi fant at ACT synes å ha god effekt hos pasienter i alle aldre med kroniske smerter. Vi kom fram til at sykepleierens rolle, dersom en satser på metoden, vil kunne bli å koordinere mellom forskjellige yrkesgrupper, gi pasienten støtte, veilede og undervise i ACT, følge opp ferdigbehandlede pasienter, og skape et tillitsforhold der pasienten kan snakke om sine bekymringer og vansker.

Vi vurderer det slik at ACT i hovedsak vil være enklere å gjennomføre for sykepleieren i pasientens eget hjem enn på en sykehusavdeling. I avdelingen vil en ofte være utsatt for et tidspres som vanskeliggjør bruk av metoden. I hjemmet er pasienten trygg, og kan enklere finne roen til å arbeide med ACT. I sykehjem bør sykepleieren kunne kartlegge hvilke pasienter som er motivert for behandlingsmetoden.

Selv om man ikke med sikkerhet kan si at ACT er en behandlingsmetode som det er riktig å satse på overfor pasienter med kroniske smerter, mener vi det allerede nå finnes grunnlag for videre utprøving og forskning.

Vi håper denne oppgaven kan bidra til økt interesse rundt ACT, og at behandlingsmetoden blir kjent for flere. I årene som kommer bør det, etter vårt syn, gjøres flere studier som er representative for en større del av befolkningen enn det som finnes i dag. Det blir spennende å se om ACT i fremtiden blir en integrert del av helsevesenet. Kanskje vil metoden om noen år inngå i pensum for utdanning av sykepleiere i Norge?

6.0 Etterord:

Vi visste tidlig i prosessen hva vi ville skrive om, og det har vært veldig givende å skrive om noe som vi begge interesserer oss for. Men selv om vi var engasjerte i temaet vårt, har vi møtt noen utfordringer. Problemstillingen brukte vi mye tid på, vi synes det var vanskelig å sette ord på det vi ville få fram i oppgaven. Men med tålmodig hjelp fra vår veileder fikk vi tilslutt en problemstilling som vi ble veldig fornøyde med! Vi har forsøkt å lære oss å bruke Endnote, men fikk noen problemer når vi skulle bruke det. Samarbeidet har gått knirkefritt, og det har nok mye å gjøre med at vi er gode venner og at vi begynte planleggingen tidlig. Vi lytter til hverandres meninger, og om vi skulle være uenig om noe, har vi rådført oss med vår veileder slik at vi kunne ta avgjørelser som var til det beste for oppgaven vår.

Vi ser både sterke og svake sider ved oppgaven. Sykepleieaspektet ved ACT i oppgaven måtte vi tenke oss mye til selv, fordi vi fant lite litteratur som kunne hjelpe oss. Men vi fikk god innsikt i hvordan sykepleierne arbeidet da vi var ute på hospitering. Vi håper vår oppgave kan inspirere til vider forskning, også blant norske sykepleiere.

Vi har brukt nyere forskning ved selve ACT behandlingen og mener at vi har funnet fram til litteratur som indikerer at ACT fungerer. På grunnlag av denne forskningen tror vi at sykepleierens hverdag i Norge innen smertebehandling vil bli påvirket.

Vi ønsker å takke ansatte ved Hysnes Helsefort og Odense Smertecenter for deres hjelp og interesse ved denne oppgaven. Vi vil også takke vår veileder Randi Tosterud for engasjert og god veiledning.

7.0 Litteraturliste:

Almås, Hallbjørg (red.) (2001). *Klinisk sykepleie* – Bind 1. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Berge, Torkil. (2007). *Oppmerksomt nærvær: En fellesfaktor i psykologisk behandling*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44 (7): 2. (2 sider).

*Dahl, JoAnne, Kelly G. Wilson & Annika Nilsson. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35 (4): 785-801. (16 sider).

*Dahl, JoAnne og Tobias Lundgren. (2010). *Living Beyond Your Pain - Using Acceptance & commitment Therapy to Ease Chronic Pain*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag A/S. (189 sider)

*Foghsgaard, Lasse. (2009). *Meditation forandrer vores hjerner* [online]. URL: <http://videnskab.dk/krop-sundhed/meditation-forandrer-vores-hjerner> (04.04.2011) (1 side)

*Folkehelseinstituttet (2010). *Norge på smertetoppen i Europa*. [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,4444:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:84203:::1:5569:3:::0:0 (13.04.2011) (3 sider).

Grønseth, Randi og Trond Markestad (2005). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Guyatt, G. H., Sackett, D. L. & Cook, D. J. (1993). *Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group*. *JAMA*, 270 (21): 2598-601. (4 sider)

*Guyatt, G. H., Sackett, D. L. & Cook, D. J. (1994). *Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients?* Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 271 (1): 59-63.

Hallandvik, Jan-Erik. (2002). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Side. 152. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Hayes, Steven. C. & Spencer X. Smith. (2005). *Get out of your mind & into your life: the new acceptance & commitment therapy*. Oakland, CA, New Harbinger Publications. (8 sider).

*Holden, Børge. (2007). *Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi*. [online] 9: 9. URL: <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?a=21&soktekst=B%F8rge+Holden&forf=1> (20.04.2011) (24 sider).

*Holmvik, Mads. A. (2011). *Suksess med samhandling*. KLP Magasinet (2): 2. (2 sider)

Kringlen, Einar, Norma Mjelle, Bente Øgar, Morten S. Selle & Per Høglend. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, Nina. J., Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug (2005). Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J. *Grunnleggende sykepleie – bind 1*. Kap. 1. og side 48. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, Nina. J., Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N.J. *Grunnleggende sykepleie – bind 3*. Kap. 21. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kunnskapsbasert praksis. *RCT*. Tilgjengelig fra:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=78>. (01.05.2011). (1 side).

*Kåver, Anna (2007). *At leve et liv, ikke vinde en krig*. Kap.2. og side 30. Danmark: Dansk Psykologisk forlag (12 sider).

*Lilleberg, Solveig. (2011). *Pasienter får nå tilbud om arbeidsrettet rehabilitering* [online]. URL: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Hysnes-Helsefort/Nyheter/Pasienter-far-na-tilbud-om-arbeidsrettet-rehabilitering/> (20.04.2011) (1 side)

*Lunde, Linn-Heidi (2010). *Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment*. (19 sider)

Norsk sykepleierforbund (2001). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*.

*Nylena, Magne (2009). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget. (1 side)

Sand, Olav, Øystein V. Sjaastad, Egil Haug, Jan G. Bjålie & Kari C. Toverud (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Siddhartha Buddha. URL:

http://thinkexist.com/quotation/the_secret_of_health_for_both_mind_and_body_is/147332.html (06.05.2011).

Slettebø, Åshild. (2009). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Spigset, Olav & Hedvig M. E. Nordeng (2007). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*St. Olavs Universitetssykehus (2011). *Tilbake i arbeid*. [online]. URL: http://www.stolav.no/StOlav/Avdelinger/Hysnes/Brosjyrer/Brosjyre_Hysnes_Helsefort.pdf (13 sider)

*WHO (1948) *Frequently asked questions* [online]. URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> (2 sider).

*Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M. & Olsson, G. L. (2009). *Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial*. *Pain*, 141 (3): 248-257. (9 sider)

Vedlegg 1

PICO:

P - patient/ problem/ population: Pasienter med kronisk smerte, pediatric, pain, Chronic pain

I - Intervention - Acceptance and commitment therapy, ACT, sykepleiere som jobber med ACT, mindfulness, palliative care, nursing

C - Comparison - Alternative tiltak, Medisin

O - Outcome - Om sykepleiere kan bruke ACT i sitt arbeid, har ACT effekt?

Academic Search Elite:

P- Chronic pain (4564)

I- Acceptance and Commitment Therapy (94)

P+ I - Acceptance and Commitment Therapy + Chronic Pain (3):

- Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting From Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial (fant i fulltekst på <http://www.actmindfully.com.au/index.asp?pageID=47>)

PubMed:

P - Pediatric (197207), Pain (459382)

I - Mindfulness (222151), Meditation (2095), Palliative care (39974)

P + I - Mindfulness + Pediatric (4480), meditation + pediatric (13)

Mindfulness + meditation + palliative care + pain (4)

Vi fant ingen artikler vi ønsket å ha med i vår oppgave.

Evidence updates:

P - Chronic pain (684) Pain (3261)

I - ACT (88), Acceptance and commitment therapy (3), Nursing (949)

P + I: Acceptance and commitment therapy + nursing (0),

ACT + pain (13):

Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain--a randomized controlled trial

Denne artikkelen lå på PubMed. Fikk skrevet den ut på biblioteket.