

Silje Fauske Iversen

Å mestre et liv med smerter

En kvalitativ studie om hvilke mestringsstrategier personer med langvarige smerter sitter igjen med etter deltakelse i et lavterskel smertemestringskurs

Masteroppgave i Folkehelse

Veileder: Kjersti Grønning

Desember 2022



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Silje Fauske Iversen

Å mestre et liv med smerter

En kvalitativ studie om hvilke mestringsstrategier personer med langvarige smerter sitter igjen med etter deltakelse i et lavterskel smertemestringskurs

Masteroppgave i Folkehelse
Veileder: Kjersti Grønning
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Langvarige smerter er et stort og økende problem som har alvorlige konsekvenser for både individ og samfunn. I tråd med den biopsykososiale modellen er det ingen enkel medisinsk behandling av langvarige smerter, og det der dermed viktig hvordan den enkelte håndterer det å leve med smertene. Kommunale lærings- og mestringstilbud er en aktuell arena for å tilegne seg nye mestringsstrategier, som kan bidra til økt opplevelse av mestring av smertene hos den enkelte. I Orkland kommune ble det våren 2021 arrangert et lavterskel smertemestringskurs, bestående av aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) og veiledet fysisk aktivitet. Det finnes lite forskning om hvordan deltakelse i et slikt mestringskurs kan bidra til å øke opplevelsen av å mestre et liv med smerter.

Problemstilling: Hvilke mestringsstrategier har personer med langvarige smerter tatt med seg etter et åtte ukers lavterskel smertemestringskurs, bestående av ACT og veiledet trening, for å håndtere smertene sine?

Metode: Studien benyttet en kvalitativ tilnærming. Det ble gjennomført individuelle intervju av fem kvinner i alderen 47-59 år som hadde deltatt i smertemestringskurset «Å leve med smerter» i Orkland kommune våren 2021. Datamaterialet ble analysert i lys av fortolkende fenomenologi.

Resultat: Gjennom analysen kom det frem to hovedkategorier: bevisstgjøringer og prioriteringer og fysisk aktivitet og trening. Kategorien bevisstgjøringer og prioriteringer ble uttrykt gjennom underkategoriene *bevisstgjøring av verdier*, *bevisstgjøring og endring av prioriteringer* og *å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker*. Kategorien fysisk aktivitet og trening hadde også tre underkategorier: *å lære om trening*, *å lære å trene med smerter* og *fysisk aktivitet og trening etter kurset*. Hovedfunnene i denne studien var at informantene lærte seg mestringsstrategier som kunne benyttes ved smerteforverring, og som bidro til å bedre ulike faktorer som er relevante for den totale smerteopplevelsen. Smertekurset endret ikke deltakernes smerter eller funksjonsnivå. De viktigste mestringsstrategiene deltakerne tok med seg var knyttet til verdiarbeid, avspenning og fysisk aktivitet. Selv om deltakerne opplevde å lære nyttige strategier etter et mestringskurs, viser funnene i denne studien at det kunne være utfordrende å implementere strategiene i hverdagen etter kurset.

Konklusjon: Funnene i denne studien viser at å arbeide med å identifisere sine verdier, utforske ulike former for fysisk aktivitet og avspenningsteknikker kan være hensiktsmessige mestringsstrategier for å håndtere smerter, etter deltakelse på et lavterskel smertemestringskurs. Funnene viser også at det kan være utfordrende å implementere strategiene i hverdagen utenfor kursets rammer.

Nøkkelord: Langvarig smerte, aksept- og forpliktelsesterapi, verdier, avspenning, veiledet fysisk aktivitet, mestringstilbud, mestring, mestringsstrategier og kvalitativ metode.

Abstract

Background: Long-term pain is a major and increasing challenge that has serious consequences for both individuals and society. In line with the biopsychosocial model, there is no simple medical treatment for long-term pain. Therefore, it is important how the individual copes living with pain. Municipal learning- and coping services are a current arena for acquiring new coping strategies, which can contribute to an increased experience of coping with pain. In Orkland municipality, a low-threshold pain management course was organized in the spring of 2021, consisting of acceptance- and commitment therapy (ACT) and supervised physical activity. There is currently insufficient research on how participation in such a coping course can contribute to increasing the experience of coping and living with pain.

Research question: What coping strategies have people with long-term pain brought with them after an eight-week low threshold pain management course, consisting of ACT and supervised physical activity, to manage their pain?

Methods: This study used a qualitative approach. Individual interviews were conducted with five women aged between 47-59, who had participated in the pain management course "Å leve med smerter" in Orkland municipality the spring of 2021. The data material was analyzed using of interpretative phenomenological analysis.

Results: Two main categories were identified during the analysis: awareness raising and prioritization and physical activity and exercise. Awareness raising and prioritization had three subcategories: *raising awareness of values, a change in priorities and learning to relax through mindfulness and relaxation techniques*. Furthermore, physical activity and exercise also had three subcategories: *Learning about physical activity and exercise, learning to exercise with pain and physical activity and exercise after the management course*. The main findings in this study were that the informants learned coping strategies they could use in periods of increased pain and improved factors that are relevant to the total pain experience. The pain management course did not improve pain or functional levels. The most important coping strategies that the informants brought with them were related to identifying their values, relaxation techniques and physical activity. Although the informants experienced that they learned useful coping strategies, the findings of this study show that it could be difficult to implement the strategies into everyday life after the management course.

Conclusions: The findings in this study show that identifying one's values, exploring different forms of physical activity and relaxation techniques, can be appropriate coping strategies for managing pain, after participation in a low threshold pain management course. The findings also suggest that it can be challenging to implement the strategies in everyday life outside the framework of the management course.

Keywords: long-term pain, acceptance- and commitment therapy, values, relaxation techniques, supervised physical activity, management course, coping strategies, pain management, qualitative method.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven nærmer seg slutten! Det har vært både utfordrende, spennende og lærerikt å sjonglere skriving av masteroppgave med arbeidslivet og hverdagslivet.

Jeg ønsker først og fremst å takke alle kursdeltakerne som stilte opp i intervjuene. Det krever mot å dele personlige historier, og jeg setter stor pris på at de delte dette med meg. Uten dem ville det aldri blitt noen masteroppgave. Så, tusen takk!

Videre ønsker jeg å takke min veileder, Kjersti Grønning, som har gitt meg gode råd, konstruktive tilbakemeldinger og kommentarer. Når det har føltes tungt, har det vært svært god hjelp med veiledningstimer for å luften tanker, diskutere og få oppmuntrende ord og støtte. Så, tusen takk for all veiledning.

Jeg ønsker også å rette en takk min fantastiske samboer Aleksander, som har vært tålmodig med meg gjennom hele prosessen og holdt ut med all frustrasjonen min. Takk for at du har støttet meg, motivert meg, laget mat til meg og diskutert oppgaven sammen med meg. Til slutt ønsker jeg også å takke foreldrene mine, vennene min og alle andre rundt meg som har bidratt med god hjelp og oppmuntrende ord. Takk for at dere tok dere tid til å lese oppgaven min og ga meg en god latter og ekstra motivasjon når jeg trengte det.

Silje Fauske Iversen

Trondheim, 29.11.2022

Innholdsfortegnelse

1. Forkortelser og begrepsavklaring	1
1.1 Forkortelser	1
1.2 Begrepsavklaring	1
2. Innledning	2
2.1 Studiens formål og problemstilling	2
3. Teori og tidligere forskning	4
3.1 Langvarig smerte.....	4
3.1.1 Definisjon av smerte	4
3.1.2 Forekomst av langvarige smerter.....	4
3.1.3 Faktorer som påvirker langvarig smerte.....	5
3.1.4 Smertens innvirkning på samfunns- og individnivå.....	5
3.2 Behandling av langvarige smerter.....	6
3.2.1 Mestring og mestringsstrategier.....	7
3.2.2 Fysisk aktivitet som mestringsstrategi	8
3.2.3 Kognitive tilnærminger som mestringsstrategi	9
3.3 Aksept- og forpliktelsesterapi	10
3.4 Kunnskapsstatus	11
4. Metode.....	14
4.1 Setting	14
4.2 Kvalitativ metode	15
4.2.1 Det kvalitative individuelle forskningsintervju	15
4.3 Utvalg og rekruttering av informanter	16
4.4 Gjennomføring av intervjuet	17
4.4.1 Transkribering	18
4.4.2 Oppbevaring av data og personopplysninger	18
4.4.3 Analyse	18
4.5 Etiske betraktninger.....	19
4.6 Forforståelse.....	20
5. Resultater.....	21
5.1 Bevisstgjøring og prioriteringer	21
5.1.1 Bevisstgjøring av verdier	21
5.1.2 Bevisstgjøring og endringer av prioriteringer	23
5.1.3 Å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker	26
5.2 Fysisk aktivitet og trening.....	29
5.2.1 Å lære om trening.....	29
5.2.2 Å lære å trene med smerter	30
5.2.3 Praktisering av fysisk aktivitet og trening etter kurset	31

6. Diskusjon	34
6.1 Metodediskusjon.....	34
6.1.1 Reliabilitet	34
6.1.2 Validitet.....	35
6.2 Resultatdiskusjon	36
6.2.1 Bevisstgjøring av egne verdier og verdibaserte handlinger	37
6.2.2 Å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker	39
6.2.3 Fysisk aktivitet og trening	41
6.2.4 Smertemestringskurs som et lavterskeltilbud	44
6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning	46
7. Konklusjon	47
8. Referanser.....	48
Vedlegg	56
Vedlegg 1 – Fullstendig timeplan for smertemestringskurset.....	57
Vedlegg 2 – Intervjuguide	70
Vedlegg 3 – informasjonsskriv	72
Vedlegg 4 – Vurdering av behandling av personopplysninger	74

1. Forkortelser og begrepsavklaring

1.1 Forkortelser

ACT	Aksept- og forpliktelsesterapi fra det engelske ordet acceptance and commitment therapy.
IASP	International Study of Pain.
NICE	National Institute for Health and Care Excellence.

1.2 Begrepsavklaring

Avspenningsteknikker og mindfulness	Avspenningsteknikker finnes i ulike former, men baserer seg på å redusere anspenthet og angst (Norelli et al., 2022). Mindfulness er en gammel meditasjonstradisjon som bygger på buddhistisk tenking og praksis, og er en måte å møte lidelse i livet på. Mindfulness er en form for meditasjon og kalles ofte på norsk for oppmerksomt nærvær (Solhaug, 2021). I denne oppgaven vil begrepene avspenningsteknikker og mindfulness benyttes litt om hverandre, ettersom de henger tett sammen og ble brukt vekselvis om det samme av informantene.
Langvarige smerter	Langvarige smerter regnes som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tolv uker eller mer (Nielsen & Handal, 2018).
Mestring	Å mestre kan defineres som at den enkelte er i stand til å håndtere de oppgaver, utfordringer og situasjoner livet fører med seg. Dette kan oppnås gjennom å tilegne seg mestringsstrategier (Svartdal, 2018).
Mestringsstrategier	En strategi som kan bidra til at den enkelte opplever mestring og en følelse av kontroll over eget liv (Svartdal, 2018).
Salutogenese	En teori om fysisk og psykisk helse som legger vekt på hva som fremmer god helse og øker mestring. Innen den salutogenetiske teorien har helsen en sterk sammenheng med holdninger til livet og holdninger knyttet til håndtering av stress og uventede forhold i livet. Det helsefremmende arbeidet står sentralt (Castro et al., 2016; Lønne, 2022).
Verdier	Verdier dreier seg om individets innerste ønske om hvordan en ønsker å relatere seg til verden, andre og oss selv. Det handler om hva som er viktigst i livet for den enkelte (Harris, 2013).

2. Innledning

Langvarige smerter er en stor og økende utfordring globalt og nasjonalt (Hagen et al., 2011; Jackson et al., 2016; Stiles & Fors, 2017) og rundt tre av ti av den voksne befolkningen i Norge oppgir at de har langvarige smerter (Gravaas et al., 2022). Det å leve med langvarige smerter har store konsekvenser både for individet og for samfunnet (Kinge et al., 2015). For den enkelte kan det å leve med smerter over tid føre til nedsatt livskvalitet og er en viktig årsak til at voksne oppsøker helsehjelp i Norge (Nielsen & Handal, 2018). Langvarige smerter fører videre til store økonomiske byrder for samfunnet gjennom både kostnader knyttet til helsetjenester, samt tapt inntekt grunnet sykefravær og uførhet (Skogli et al., 2019).

Tradisjonelt sett har behandlingen av langvarige smerter rettet seg mot å påvirke kroppslige faktorer som eksempelvis vevsskade eller sykdommer (Cormack et al., 2022). De siste tiårene har imidlertid behandlingen av langvarige smerter i større grad fått et mer helhetlig fokus, hvor langvarige smerter ikke nødvendigvis skal kureres, men håndteres (Caneiro et al., 2020; IASP, 2009). I tråd med dette står kognitive behandlingstilnærminger sentralt, for å gi personer med langvarige smerter muligheten til å utvikle strategier som kan bidra til å redusere de negative konsekvensene av det å leve med langvarige smerter (Aas, 2018, s. 204-220). Retningslinjene for behandling av personer med langvarige smerter, anbefaler derfor at behandlingen bør tilrettelegges for at den enkelte lærer strategier for å håndtere smertene. (Lin et al., 2020). I tillegg anbefales det blant annet at personer med langvarige smerter er i regelmessig fysisk aktivitet samt engasjerer seg i verdibaserte og meningsfulle aktiviteter (Caneiro et al., 2020; Lin et al., 2020).

Primærhelsetjenesten er pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen, og de skal blant annet gjennom tjenestene legge til rette for at den enkelte håndterer sin sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I tillegg fører kapasitetsutfordringer i spesialisthelsetjenesten til et behov for at behandling og oppfølging av personer med langvarige smerter i hovedsak foregår i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015a). En viktig arena i primærhelsetjenesten for nettopp dette er lærings- og mestringstilbud (Helsedirektoratet, 2015b). Tilbudet fokuserer på at den enkelte får muligheten til å tilegne seg nye mestringsstrategier de kan benytte i hverdagen (Helsedirektoratet, 2022), noe som er aktuelt for personer med langvarige smerter (Helsedirektoratet, 2015b).

Denne oppgaven skal ta utgangspunkt i et lærings- og mestringskurs kalt «Å leve med smerter», som er utviklet av Orkland kommune for personer med langvarige smerter. Målet med smertemestringskurset var at deltakerne skulle lære å mestre en hverdag og et liv med smerter. Bakgrunnen for utviklingen av mestringskurset er at det i liten grad er utviklet lærings- og mestringstilbud for personer med muskel- og skjelettplager i kommunen. Tilbudet har blitt etablert på grunnlag av viktigheten av egenmestring, treningsterapi og psykososiale intervensjoner som en del av behandlingen for denne målgruppen i primærhelsetjenesten (Babatunde et al., 2017). Mestringskurset var gruppebasert og tok utgangspunkt i den kognitive tilnærmingen aksept- og forpliktelsesterapi samt veiledet fysisk aktivitet.

2.1 Studiens formål og problemstilling

Formålet med denne studien er å undersøke hvilke erfaringer personer med langvarige smerter sitter igjen med etter deltakelse i et lavterskel smertemestringskurs gjennomført

i primærhelsetjenesten. Ettersom langvarige smerter er en stor utfordring både for individet og samfunnet og fører med flere negative konsekvenser er det relevant å forstå hvordan behandlingen som gis til personene med langvarig smerte oppleves. I tillegg er langvarige smerter er en tilstand som bør mestres, fremfor å kureres, og denne studien skal derfor avgrense seg til å undersøke hvilke mestringsstrategier deltakerne har tilegnet seg gjennom mestringskurset for å håndtere smertene sine. Problemstillingen som skal besvares i denne oppgaven er derfor:

Hvilke mestringsstrategier har personer med langvarige smerter tatt med seg etter et åtte ukers lavterskel smertemestringskurs, bestående av ACT og veiledet trening, for å håndtere smertene sine?

3. Teori og tidligere forskning

For å svare på oppgavens problemstilling vil teori om smerte, behandling av langvarig smerte, mestring, fysisk aktivitet og aksept- og forpliktelsesterapi bli belyst. I tillegg blir tidligere forskning som har undersøkt effekten av, eller erfaringer knyttet til, intervensjoner med aksept- og forpliktelsesterapi og/eller fysisk aktivitet beskrevet.

3.1 Langvarig smerte

3.1.1 Definisjon av smerte

Det er utfordrende å definere smerte eksakt, fordi smerte dannes både av en opplevelse og et sanseintrykk (Stiles & Fors, 2017). International Association for the Study of Pain (IASP) definerer smerte som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsskade eller truende vevsskade, eller beskrevet med ord for en slik skade (IASP, 1979). Smerte består altså av en opplevelse av noe ubehagelig, og denne opplevelsen har sammenheng med et sanseintrykk som forteller om en stimulus eller påvirkning på kroppen. Smerte er imidlertid en subjektiv opplevelse og trenger derfor ikke samsvare med det faktiske omfanget av vevsskade (Böressjon et al., 2015, s. 583). Den biopsykososiale forståelsen av smerte står derfor sentralt i forståelsen av smerte, fordi smerte også påvirkes av psykiske, sosiale og eksistensielle faktorer, i tillegg til tidligere opplevelser og erfaringer (Stiles & Fors, 2017).

Det finnes både akutte og langvarige smerter, men i denne oppgaven vil det være hovedfokus på langvarige smerter. Langvarig smerte defineres som vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tolv uker eller mer (Nielsen & Handal, 2018).

3.1.2 Forekomst av langvarige smerter

Langvarige smerter er et stort og økende problem globalt og nasjonalt problem (Jackson et al., 2016). Estimer viser at langvarige smerter rammer rundt 20 prosent av verdens befolkning, og at rundt ti prosent av befolkningen utvikler langvarige smerter hvert år (Goldberg & McGee, 2011). En epidemiologisk studie av 15 forskjellige europeiske land rapporterte at 19 prosent hadde langvarig smerte (Breivik et al., 2006), mens andre befolkningsundersøkelser viser at opptil 50 prosent av befolkningen i Sverige og Storbritannia har langvarige smerter. Det bør imidlertid understrekes at forskjellige land benytter forskjellige metodikker for å rapportere prevalensen av smerte (Steingrimsdóttir Ó et al., 2017).

I Norge rapporterer rundt tre av ti av den voksne befolkningen at de har langvarige smerter, enten i form av smerter som er konstante eller som kommer og går (Breivik et al., 2006; Landmark et al., 2012; Rustøen et al., 2004). 80 prosent av de langvarige smertene tilskrives smerter i muskel- og skjelettapparatet (Landmark et al., 2013). Ifølge tall fra den nyeste Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT4), er forekomsten av kroniske smerte blant befolkningen 49 prosent for kvinner og 43 prosent for menn (Gravaas et al., 2022). Disse tallene inkluderer personer som har rapportert smerter med varighet over tre måneder, også inkludert personer med kroniske sykdommer som normalt er assosiert med mye smerte, som leddgikt, urinsyregikt eller Bekhterevs sykdom (Gravaas et al., 2022). En annen norsk studie har anslått at så mye som 75-80 prosent av den norske befolkningen rapporterer muskel- og skjelettplager i løpet av en måned, hvor 45-48 prosent har hatt varighet utover tre måneder og kategoriseres derfor som langvarige (Ihlebaek et al., 2006). Ut fra disse tallene kommer det frem at det er smerter

som oppleves å komme fra muskel og skjelettapparatet som er den vanligste formen for smerter. Disse plagene har ulike årsaker, og det er ikke alltid en finner en direkte sammenheng mellom kroppslige tilstander og grad av smerte, spesielt for de med langvarige plager (Clarsen et al., 2014). Det er imidlertid flere ulike faktorer som påvirker graden av smerter fra muskel- og skjelettapparatet.

3.1.3 Faktorer som påvirker langvarig smerte

Personer med langvarige smerter kan ofte ha et overfølsomt smertevarslingsystem i sentralnervesystemet som gjør det vanskeligere å skille hvilke trusler som er reelle og ikke. Dette kan føre til at mange forskjellige sanseintrykk kan tolkes som smerte (Aas, 2018, s. 120), og at mange ulike faktorer kan bidra til å opprettholde eller forsterke smerteopplevelsen. Smerte kan eksempelvis forverres ved grubling, frykt, angst, depresjon og stress (Fors, 2012, s. 13; Frølich, 2011, s. 45).

Stress og smerter henger sammen, hvor ulike typer stress kan føre til økte smerter, og det å leve med langvarige smerter i seg selv kan være en stressor, som bidrar til en ond sirkel mellom smerter og stress (Frølich, 2011). I tillegg kan faktorer som ulike belastninger og erfaringer i livet, psykososiale faktorer, nedsatt fysisk funksjon og oppmerksomhet på smertene bidra til å opprettholde smertene (Fors, 2012). Uvitenhet rundt hva smertene kommer av kan føre til engstelse og bekymring som igjen kan gi negative tanker og følelser og kan videre føre til katastrofetanker og eventuelt bevegelsesfrykt (Fors, 2012; Østerås & Stensdotter, 2011). Flere studier viser at bevegelsesfrykt kan føre til økt grad av opplevd smerte og ha en negativ effekt på funksjon (Wertli, Rasmussen-Barr, Held, et al., 2014; Wertli, Rasmussen-Barr, Weiser, et al., 2014). I tillegg kan bevegelsesfrykt føre til redusert aktivitetsnivå og svekkelse av muskel- og skjelettsystemet. På denne måte kan unngåelsesatferden og dernest bevegelsesfrykten være med å opprettholde smertene (Fors, 2012). Ifølge frykt- og unngåelsesmodellen er det kun én ting som hjelper mot bevegelsesangst, nemlig eksponering av bevegelse (Stiles & Fors, 2017, s. 60). Ifølge Vlaeyen og Linton (2000) i Stiles og Fors (2017, s. 60) er tanken at eksponering av fysisk aktivitet skal bidra til at den enkelte gjør seg erfaringer om at det å være i aktivitet ikke var så ille som de trodde. Dette skal hjelpe den enkelte med å komme ut av en ond sirkel av unngåelse og frykt, og gi den enkelte bedre forutsetninger for å håndtere smertene sine (Vlaeyen & Linton, 2000).

De fleste med langvarige smerter har vondt mer enn et sted (Stiles & Fors, 2017, s. 62-64). I tillegg til smerter, rapporterer personer med langvarige plager ofte også en rekke andre symptomer, som depresjon, angst, trøtthet og søvnvansker (Stiles & Fors, 2017). Søvn kan skape en ond sirkel av smerte, ved at smerter fører til dårlig søvnkvalitet, og at dårlig søvn senker smerteterskelen og dermed øker smertene (Aas, 2018, s. 267-276). Mange rapporterer også subjektive opplevelser av at ulike kognitive funksjoner endres grunnet smertene. Dette kan innebære redusert fokusert oppmerksomhet og utfordringer med organisering og planlegging av hverdagen som kan føre til sosiale utfordringer (Stiles & Fors, 2017, s. 47-53; Aas, 2018, s. 68-78).

3.1.4 Smertens innvirkning på samfunns- og individnivå

Langvarig smerte ser ut til å ha en alvorlig innvirkning på selvrapportert funksjon, og er også en vesentlig økonomisk byrde for samfunnet (Stiles & Fors, 2017, s. 55). Langvarige smerter er en av de vanligste grunnene til at voksne oppsøker helsehjelp, og er den tilstanden som er den største årsaken til ikke-dødelig helsetap i Norge (Nielsen & Handal, 2018). Samfunnskostnadene relatert til muskel- og skjelettsykdommer i 2016 var på over

255 milliarder kroner (Skogli et al., 2019). Denne summen inkluderer kostnader til helsetjenester, sykdomsbyrden for den enkelte og tap av inntekter til stat og kommunen som følge av sykefravær og uførhet (Skogli et al., 2019). Langvarige smerter står for rundt 35-45 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge (Nielsen & Handal, 2018). Videre fører langvarig smerte til flere personer med uførhet enn kreft, hjertesykdom og hjerneslag til sammen (Aas, 2018, s. 16). Det er to ganger så høy risiko for arbeidslediggang og hele fire ganger så høy risiko for å bli mottaker av uføretrygd, for personer med langvarige muskel- og skjelettplager sammenliknet med personer uten muskel- og skjelettplager (Kinge et al., 2015). Statistikk fra NAV viser at per 31. desember 2016, var det 318 244 personer som mottok uføretrygd i Norge, hvor muskel- og skjelettplager sto for 27 prosent av dette (NAV, 2021). Tall fra befolkningsundersøkelser viser at rundt halvparten av alle uførhetstilfeller i Norge, kan tilskrives langvarig smerte (Landmark et al., 2013; Nielsen, 2013).

Langvarige smerter er med andre ord komplekst, og har store konsekvenser på individ og samfunnsnivå. Smerteopplevelsen sammenliknes med lagene i en løk, hvor alle lagene bidrar til den samlede smerteopplevelsen gjennom den biopsykososiale forståelsen. Det vil si at både tanker, mestring og samspillet med omverdenen må tas hensyn til for et helhetlig syn på smertene (Aas, 2018, s. 68-78). Alle elementene av den biopsykososiale modellen er nødvendig å ta hensyn til i behandlingen av langvarige smerter, og tiltakene må derfor tilpasses deretter (Nielsen & Handal, 2018).

3.2 Behandling av langvarige smerter

Det er nødvendig med et helhetlig syn på mennesket for en best mulig behandling av langvarige smerter (Caneiro et al., 2020). I internasjonale retningslinjer for behandling av langvarig smerte anbefales det ofte en kombinasjon av ulike tilnærminger (Lin et al., 2020). Tilnærmingene kan bestå av for eksempel smertestillende legemidler, kirurgi, stimuleringsteknikker, fysioterapi, psykologiske tilnærminger og mestringstrening (Lin et al., 2020; Nielsen & Handal, 2018). Ved akutte smerter er ofte smertestillende medikamenter hensiktsmessige, men for personer med langvarige smerter er det vist at ingen medikamentell behandling, med unntak av antidepressiva, har gunstig effekt, som oppveier risikoen ved å bruke det (NICE, 2021).

I Norge skal langvarige smerter i hovedsak håndteres og behandles i primærhelsetjenesten fremfor spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015a). Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven er kommunen pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til befolkningen, og de skal også legge til rette for best mulig mestring av sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Meld. St. 16 (2010–2011)). Lærings- og mestringstilbud er en anbefalt måte å organisere slike tjenestetilbud i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015b). Slike tilbud har fokus på den enkeltes ressurser og skal tilrettelegge for å motivere og støtte den enkelte til å tilegne seg flere hensiktsmessige mestringsressurser (Helsedirektoratet, 2022). Dette er aktuelt for blant annet personer med langvarig smerteproblematikk, fordi måten de mestrer symptomene sine påvirker hvordan de blir påvirket av smerteproblematikken (Helsedirektoratet, 2015b; Meld. St. 19 (2018–2019)).

En av fordelene med lærings- og mestringstilbud som arrangeres i kommunen, er at det er et lavterskeltilbud. Et lavterskeltilbud betyr at den enkelte ikke trenger henvisning for å utnytte tilbudet, tjenestene er ofte gratis og det skal være lav terskel for å oppsøke et slikt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Et lavterskeltilbud rundt eksempelvis fysisk aktivitet, gir deltakerne mulighet til å bli kjent med sin egen kommune

når det kommer til hvilke turmuligheter og aktuelle trenings- og aktivitetstilbud som finnes. Formålet med slike lavterskeltilbud i kommunen er at den enkelte skal bli i stand til å fortsette med eksempelvis fysisk aktivitet gjennom egen aktivitet eller via kjennskap til lokale tilbud (Helsedirektoratet, 2022).

Det finnes flere retningslinjer og oppsummeringer av retningslinjer som presenterer anbefalinger for innholdet i oppfølgingen av personer med langvarige smerter (Caneiro et al., 2020; Lin et al., 2020; NICE, 2021). Ifølge retningslinjene til National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bør ikke-medikamentell behandling av langvarig smerte bestå av blant annet veiledet trening og psykologiske terapiformer (NICE, 2021). Tilsvarende anbefaler Caneiro et al. (2020) at behandling av personer med langvarige smerter bør tilrettelegge for å styrke den enkeltes evne til å gjennomføre trening på egenhånd og i tillegg ha fokus på å utføre aktiviteter som er verdibaserte. En slik tilnærming kan ifølge Caneiro et al. (2020) bidra til smertereduksjon og forbedret funksjon.

Lin et al. (2020) har gjennomgått alle høykvalitets retningslinjer for behandling av langvarig smerte hos den voksne befolkningen, og kom frem til elleve anbefalinger for best mulig behandling av smerte. Blant disse var blant annet at det er viktig for personer med langvarig smerte å få informasjon og kunnskap om deres tilstand samt ulike mestringsstrategier de kan benytte for å mestre smertene bedre (Lin et al., 2020). I tillegg oppfordres personer med langvarige smerter til å arbeid eller komme tilbake til arbeid, ettersom det ser ut til å være nyttig for behandlingen (Lin et al., 2020). Det er viktig at pasientene lærer å tilpasse disse strategiene til perioder med forverring og at de oppfordres til å benytte strategiene i hverdagen. Dette kan bidra til økt mestringstro som er i tråd med deres kontekst, preferanser og mål i livet (Caneiro et al., 2020). I tråd med disse anbefalingene anbefaler IASP (2009) at langvarige uspesifikke smerter, som eksempelvis muskel- og skjelettsmerter, bør læres å mestres og ikke kureres.

3.2.1 Mestring og mestringsstrategier

I tråd med den biopsykososiale modellen, er det ofte ingen enkel medisinsk løsning for å kurere langvarige smerter, og det blir dermed vesentlig hvordan den enkelte mestrer det å leve med smertene (Stiles & Fors, 2017, s. 143-153). Å mestre kan defineres som at en er i stand til å håndtere de oppgaver, utfordringer og situasjoner livet fører med seg (Svartdal, 2018). For å oppnå dette kan individet anvende ulike mestringsstrategier. Felles for alle mestringsstrategier er at de bidrar til at personen opplever en følelse av kontroll over eget liv (Vifladt et al., 2004, s. 61). I litteraturen finnes det mange ulike måter å kategorisere mestringsstrategier på (Litt & Tennen, 2015), men det finnes ikke noen mestringsstrategier som er beviselig bedre enn andre. Hvilke mestringsstrategier som bør benyttes varierer fra person til person i tillegg til den konteksten de befinner seg i (Litt & Tennen, 2015). I denne oppgaven vil mestringsstrategier knyttet til fysisk aktivitet og trening, kognitive tilnærminger, stress og salutogenese bli undersøkt nærmere.

Stress og mestring

Den subjektive opplevelsen av stress og angst er med på å påvirke intensiteten i smerteopplevelsen (Stiles & Fors, 2017, s. 143-155). Innen psykologi defineres gjerne mestring som en vellykket, men krevende håndtering av ulike stressopplevelser (Samdal et al., 2017). Det er derfor viktig at personer med langvarige smerter lærer seg å håndtere stress, for å bedre håndtere sin smertesituasjon (Stiles & Fors, 2017, s. 143-145). Stress kan både være sunt og usunt. Sunt stress, er en type stress hvor individet opplever

mestring av den aktuelle utfordringen, uten å oppleve den som en trussel eller frykt. Videre er sunt stress viktig for positiv utvikling og et godt liv (Samdal et al., 2017). En annen form for stress, er akutt stress. Dette er gjerne overraskende situasjoner som trenger en rask reaksjon, men er gjerne av kort varighet. Akutt stress er derfor ikke nødvendigvis negativt, så lenge en har en egnet reaksjon eller gode måter å slappe av på (Samdal et al., 2017).

Langvarig stress er en type stress som forekommer når individet opplever flere stressfaktorer som belastende uten å mestre situasjonen (Samdal et al., 2017). Dersom individet utsettes for langvarig negativt stress som de ikke opplever å mestre, kan dette føre med seg flere negative konsekvenser, både psykologiske og fysiologiske (Samdal et al., 2017). Fysiologiske reaksjoner på langvarig negativt stress kan blant annet være forstyrret søvn, hjertebank, hodepine, redusert hukommelse og smerter (Fors, 2012; Samdal et al., 2017). Langvarige stressbelastninger kan også påvirke den psykiske helsen gjennom eksempel depresjon og angst, som også er risikofaktorer for smerteproblematikk (Fors, 2012). Langvarig stress kan likevel endres til sunt stress ved at individet tilegner seg nye eller andre ressurser for å mestre situasjonen bedre (Samdal et al., 2017).

Ifølge transaksjonell stressteori vil individets opplevelse av en stressfaktor avhenge av hvilke ressurser den enkelte opplever å ha tilgjengelig for å håndtere belastningen (Samdal et al., 2017). Det vil si at dersom individet opplever at kravene som stilles i den aktuelle situasjonen er større enn de ressurser en opplever å ha, kan situasjonen oppleves som en trussel og utløse en stressreaksjon (Samdal et al., 2017). Hvis individet på den andre siden opplever at kravene og utfordringen er rimelig i forhold til de ressurser personen innehar, kan situasjonen løses og føre til en positiv opplevelse med mestring og utvikling (Samdal et al., 2017).

Salutogenese, empowerment og mestring

Det salutogenetiske helseperspektivet har et helsefremmende fokus, og legger vekt på menneskets ressurser og potensiale for å generere og utvikle positiv helse for å kunne effektivt håndtere negative stressorer i livet (Wiesmann et al., 2014). Begrepet empowerment er sterkt knyttet til det salutogenetiske helseperspektivet, og defineres som en prosess som gjør den enkelte i stand til å ta kontroll over det de selv synes er viktig i livet ved å mobilisere nødvendige ressurser og muligheter (Castro et al., 2016; Lønne, 2022). Ifølge Mæland (2016) er dette faktorer som kan føre til en økt opplevelse av mestring over egen situasjon.

Videre kan begrepene empowerment og mestring ifølge Askheim et al. (2007) sidestilles, fordi begge begrepene omhandler hvordan personer med langvarige funksjonsnedsettelse kan lære seg å leve med og mestre sine utfordringer og dermed oppleve kontroll over eget liv. Det å bli bevisst sine egne muligheter, ressurser, verdier og styrke er en viktig del av empowermentprosessen (Vågan, 2020; Walseth & Malterud, 2004). Ifølge Vågan (2020) kan læring, mestring og endring av handlinger være et resultat av empowermentprosessen.

3.2.2 Fysisk aktivitet som mestringsstrategi

Regelmessig fysisk aktivitet kan være en viktig mestringsstrategi for å forbedre prognosen og redusere smertene hos personer med langvarig smerteproblematikk (Böressjon et al., 2015). Det kan imidlertid være vanskelig for mange å komme i gang med fysisk aktivitet på egenhånd. Veiledet aktivitet av helsepersonell kan derfor føre til aha- opplevelser og

nye tanker om hvilke muligheter personer med smerter har til å trene (Aas, 2018, s. 254-267).

Det er vist at fysisk aktivitet har en smertemodulerende effekt, som kan påvirke smerteopplevelsen både under og etter fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan påvirke smerteterskelen under treingen og kan bidra til smertelindring i etterkant av aktiviteten (Böressjon et al., 2015). Det ser ut til at personer som er regelmessig aktive har høyere smerteterskel. En stor andel av personer med langvarige smerter opplever sekundære muskelspenninger grunnet smertene. Disse muskelspenningene kan reduseres ved fysisk aktivitet og bevegelsestrening. I tillegg kan fysisk aktivitet føre til et bedret kroppsbilde hos den enkelte ved at de føler seg som et friskt individ fordi de kan trene (Böressjon et al., 2015). Regelmessig fysisk aktivitet har flere andre positive effekter på nedstemthet, stress, depresjon, angst og søvnproblematikk som kan bedre evne til å mestre smertesituasjonen og redusere smerteopplevelsen (Böressjon et al., 2015).

Det er ikke slik at all aktivitet behøver å være smertefri ettersom trening både med og uten smerter er vist å kunne bidra til smertereduksjon på lang sikt (Smith et al., 2017). På kort sikt ser det ut til at trening med lette smerter, er mer hensiktsmessig enn fullstendig smertefri trening når det kommer til grad av smertereduksjon (Smith et al., 2017). Det virker som at denne tilnærmingen kan gi en positiv effekt på smertevarslingsystemet i sentralnervesystemet og videre kan bidra til en reduksjon av bevegelsesfrykt, dersom det blir tydelig formidlet at det ikke er farlig å trene med smerter.

Anbefalinger for fysisk aktivitet for personer med langvarig smerte er at aktiviteten bør drives regelmessig og kontinuerlig, for å ha en direkte og indirekte smertelindring. Aktiviteten bør vare i minimum ti minutter, men gjerne lenger (Böressjon et al., 2015). Det er i hovedsak anbefalt ulike varianter for kondisjons- og utholdenhetstrening som gåturer, jogging, løping, sykling og svømming, og at aktiviteten starter med lav intensitet og har en rolig progresjon, uavhengig av type aktivitet (Böressjon et al., 2015). Ifølge Booth et al. (2017) er det ingen spesifikk treningsform som har bedre effekt enn andre når det kommer til behandling av langvarige smerter. Det er likevel viktig å tilpasse valg av aktivitet til den enkeltes preferanser, fysiske funksjon og smertetilstand (Böressjon et al., 2015). Ifølge Umeda et al. (2014) kan det å utføre fysisk aktivitet den enkelte trives med, føre til økt sannsynlighet for å opprettholde et økt aktivitetsnivå over tid. Uavhengig av aktivitetsform så er det trolig de generelle psykologiske effektene felles for all fysisk aktivitet som har størst påvirkning på smerte- og funksjonsnivå (Booth et al., 2017).

3.2.3 Kognitive tilnærminger som mestringsstrategi

Med utgangspunkt i den biopsykososiale modellen er det ikke kun fysiologiske faktorer, men også psykologiske faktorer, som er viktig å ta hensyn til ved utforming av behandlingstilbud (Nielsen & Handal, 2018; Aas, 2018). Kognitiv behandling kan bestå av blant annet psykoanalytisk terapi, oppmerksomt nærvær, biofeedback, ulike former for psykososiale tiltak, kognitiv atferdsterapi og mindfulness (Steiro et al., 2012). Slike behandlingstilbud skal gi personer muligheten til å utvikle mestringsferdigheter og redusere de negative psykologiske konsekvensene langvarig smerte kan føre med seg som depresjon, passivitet og isolasjon og på den måten føre til økt livskvalitet (Aas, 2018, s. 204-220). Det er ofte ikke mulig å eliminere smerten fullstendig, men individet lærer seg strategier for å leve et produktivt liv, i et liv med smerter (Stiles & Fors, 2017). Det å utfordre personer med langvarig smerte til å ta medansvar og se hvordan de selv kan bidra til å få en bedre hverdag kan derfor være nyttig (Aas, 2018, s. 276-285).

Gjennom eksempelvis mindfulnessbaserte intervensjoner skal den enkelte lære å være mer til stede i øyeblikket, ha en mer ikke-dømmende holdning til de ulike opplevelser og situasjoner livet fører med seg. I tillegg skal en gjennom mindfulness lære å håndtere negative følelser bedre gjennom å akseptere utfordringene og tak for å forbedre situasjonen (Majeed et al., 2018). Mindfulness er en strategi som har vist seg å være effektiv for personer med langvarige smerter, ved at personen bryter ut av syklusen av smerte, angst og unngåelse (Stiles & Fors, 2017, s. 143-154). Mindfulness gir også personer med langvarige smerter muligheten til å redusere egne negative tankemønstre (Stiles & Fors, 2017), samt kan bidra til å redusere smerte, øke funksjon og livskvalitet. (Majeed et al., 2018). I tillegg kan det å utøve mindfulnessbaserte teknikker føre til økt evne til å håndtere stress (Lein, 2016). En systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse av Pei et al. (2021) viser at mindfulnessbaserte intervensjoner ikke førte til noen signifikant endring på smerteintensitet, smerteinterferens eller aksept av smertene på verken kort eller lengre sikt, men at intervensjonen hadde positiv effekt på depresjon. Veehof et al. (2016) poengterer imidlertid at poenget med mindfulnessbaserte intervensjoner er at man skal redusere smertene, men heller øke evnen til aksept av smertene.

Formålet med kognitive intervensjoner, er å motivere pasienten til å bearbeide og endre tanker, følelser og atferd som kan påvirke smerteopplevelsen (Steiro et al., 2012). Det som foregår i tanke- og følelselivet påvirker smertereguleringen, og det er vist at smertereduksjon og bedret livskvalitet først oppstår etter at personen har arbeidet med tanker, følelser, mestring og stresskontroll (Aas, 2018, s. 68-78). Kognitive behandlingsformer stiller nokså høye krav til den enkelte, men det ser ut til at de positive endringene har en tendens til å bli varige (Aas, 2018, s. 68-78).

3.3 Aksept- og forpliktelsesterapi

Kognitiv atferdsterapi er det ledende kognitive behandlingstilbudet for personer med langvarige smerter. En systematisk oversiktsartikkel av Williams et al. (2020) finner likevel kun en liten effekt på smertereduksjon og funksjonsforbedring når den kognitive tilnærmingen sammenliknes med en kontrollgruppe. En nyere og mye brukt kognitiv tilnærming for behandling av langvarige smerter er blant annet aksept- og forpliktelsesterapi (ACT). Aksept- og forpliktelsesterapi, eller aksept og verdibasert atferdsterapi, kommer fra det engelske begrepet acceptance and commitment therapy (ACT) og er en nyere form for kognitiv atferdsterapi (Harris, 2013; Hayes et al., 2018).

Kjernen i ACT er å lære å akseptere det som ligger utenfor egen kontroll samt å engasjere seg i forpliktende handlinger som kan gjøre livet bedre. I tillegg legger ACT vekt på verdier og hva som er viktig for den enkelte, med mål om å leve et verdistyrkt liv. Formålet med ACT er å hjelpe individer med å skape et rikt, givende og meningsfylt liv, samtidig som en effektivt lærer å håndtere det unngåelige stresset og smertene livet fører med seg (Harris, 2013, s. 81). Det er viktig å forstå at ACT ikke handler om å redusere, fjerne eller unngå negative tanker og følelser, men å redusere den virkningen de har på individet for at man skal kunne leve et bedre liv (Harris, 2013). ACT består av seks hovedprosesser: kontakt med nået, defusjonering, akseptering, selvet som kontekst, verdier og forpliktende handlinger for å utvikle bedre psykologisk fleksibilitet (Harris, 2013, s. 25-29). Psykologisk fleksibilitet er en viktig ferdighet for å kunne skape et rikt, givende og meningsfullt liv, selv i et liv med smerter.

Gjennom ACT skal man tilegne seg ferdigheter som gir muligheten til å håndtere negative følelser og tanker på en mer hensiktsmessig måte, slik at de får mindre negativ innvirkning

på individet. Dette gjøres gjennom å styrke ferdighetene i oppmerksomt nærvær hos den enkelte (Harris, 2013, s. 18). I tillegg vil ACT bidra med å tydeliggjøre hva som er betydningsfullt og viktig for individet og klargjøre verdier hos den enkelte samt gi den enkelte muligheter til å sette seg mål og utføre handlinger som beriker livet (Harris, 2013, s. 18). Verdier handler om hva hver enkelt ønsker innerst inne. Verdier er ønskede kvaliteter ved varige handlinger og beskriver hvordan individet ønsker å oppføre seg til enhver tid, som igjen er med på å skape atferd. Det å engasjere seg i forpliktende handlinger, handler om å utføre effektive og målrettede handlinger i tråd med livsverdier. Det er først når handlingene våre gjenspeiles av verdiene vi setter oss, at en kan leve et rikt, givende og meningsfylt liv.

Innen ACT er det viktig å være fullt oppmerksom på det en opplever her og nå i stedet for å tenke på andre tanker eller gå på autopilot. Kontakt med nået handler om å være mentalt til stede, være i bevisst kontakt med og engasjert i det som skjer her og nå (Harris, 2013). Å defusjonere vil si at man klarer å ta avstand fra egne tanker, forestillinger og minner, slik at de ikke har like stor makt og påvirkning på individet. Defusjonering handler om å tillate at følelser og tanker kommer og går, uten at individet henger seg opp i dem. I ACT-sammenheng, vil det å akseptere si at man åpner opp og gir rom for smertefulle følelser, fornemmelser, impulser og emosjoner uten at dette er overveldende for individet (Harris, 2013). Målet er å kunne se på tanker og følelser for det der er; kun ord og bilder. Selvet er delt inn i to, selvet som tenker og selvet som observerer. Det tenkende selvet er den delen av hjernen som hele tiden tenker, oppfatter, skaper minner, gjør vurderinger og planlegger. Det observerende selvet er den delen av selvet som observerer tankene og innholdet i dem. I løpet av livet vil tanker, kroppen og roller endres, mens det observerende selvet, som legger merke til disse endringene, er konstant. Innen ACT omtales dette som ren oppmerksomhet (Harris, 2013).

Enkelt oppsummert handler ACT om å akseptere tanker og følelser, være til stede i nået, velge ut livsverdier og utføre engasjerende handlinger i tråd med verdiene (Harris, 2013). Tanken er at en skal klare å finne en mening og et formål i livet, selv i vanskelige tider med mye smerter. ACT benyttes ved mange ulike tilfeller og er vist å være effektivt ved flere ulike lidelser, både ved psykiatriske-, somatiske- og stressrelaterte plager, med en overvekt på psykiatriske og somatiske plager (Harris, 2013). En metaanalyse av Ost (2014) viser at ACT benyttes hos pasienter med psykologiske symptomer som angst og depresjon, samt somatiske lidelser som hodepine, kreft, arbeidsrelatert stress og smerter (Ost, 2014). Ifølge Harris (2013) kan alle uavhengig av lidelse ha utbytte av å øke den psykologiske fleksibiliteten, være mer tilstede i nået samt å bedre akseptere livet slik det er.

Innenfor behandling av langvarige smerter, er det flere studier som har undersøkt effekten av å implementere ACT som en sentral del av behandlingen. I tillegg har flere studier sett på effektene av å kombinere ACT med andre mestringsstrategier slik som fysisk aktivitet og mindfulness. Et utvalg av disse studiene som er relevant for problemstillingen vill bli gjennomgått i neste del.

3.4 Kunnskapsstatus

Det er dokumentert at å forsøke å kontrollere eller endre smertene eller tankene rundt smerter kan være uhensiktsmessig og ofte kan føre til økt ubehag (Vowles & McCracken, 2010). Teoretisk sett kan ACT være en alternativ psykologisk behandlingsform som fokuserer på å øke aksepten rundt det å leve med smerter (Hughes et al., 2017).

Flere studier har undersøkt effekten av ACT for langvarige plager sammenliknet med en kontrollgruppe som ikke får oppfølging, og flere av disse har blitt oppsummert i systematiske oversiktsartikler (Du et al., 2021; Hughes et al., 2017; Veehof et al., 2016). En systematisk oversikt og metaanalyse av 25 RCT studier har undersøkt effekten av aksept- og mindfulnessbaserte intervensjoner på behandling av smerter (Veehof et al., 2016). I den systematiske oversikten ble det funnet små effekter på smerteintensitet, depresjon, funksjonsevne og livskvalitet i favør intervensjonsgruppene. I tillegg hadde intervensjonsgruppene moderat effekt på grad av angst og i hvor stor grad deltakelse i livene deres ble påvirket av smertene deres (Veehof et al., 2016).

En annen systematiske oversikt av Hughes et al. (2017) som undersøkte effekten av aksept- og forpliktelsesbasert terapi på voksne med langvarig smerte opp mot en kontrollgruppe, fant en moderat til stor effekt på bedring av aksept for smerte samt økt psykologisk fleksibilitet hos gruppene som mottok ACT. I tillegg hadde intervensjonsgruppene liten til moderat effekt på funksjon, angst og depresjon, men det var ingen signifikante forskjeller på smerteintensitet eller livskvalitet mellom gruppene. En systematisk oversiktsartikkel av Du et al. (2021) viser lav til moderat effekt på kortsiktig bedring av funksjon etter ACT, men at det er usikkerhet om effektene kan opprettholdes over lengre tid (Du et al., 2021). Det er med andre ord varierte funn blant de systematiske oversiktene som ser på effekten av ACT alene på smerter og funksjon. Andre enkeltstudier har på sin side undersøkt effektene og erfaringene av å kombinere ACT med andre tiltak, slik som fysisk aktivitet eller mindfulness (Bendelin et al., 2020; Casey et al., 2022; Gismervik et al., 2019; Mathias et al., 2014; Rise et al., 2015; Thompson et al., 2018).

Casey et al. (2022) publiserte nylig en RCT studie som undersøker effekten av et åtte ukers smertemestringsprogram bestående av ACT kombinert med veiledet trening (ExACT) sammenliknet med veiledet trening alene, for voksne med langvarige smerter. 175 personer ble randomisert i enten intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen. Resultatene viser ingen signifikant effekt av ExACT når det kommer til i hvor stor grad deltakerne ble hindret i hverdagen sin av smertene sine, sammenliknet med kontrollgruppen etter tolv uker. Intervensjonsgruppen rapporterte imidlertid økt mestringsstro på å delta i aktiviteter til tross for smerter, mindre katastrofetanker, økt deltakelse i verdibaserte handlinger sammenliknet med kontrollgruppen. Funnene gjenspeiler viktige elementer fra ACT, og spesielt at fokuset ligger på å mestre smertene, fremfor å fjerne de. Sistnevnte fanges imidlertid bedre opp i kvalitative studier, som på sin side ser på hvordan personer med langvarige smerter opplever hvordan tiltakene påvirker dem (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

En kvalitativ studie av Bendelin et al. (2020) har undersøkt hvordan elleve deltakere opplevde å delta i et nettbasert ACT-kurs. Resultatene viser store sprik i hvilke erfaringer deltakerne satt igjen med etter intervensjonen (Bendelin et al., 2020). Deltakerne opplevde å ha mer kontroll over eget liv og klarte bedre å balansere hvilke aktiviteter de skulle prioritere. Flere deltakere rapporterte økt evne til å fokusere på seg selv, og sine behov, men at det var utfordrende og tungt arbeid. Noen deltakere rapporterte endring i atferd og hadde etter kurset et sterkt ønske om å endre måten de levde livet på. Andre fortsatte søken på mestringsstrategier og mer passive behandlingsmetoder i etterkant av kurset uten å oppleve endret atferd. Deltakerne rapporterte at de hadde bedre evne til å mestre smerten og hindre smerten fra å eskalere, etter å ha arbeidet med ulike mindfulnessbaserte teknikker (Bendelin et al., 2020).

Det er få kvalitative studier som undersøker hvordan deltakere opplever prosessen av atferdsendringer gjennom og etter ACT opp mot arbeidsrettet rehabilitering (Gismervik et al., 2019). Gjennom fokusgruppeintervju fant Gismervik et al. (2019) at deltakerne innså at å forsøke å kontrollere følelsene, tankene sine og sine kroppslige følelser kunne være med å opprettholde smertene sine, men at de aksepterte situasjonen sin generelt bedre etter ACT. Flere av deltakerne opplevde også at mindfulness førte til en subjektiv reduksjon av stress og spenning i kroppen og forbedret søvn. Andre deltakere opplevde at det var for lite trening på mindfulness under kurset. Ingen deltakere uttrykte at de hadde utviklet en mer fleksibel opplevelse av selvet gjennom økt selvbevissthet. Deltakerne opplevde arbeidet med å finne ut hvilke verdier som var viktig for den enkelte som krevende, men nyttig for å eksempelvis fokusere mer på selvomsorg (Gismervik et al., 2019).

Rise et al. (2015) intervjuet på sin side 29 voksne, som var sykmeldte grunnet muskel- og skjelettplager eller de vanlige mentale lidelser, som deltok i et gruppebasert behandlingsopphold ved et rehabiliteringssenter i Norge. Kurset hadde en varighet på 17 arbeidsdager, og besto av ACT, fysisk trening og å utarbeide en arbeidsdeltakelsesplan. Deltakerne mottok individuelle samtaler og hadde individuelle treningsveiledning i tillegg til de gruppebaserte aktivitetene. Etter kurset opplevde blant annet deltakerne at de hadde økt bevissthet rundt verdier og hva som var viktig for dem i livet i tillegg til å balansere ulike aspekter i livet best mulig (Rise et al., 2015). En annen kvalitativ studie trekker frem at økt fleksibilitet, økt bevissthet rundt personlige verdier og hvordan ta verdibaserte valg, økt selvfølelse var atferdsendringer som deltakere med langvarig smerte rapporterte etter deltakelse i et tverrfaglig fire ukers behandlingsprogram med ACT (Thompson et al., 2018). Deltakerne i studiet til Thompson et al. (2018) opplevde også økt deltakelse og engasjement i verdibasert aktivitet.

Et annet studie av Mathias et al. (2014) har på sin side undersøkt de individuelle erfaringene av å delta i et åtte ukers smertemestringsprogram basert på ACT. Deltakerne fikk et nytt forhold til smertene sine og deres indre ved at de i større grad ikke opplevde at smerten tok over livet deres. Mindfulness og pusteteknikker var nyttig for flere for å øke evnen til å håndtere og kontrollere smertene. Mange av deltakerne snakket om at det var nyttig å lære og forstå at trening var mulig, og at det førte til en følelse av frihet fra smertene (Mathias et al., 2014).

Basert på denne litteraturgjennomgangen er det med andre ord flere kvantitative studier som evaluerer effekten av ACT hos personer med langvarige smerter. Det er imidlertid færre kvalitative studier som undersøker deltakernes erfaringer rundt å delta i et slik mestringskurs og hva de opplever at de lærer og tar med seg inn i hverdagen etter kurset. Det finnes også nokså få kvalitative studier som undersøker tilbud kombinert med både ACT og fysisk trening. I tillegg er de fleste eksisterende kvalitative studiene som undersøker opplevelsen av å delta i et program bestående av ACT og trening, utført ved et rehabiliteringssenter hvor det er behov for henvisning fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten for å kunne delta. Det er altså etter min kunnskap, per dags dato, ingen kvalitative studier som evaluerer hvordan personer med langvarige smerter opplever å ha deltatt i et lavterskeltilbud bestående av både ACT og trening. Videre er etter min kunnskap, heller ingen kvalitative studier som undersøker hvilke mestringsstrategier personer med langvarige smerter sitter igjen med etter deltakelse i et mestringskurs bestående av ACT og veiledet trening.

4. Metode

I dette kapitlet vil settingen rundt pilotprosjektet «Å leve med smerter» som denne studien bygger på beskrives. Videre vil metoden som ble brukt for å svare på problemstillingen «*hvilke mestringsstrategier har personer med langvarige smerter tatt med seg etter et åtte ukers lavterskel smertemestringskurs, bestående av ACT og veiledet trening, for å håndtere smertene sine*» bli fremstilt og begrunnet. Intervju-, transkripsjons- og analyseprosessen vil også bli presentert. Avslutningsvis vil min for forståelse samt etiske vurderinger redegjøres for og drøftes.

4.1 Setting

Orkland kommune gjennomførte våren 2021 en pilotstudie av mestringskurset «Å leve med smerter», for personer med langvarig smerteproblematikk i Orkland kommune. Målet med smertemestringskurset var at deltakerne skulle lære å mestre en hverdag og et liv med smerter. «Å leve med smerter» var et gruppebasert mestringstilbud for personer bosatt i Orkland kommune, i aldersgruppen 18- 67 år og som har hatt smerter i mer enn seks måneder og ønsker å være i arbeid. Deltakere i pilotprosjektet «Å leve med smerter» ble rekruttert gjennom NAV, fastleger, kommunale tjenester, åpen informasjon om kurset på kommunens Facebookside og gjennom annonser i den lokale avisen. Deltakerne i pilotstudien var ti kvinner i aldersgruppen 24 - 59 år.

Før oppstart fikk alle deltakerne en samtale med kommunale terapeuter fra psykisk helse og rus for å kartlegge om mestringstilbudet passet for dem. Kurset gikk over åtte uker og besto av en kombinasjon ACT og tilrettelagt fysisk aktivitet. ACT- komponenten og aktivitetskomponenten ble holdt på ulike dager, henholdsvis mandager og onsdager, gjennom hele kurset.

ACT-komponenten ble ledet av to terapeuter ved psykisk helse og rusarbeid i Orkland kommune, og ble arrangert én gang per uke á fem timer. Kursdagene var lagt opp med en variasjon av undervisning fra kursholderne, individuelt arbeid, gruppearbeid, opplevelsesøvelser og bruk av videoer og lydklipp. Deltakerne fikk i tillegg hjemmeoppgaver mellom hver kursdag. Hver kursdag startet med en kort økt med mindfulness. Hovedtemaene for de åtte kursdagene var oppmerksomt nærvær, verdiforpliktet handling, verdibasert liv, kreativ håpløshet, forpliktete handlingsmønstre, fusjonering, villighet og selvet som kontekst. Se *tabell 1* for mer detaljert kursinnhold, og *vedlegg 1* for fullstendig timeplan. Timeplanen er utarbeidet av Orkland kommune og har tatt utgangspunkt i ACT Hysnes gruppe-manual 4.0 av Jacobsen et al. (2015).

Aktivitetskomponenten ble ledet av fysioterapeuter ved Orkanger fysioterapi og Osteopati (OFO) én gang per uke á 1 ½ time. Aktivitetsdelen inneholdt tilpassede aktiviteter med kondisjonstrening, styrke, kroppsbevissthet og avspenning og ble holdt både inne og utendørs. Alle økter ble gjennomført i gruppen, men hadde fokus på individuelle tilpasninger og individuelt arbeid.

Tabell 1: Grov oversikt over innholdet i kurset.

Uke	Mandag: ACT-komponent	Tirsdag: Fysisk aktivitet og trening
1	Introduksjon i ACT. Villighet, forpliktelse til videre arbeid.	Teori om smerte og gåtur i lokalområdet.
2	Bevisstgjøring av verdier, verdiforpliktete handlinger, oppmerksomt nærvær og kreativ håpløshet.	Slyngetrening. Avspenningsteknikker og kroppsbevissthet.
3	Villighet som en måte forholde seg til tanker og følelser på.	Slyngetrening. Avspenningsteknikker og kroppsbevissthet.
4	Verdiforpliktete handlinger og valg, utarbeide målsetninger i en verdibasert retning.	Varianter av styrketrening med og uten apparater. Tilpasse til egen kropp.
5	Bevisstgjøring av verdier og målsetninger. Mindfulness. Fusjonering.	Individuelt tilrettelagte styrkeøvelser. Tilpasse egen kropp.
6	Fusjonering og defusjonering. Selvet som kontekst.	Utendørs aktivitet, intervalltrening i motbakke.
7	Fleksibel holdning til tanker, følelser og kroppsformennelser.	Utendørs aktivitet.
8	Oppsummering, sette kurset sammen til en helhet.	Bassentrening med styrke, kondisjon og avspenning. Oppsummering av kurset.

4.2 Kvalitativ metode

I denne studien er kvalitativ metode hensiktsmessig, fordi formålet er å få frem deltakernes erfaringer rundt hvilke mestringsstrategier de har lært og tatt med seg inn i hverdagen for å håndtere smertene sine etter smertemestringskurset.

I kvalitativ metode er formålet å beskrive, forstå, fortolke eller dekonstruere menneskelige erfaringer (Brinkmann et al., 2012). Ifølge Malterud (2011) vil en gjennom kvalitativ forskning kunne få informasjon om menneskelige egenskaper, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger. Kvalitativ forskning kan gi forståelse rundt hvorfor mennesker gjør som de gjør, ved at en kan være nysgjerrige rundt mening, betydning og nyansen av hendelser (Malterud, 2011). På denne måten kan forskeren fange opp ulike nyanser og et subjektivt inntrykk av noe (Malterud, 2017).

I denne masteroppgaven er det brukt et fenomenologisk perspektiv for å kunne undersøke og forstå hvordan fenomenet langvarige smerter oppleves etter deltakelse i et smertemestringstilbud. Når det kommer til kvalitativ forskningsmetode, handler det fenomenologiske perspektivet om å forstå de sosiale fenomener utfra informantenes egne perspektiver og opplevelser, og at virkeligheten er den som oppleves virkelig for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.1 Det kvalitative individuelle forskningsintervju

Denne studien har benyttet kvalitative individuelle forskningsintervju som metode for datainnsamling. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden fra deltakernes

ståsted, ved å få frem deres erfaringer og opplevelser av verden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20).

Semistrukturerte intervju

Det ble valgt å gjennomføre semistrukturerte dybdeintervju for å innhente beskrivelser av hvordan mestringskurset har påvirket intervjupersonens livsverden når det kommer til å håndtere deres langvarige smerter (Kvale & Brinkmann, 2015). Et semistrukturert intervju består av overordnede temaer og forslag til spørsmål som kan stilles under intervjuet. Samtidig er et semistrukturert intervju preget av åpenhet når det kommer til rekkefølgen og formulering av spørsmål slik at det passer inn i den enkelte intervjusituasjonen, og bidrar til å kunne fortolke betydningen av fenomenene som kommer frem under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156).

I forkant av intervjuet ble det derfor utarbeidet en intervjuguide med veiledning fra veileder om hvilke hovedtema, hovedspørsmål, underspørsmål samt eventuelle oppfølgingsspørsmål som ville være hensiktsmessig for å få et best mulig intervju med data som kan besvare problemstillingen (Malterud, 2011). Intervjuguiden er vedlagt som *vedlegg 2*. De overordnede temaene for intervjuet var hvilke erfaringer deltakerne hadde med smertemestringskurset og hvordan smertemestringskurset har bidratt til endringer når det kommer til smertemestring i hverdagen i relasjon til deres psykiske, fysiske og sosiale helse.

Intervjuguiden består av åpne spørsmål for å få en samtale som bringer frem ny kunnskap og nye spørsmål rundt problemstillingen gjennom at informantene fikk muligheten til å fortelle mest mulig åpent rundt sine erfaringer med deltakelse i smertemestringskurset. Eksempelvis kunne selve intervjuet starte med «kan du fortelle litt om hvordan du opplevde smertemestringskurset?» og «på hvilken måte har du benyttet det du lærte i smertemestringskurset i hverdagen din i etterkant av kurset?». Spørsmålene og formuleringene ble justert noe undervis i intervjuprosessen, basert på erfaringer på hva som fikk informantene til å fortelle mest mulig. Det ble eksempelvis lagt til spørsmål som «hva har du tatt med deg i hverdagen etter smertemestringskurset», «fikk du noen aha-opplevelser i løpet av kurset?» og «hva husker du best i fra kurset?», da disse spørsmålene førte til mer dybde i svarene til informantene.

4.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Informantene til denne studien ble rekruttert blant de ti deltakerne i pilotprosjektet «Å leve med smerter», som ble gjennomført i Orkland kommune våren 2021. Studien er basert på et tilgjengelighetsutvalg, som vil si at en er avhengig av hvor mange det var mulig å få tak i (Malterud, 2017). Et slikt utvalg, kan resultere i at en ikke oppnår metning i resultatene, hvor en ikke lenger får ny kunnskap (Malterud, 2017).

Alle de ti deltakerne i mestringskurset «Å leve med smerter» fikk informasjon om, og ble forespurt å delta i denne studien på den siste dagen av mestringskurset. Alle deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien. Et informasjonsskriv med samtykkeskjema ble levert til deltakerne i forkant av intervjuet. Informasjonsskrivet (*vedlegg 3*) inneholdt informasjon om formålet med studien, at det er frivillig å delta og at de når som helst kan trekke seg, personvern, behandling av personopplysninger, rettigheter samt kontaktinformasjon til masterstudent, masterveileder, lokal prosjektleder, personvernombud ved NTNU og Norsk senter for forskningsdata (NSD). I slutten av dokumentet har deltakerne mulighet til å signere for samtykke til deltakelse i

studien. Masterstudent fikk telefonnumrene til kursdeltakerne for å avtale sted og tidspunkt for intervjuet.

Det var ønskelig å rekruttere så mange informanter som mulig, for å få en så god metning i resultatene som mulig. Før oppstart var det ønskelig med seks til ti deltakere. Informasjonsstyrke kan benyttes ved usikkerhet om metningen. Informasjonsstyrken påvirkes av flere faktorer, som smal problemstilling, om utvalget passer til problemstillingen, om det er benyttet teoretiske perspektiver underveis, om dialogen mellom intervjuerperson og intervjueren er sterk og om analysen er gjort langsgående. Dersom disse faktorene er til stede kan antall deltakere være mellom fire og syv, og fortsatt ha god metning (Malterud, 2017).

4.4 Gjennomføring av intervjuet

Informantene hadde mulighet til å velge om de ønsket å gjennomføre intervjuene hjemme hos seg selv, eller på et samtalerom i et kommunalt bygg. Informantene fikk også velge selv når på dagen de ønsket å ha intervjuet. Alle informantene valgte å gjennomføre intervjuet på det kommunale samtalerommet, og det samme rommet ble brukt til alle informantene. Rommet var innredet med et lite bord samt to lenestoler. Intervjuet ble tatt opp med en båndopptaker, som lå synlig på bordet under intervjuet. Informantene ble tydelig forklart formålet med, og bruken av denne. Informantene ble oppfordret til å ikke fokusere på at intervjuet ble tatt opp, men å tenke at det var en samtale. Informantene ble tilbydd kaffe eller te i forkant og vann, kjeks og frukt var tilgjengelig under hele intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på 49 minutter til 77 minutter, med gjennomsnittlig varighet på 65 minutter. Intervjuene ble gjennomført i perioden 10.11.21-25.11.21, rundt seks måneder etter mestringskurset. Av praktiske årsaker ble det gjennomført maksimalt ett intervju per dag.

For å skape en god relasjon til informantene samt skape gode rammer for intervjuet, er det viktig at informantene føler seg godt informert samt at intervjueren forteller litt om seg selv og sin bakgrunn (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtalen før intervjuet besto av uformell prat, min rolle i prosjektet og litt om informantenes bakgrunn. Før selve intervjuet startet ble informasjon om studien og informantens rettigheter repetert muntlig ved gjennomgang av informasjonsskrivet. Dette ga muligheten til å svare på eventuelle spørsmål fra informantene og sikre at informantene hadde forstått informasjonen (Skilbrei, 2019). Dette ble gjort for å sikre kravet om informert samtykke. Det ble tydelig formidlet at det var frivillig å delta i studien og at samtykket når som helst kunne trekkes tilbake. Det er viktig for å skape tillit mellom intervjuer og informant og at informantene føler seg trygge og ivaretatt for å få en så god samtale som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Videre startet selve intervjuet med at det ble stilt introduksjonsspørsmål om hvordan intervjupersonen ble kjent med smertemestringskurset og hvordan veien deres til kurset var. Deretter ble det stilt spørsmål om hvordan de opplevde kurset og hvilke erfaringer de tok med seg fra kurset. Intervjuguiden ble benyttet for å sikre at overordnede tema og spørsmål ble besvart, men spørsmål og rekkefølge ble endret og tilpasset til hvert enkelt intervju for å opprettholde god flyt i samtalen. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål til det informantene snakket om underveis. I flere av intervjuene svarte intervjupersonen på spørsmålene før de ble stilt. Likevel ble spørsmålene stilt der det passet seg, for å sikre at intervjupersonen fikk delt rikelig rundt temaet. Enkelte spørsmål var formulert som ja/nei spørsmål for avklaring, men der det var behov ble deltakeren bedt om å utdype svaret.

Når intervjuer opplevde at informant ikke delte mer rundt spørsmålene eller temaene i intervjuguiden samt forskningsspørsmålet, gikk intervjuet over i avslutningsfasen. De overordnede temaene som var blitt tatt opp av informanten, ble oppsummert av intervjueren mot slutten av intervjuet. Dette ga intervjupersonen mulighet til å endre eller tilføye informasjon og eventuelt snakke om temaer de opplevde at ikke hadde blitt dekt under intervjuet. Informantene ble også spurt om det var noe de følte at de ikke hadde blitt spurt om underveis i intervjuet. Etter at båndopptakeren var skrudd av, ble det igjen repetert at studien er frivillig og at de kan trekke seg fra studien, eller trekke deler av det de har sagt. Ingen av informantene ønsket å trekke seg. Intervjupersonene hadde mulighet til å stille eventuelle spørsmål. Informantene fikk en kopp som takk for deltakelse i intervjuet. Intervjuene ble avsluttet med en uformell samtale og at intervjupersonene ble fulgt ut av lokalet av intervjueren.

Direkte i etterkant av intervjuet ble det skrevet refleksjonsnotater for hånd. Det ble notert informasjon om settingen under intervjuet, hvordan stemningen i rommet opplevdes underveis for intervjueren samt litt bakgrunnsinformasjon om intervjupersonene. Dette kan gi nyttig tilleggsinformasjon som ved transkribering og analyse kan supplere lydopptaket (Malterud, 2011).

4.4.1 Transkribering

Transkribering er en prosess hvor lydopptaket overføres til tekstformat, og skal gi en så riktig som mulig fremstilling av samtalen under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 218). Transkribering av lydopptakene ble gjort av intervjueren i relativt kort tid etter at alle intervjuene var gjennomført. Transkripsjonene er skrevet fullt ut og inkluderer klammetegn med notis dersom intervjupersonen ler, tar lengre pauser, drikker, trekker pusten eller liknende under intervjuet. Det er også benyttet store bokstaver for å illustrere at intervjupersonen vektlegger et ord eller snakker med høyt toneleie. Dette er gjort for å få tekstmaterialet så nært intervjuet som mulig. Transkripsjonen er gjennomført med hovedregel på bokmål, men masterstudenten har underveis i transkripsjonsprosessen vært observant på spesielle dialektord som kan ha en særegen betydning og har vurdert om disse skal tas med i transkripsjonen (Tjora, 2017).

4.4.2 Oppbevaring av data og personopplysninger

Datamaterialet ble oppbevart utilgjengelig for andre enn veileder og masterstudent. Båndopptaker har blitt oppbevart i en låst safe, hvor kun masterstudent har hatt tilgang. Signerte samtykkeskjema ble oppbevart i en egen låst safe. Lydopptakene har blitt overført til et privat sikkert område på NTNU sin server med passordbeskyttelse.

4.4.3 Analyse

Etter transkripsjon har materialet blitt analysert i lys av fortolkende fenomenologi, hvor formålet er å forstå fenomener ut fra deltakernes egne perspektiver, deres oppfatning av verden og hvordan de gir mening til det deltakerne opplever (Kvale & Brinkmann, 2015). Å analysere betyr å dele noe opp i mindre elementer (Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver fem deskriptive analysesteg for fortolkende fenomenologi. Disse stegene innebærer å undersøke helheten, bestemme meningsenhetene, identifisere meningsinnholdet i meningsenhetene, undersøke meningsenhetene i lys av problemstillingen og utarbeide et deskriptivt utsagn for hvert intervju. I tillegg er det nyttig å sammenlikne analyser og tema fra flere intervju og danne et bilde av hovedtemaene som trekkes frem. Etter å ha definert hovedtemaene skal hvert

av disse hovedtemaene beskrives basert på de dataene vi har tilgjengelig (Kvale & Brinkmann, 2015).

Selve analysen startet allerede under transkripsjonsprosessen, ved at det ble dannet et oversiktsbilde over hvilke temaer som opptok informantene. Deretter ble teksten lest gjennom flere ganger for å danne et helhetsbilde, og stikkord som kunne indikere aktuelle temaer ble notert underveis i en egen notatbok. For å komme frem til meningsenhetene er tekstmaterialet lest og markert setning for setning, for å identifisere det som gir mening, altså hvilke deler av teksten som uttrykker mening (Kvale & Brinkmann, 2015). De sentrale temaene i hvert meningsinnhold ble deretter notert i marginen i teksten og ble igjen gjennomlest flere ganger. Underveis ble stikkord i marginen flyttet på og endret utfra hvor det passet best. Kvale og Brinkmann (2015) mener at meningsinnholdet skal uttrykke det sentrale temaet i hver meningsenhet. Hvert enkelt intervju ble gjennomlest igjen, og det ble skrevet et kort sammendrag som oppsummerte hvilke temaer hvert intervju handlet om. Deretter ble intervjuene sammenliknet, og transkripsjonene med felles sentrale tema uavhengig av intervjuperson ble klippet ut og limt på en stor plakat. Plakatene ble i ettertid bearbeidet flere ganger med tanke på hvilke sentrale temaer ulike utsagn passer under. Det ble totalt sett utarbeidet fem plakater.

4.5 Etske betraktninger

Prosjekter som omfatter personopplysninger og data med lyd, video eller bilde skal meldes inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Malterud, 2017). Denne masteroppgaven omfatter personopplysninger gjennom intervju med lydopptak, og ble derfor meldt inn. Prosjektet er godkjent fra NSD, med referansenummer 537009. Se *vedlegg 4* for vurderingsskjema av behandling av personopplysninger.

Et intervju er en moralsk undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Fangen (2010) er det flere etiske prinsipper som er viktige å overholde, som informert samtykke, ivaretagelse av forskningssubjektenes integritet og konfidensialitet. Aktuelle deltakere fikk skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og hva som var hensikten med studien. De som ønsket å delta ga et skriftlig informert samtykke til deltakelse før de ble inkludert i studien. For å ivareta integriteten til informantene, både under og etter intervjuet, samt når det skal presenteres og fortolkes (Kvale & Brinkmann, 2015), ble gjenkjennelige detaljer anonymisert. I tillegg ble sensitive detaljer, lydopptak, transkripsjoner og analysene behandlet med respekt og varsomhet gjennom hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er nødvendig å tenke gjennom hvilke konsekvenser det kan føre med seg å delta i studien (Kvale & Brinkmann, 2015). Studien ble gjennomført i samarbeid med Orkland kommune, da de hadde et ønske om å evaluere smertemestringskurset før det eventuelt blir implementert som et fast tilbud for personer med langvarige smerter i Orkland kommune. Dermed kan deltakelse i studien føre med seg fordeler for målgruppen med langvarige smerter i hele kommunen. Risikoen for skade på informantene er minimal, men det kan tenkes at enkelte deltakere synes det er sensitivt å snakke om hvordan de håndterer smertene sine i hverdagen. Jeg vurderer at summen av potensielle fordeler ved gjennomføring av studien veier tyngre enn risikoen for å skade den enkelte informant (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er flere etiske spørsmål å stille i forkant av en intervjustudie, og det å gjennomføre forskningsintervju medfører en rekke etiske problemer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35). Intervjupersonens mulighet til å snakke åpent og fritt påvirkes av den sosiale relasjonen

mellom forskeren og intervjupersonen og er avhengig av at forskeren klarer å skape et trygt rom for en god samtale (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er viktig at forskeren finner en balanse mellom ønsket om å innhente kunnskap og det å respektere intervjupersonen.

Ved etiske betraktninger er det viktig å vurdere forskerens grad av uavhengighet til forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg hadde ingen tilknytning til gruppen som deltok i studien eller pilotprosjektet i Orkland kommune, og regner meg som uavhengig fra gruppen.

4.6 Forforståelse

Ifølge Malterud (2011) er forforståelsen den ryggsekken hver enkelt tar meg seg inn i forskningsprosjekter, og innholdet i ryggsekken påvirker hele forskningsprosessen. Alle mennesker har en forforståelse de ubevisst eller bevisst har med seg ved tolkning av nye opplevelser og inntrykk. Avhengig av hva en har med seg av tidligere erfaringer vil data samles inn, leses og tolkes på ulike måter (Malterud, 2017).

Med bakgrunn som fysioterapeut har jeg møtt mange personer med ulik smerteproblematikk, og kommer i løpet av min karriere til å treffe mange mennesker med langvarige smerter. Som fysioterapeut arbeider jeg med grunnlag i den biopsykososiale modellen, og har stor vekt på fysisk aktivitet og psykisk helse ved utforming av tiltak. Jeg er derfor godt kjent med bruken av fysisk aktivitet og trening som tiltak hos personer med langvarig smerteproblematikk på individnivå. Dette kan være en fordel under intervjuene da jeg er kjent med begrepene og treningsformene informantene har vært gjennom i mestringkurset (Skilbrei, 2019). Dette kan skape en bedre flyt i intervjuet ved at jeg kan bistå dem dersom de står fast og leter etter begreper knyttet til fysisk aktivitet. På den andre siden kan min bakgrunn som fysioterapeut være et hinder for innsamling av nøytral data da jeg ubevisst kan stille ledende spørsmål (Skilbrei, 2019). For å unngå dette har jeg forsøkt å stille åpne spørsmål med utgangspunkt i intervjuguiden. I og med at aktivitetskomponenten i kurset ble drevet av fysioterapeuter, unnlater jeg å introdusere meg selv som fysioterapeut for informantene. Dette kan være viktig for å hindre at de svarer det de tror at jeg ønsker å høre.

Jeg har derimot tilnærmet ingen forkunnskaper eller erfaringer knyttet til ACT fra før. Dette kan bidra til at jeg stiller åpne spørsmål under intervjuene fordi jeg har et nøytralt utgangspunkt og er nysgjerrig på å lære mer om feltet (Skilbrei, 2019). For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål under intervjuene samt bedre forstå hva informantene delte, er jeg likevel nødt til å sette meg inn i grunnprinsippene til ACT før gjennomføringen av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015).

Som fysioterapeut er jeg vant til å ha terapeutiske samtaler med personer én til én, som er nokså nærliggende til en intervjusamtale, men også helt forskjellige (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 53). I en terapeutisk samtale er formålet å oppnå personlig forandring, mens i et forskningsintervju er formålet å oppnå økt innsikt rundt temaet for både intervjueren og informanten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 60). Det er viktig at jeg tar med meg dette under gjennomføringen av intervjuene.

5. Resultater

Av ti mulige kursdeltakere, samtykket seks personer til deltakelse i studien, men én person trakk seg av ukjente grunner. Det ble derfor gjennomført fem intervjuer. De inkluderte informantene er fem kvinner i aldersgruppen 47-59 år som hadde hatt smerteproblematikk i 2,5 - 22 år. Årsaken til de langvarige smertene var ulike, men stammet hovedsakelig fra muskel- og skjelettplager. Informantene hadde jobbet eller jobbet hovedsakelig i helse- og omsorgssektoren og i utdanningssektoren. Alle informantene var ved tidspunktet for intervjuene mellom 40-100 prosent sykmeldt fra jobbene sine.

Gjennom analysen kom det frem to hovedkategorier som var relevante for hvilke mestringsstrategier deltakerne tok med seg etter smertemestringskurset: 1) bevisstgjøring og prioriteringer og 2) fysisk aktivitet og trening. Hovedkategorien bevisstgjøring og prioriteringer har tre underkategorier: *bevisstgjøring av verdier*, *bevisstgjøring og endring av prioriteringer* og *å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker*. Hovedkategorien fysisk aktivitet og trening har også tre underkategorier: *lære om trening*, *å lære å trene med smerter* og *praktisering av fysisk aktivitet og trening etter kurset*. Se tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier funnet under analysen.

Hovedkategori	Underkategori
Bevisstgjøring og prioriteringer	➤ Bevisstgjøring av verdier
	➤ Bevisstgjøring og endring av prioriteringer
	➤ Å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker
Fysisk aktivitet og trening	➤ Å lære om trening
	➤ Å lære å trene med smerter
	➤ Fysisk aktivitet og trening etter kurset

5.1 Bevisstgjøring og prioriteringer

Et tema som kom tydelig frem under alle intervjuene var hvordan informantene hadde jobbet med og bearbeidet verdiene sine, og hvilken påvirkning det hadde hatt på livene deres. Flere av informantene fortalte at de hadde blitt mer bevisst sine verdier i livet og på å ta verdibaserte valg i løpet av mestringskurset. For mange resulterte økt bevissthet rundt verdier også i endringer i informantenes prioriteringer og mestringsstrategier i etterkant av kurset.

5.1.1 Bevisstgjøring av verdier

Å arbeide med å finne verdiene sine, det som var viktig for den enkelte i livet, og å sette verdibaserte mål ble trukket frem som en vesentlig del av kurset blant flere av informantene. Videre beskrev noen av informantene at identifisering av verdiene sine var en av de viktigste erfaringene de gjorde seg i løpet av kurset. Spesielt det å lære å fokusere på hva som var «viktig for meg», ble av alle informantene trukket frem som et essensielt resultat av verdiarbeidet.

«[...] Det er kanskje det som egentlig sitter igjen mest hos meg, liksom det med hva som er viktig for meg. Så jeg har jobbet med å luke unna ting da. Jobbet med å plukke ut det som er viktig for meg. Jeg har blitt enda mer bevisst på det da, å plukke ut verdier som er viktige for meg da, og jobbe utfra det.» (Informant 4)

En annen deltaker formulerte at hun har fått evnen til å sette ord på hvilke verdier hun har, og hva som er viktig for henne i livet. Verdiarbeidet førte til at verdiene hennes har blitt mer konkrete, og at det på grunn av det, ble lettere å sette konkrete verdibaserte mål. Hun opplevde at dette blant annet førte til at hun byttet jobb og dermed klarte å stå i jobb på tross av smerter.

«Jeg synes det var veldig godt å reflektere over egen situasjon, synes det var godt å sette ord på ting som var viktig for meg i livet mitt, og som kanskje kan få meg til å tenke litt annerledes om veien videre, og hvorfor jeg gjør ting og hvem jeg gjør det for. Så det synes jeg at jeg har hatt utbytte av, og som sikkert har ført til at jeg har byttet jobb. Fordi jeg begynte å tenke på meg selv.» (Informant 1)

Flere nevnte at verdier ikke var noe de tenkte på i hverdagen, og flere følte at dette heller ikke var noe de kunne prioritere å sette av tid til i en hektisk hverdag. I kurset ble det satt av tid til at deltakerne kunne jobbe spesifikt med dette i fred og ro uten avbrytelser. Dette var nyttig for flere.

«Du blir tvunget til å tenke, og det er noe du ikke tar deg tiden til i en hektisk hverdag. Du reflekterer ikke, du bare eksisterer.» (Informant 1)

Det å jobbe med bevisstgjøring av verdier opplevdes krevende og utfordrende for samtlige av informantene. Mange opplevde det som en abstrakt oppgave, og at det var vanskelig å sette ord på hva de faktisk syntes var viktig for dem. Flere trakk frem at de trodde de visste hvilke verdier de levde etter, men at det ble utrolig vanskelig når de skulle definere verdiene så konkret og lage verdibaserte mål. En informant opplevde det som at arbeidet var en evig oppgave som hun aldri fant helt svaret på:

«Det er ikke noe du går og grubler på i hverdagen da, ikke sant. Sånn til vanlig. Så når du begynner å få slike spørsmål føles det som om du kjører inn i en korridor, også er du inni denne korridoren også kommer neste spørsmål, også kommer det enda en sånn korridor med spørsmål som du skal besvare før du kan åpne porten og kjøre videre liksom.» (Informant 3)

En annen informant fortalte at arbeidet med å identifisere verdiene sine, var den mest krevende delen av mestringskruset for henne. Hun fortalte at hun tenkte på oppgaven til alle døgnets tider, som førte til at hun fikk kroppslige reaksjoner og hadde utfordringer med nattesøvn.

«Det ble nesten uoverkommelig. Oppgaven var kjempevanskelig. Jeg ble nesten, jeg syntes den var så vanskelig, jeg synes alt ble kjempevanskelig rett og slett. Jeg følte meg rett og slett dårlig.» (Informant 2)

Noen informanter fortalte at de i begynnelsen av kurset hadde vanskeligheter med å forstå hvorfor de skulle snakke om verdier når de var på et smertekurs, og hadde forventninger om å lære om smerter. De fortalte at det var vanskelig å se sammenhengen mellom smerter og verdier, da de opplevde at verdiene ikke direkte hadde noe med deres kropp og smerter å gjøre. De samme informantene fortalte likevel at de utover kurset opplevde å se en sammenheng med verdier, egenverdier og smerter.

«Jeg husker jeg satt og betvilte dette smertemestringskurset sånn ca. midt i. For jeg hadde sett for meg at vi skulle snakke om smerter og kropp, og der sitter de og snakker om verdier [latter]. Og da tenkte jeg, hvorfor skal vi snakke så mye om

disse verdiene? Og de tankene varte nesten helt til slutten. [...] Men det varte helt til vi så en video om verdier da, at det gikk opp for meg, at aha nå skjønner jeg hvorfor vi jobber med verdier. [...] Og da datt det bare over meg, jeg gråt og jeg gråt og jeg gråt.» (Informant 5)

Ved spørsmål om hvordan de opplevde at arbeidet med verdier hadde påvirket dem, var det flere av informantene som nevnte at de fikk en endret oppfatning av sin egenverdi og selvbylde i positiv retning. Spesielt tre informanter fortalte at de før kurset ofte kunne føle seg ubrukelige og tenkte nedlatende om seg selv, fordi det var mange dagligdagse oppgaver de ikke klarte å gjennomføre eller fullføre grunnet smertene sine. Dette kunne være oppgaver som å stå i jobb, holde huset ryddig og rent, lage middag til familien og å delta på sosiale arrangementer med venner og familie.

«Vi snakket veldig mye om det å føle seg ubrukelig, altså at du føler at du er ikke nok, det er jo en følelse du går med ikke sant. En følelse at du ikke klarer å jobbe, så du føler deg, ja litt ubrukelig. [...]. Det var mange som begynte å gråte. Det var litt tøft. Det er mange av oss som tydeligvis går med disse følelsene, og føler at man ikke er verdt noe.» (Informant 2)

Mange av informantene fortalte om en video som ble vist under mestringskurset som gjorde sterke inntrykk hos flere. De fortalte at videoen viste ulike personer som holdt opp et skilt hvor de hadde skrevet ulike nedlatende fraser om seg selv. Mange opplevde at denne videoen var den utslagsgivende faktoren for endringsarbeidet, og som har ført til at de har blitt mer bevisst over egenverdien sin. Flere av informantene poengterte at de ble mer bevisste over at de ofte hadde hatt negative tanker om seg selv tidligere.

«Det ble med meg hjem, jeg syntes det var veldig vondt. [...] Også tenkte jeg, herregud, hvorfor tenker jeg sånn. Også slo det meg da, at det er dette jeg sier til meg selv. Jeg er jo min verste fiende. Det var det som gjorde endringen til meg. Jeg ble annerledes overfor meg selv.» (Informant 5)

Informantene fortalte at de etter å ha sett denne videoen ble mer bevisste på omtale seg selv positivt, til seg selv og andre. De fortalte videre at det gikk opp for dem at det var viktig å ha gode holdninger til seg selv, for å få et bedre forhold til seg selv, sin egen kropp og smertene sine. Flere fortalte at de i etterkant av kurset hadde stort fokus på å si fine ting om seg selv.

«Det påvirket meg på den måten at jeg ble mer bevisst på å si til meg selv at jeg er verdt noe da. Jeg ville motbevise det på en måte.» (Informant 2)

«Du fortjener å få det godt. [...] Og jo bedre holdninger du har til deg selv, jo lettere er det å takle smertene. Det var da jeg skjønnte sammenhengen mellom verdier og smertemestring. Styggen på ryggen skal få lite å si hos meg fra nå av, for jeg skal slutte å mate ham med negativitet. [...] Jeg skal elske meg selv fra topp til tå, jeg skal ta tid til egenpleie og la kroppen få høre de vakre ordene som: du er snill, du er varm, du er kjærlig, du er en god mor, du er kreativ og smågal, du er leken, du er intelligent og dyktig i det du bestemmer deg for å gjøre.» (Informant 5)

5.1.2 Bevisstgjøring og endringer av prioriteringer

Det å bli bevisst på hvem de gjorde ting for, var et gjentakende tema blant flere av informantene. De fleste informantene beskrev seg selv som hjelpere, og at de følte de satte andres behov før sine egne. Flere opplevde at de tidligere ikke hadde prioritert seg

selv, men heller satt alle andre rundt seg først. Ulike situasjoner hvor de kom hjem og var helt utslitte, men likevel sa ja til å hjelpe eksempelvis familien eller venner med noe, ble beskrevet av flere av informantene.

«Bestendig har jeg kanskje måtte satt meg selv i kø også heller gjort ting for andre.» (Informant 4)

«Det høres rart ut egentlig. For det er vel en selvfølge på et vis, men jeg har kanskje ikke tatt meg selv, har ikke tenkt på meg selv først. Det har vært alle andre, og å hjelpe de andre og stå på for alle de andre. Jeg har ikke vært så flink til å passe på meg selv.» (Informant 3)

Flere fikk en aha-opplevelse, og forklarte at de endelig forsto at det var nødvendig å sette seg selv først for å klare å ta vare på seg selv og de andre rundt seg best mulig. For mange var dette vanskelig å innse, og mange av informantene hadde utfordringer med dårlig samvittighet knyttet til dette.

[...] jeg vet jo at det er dem [familien] som er viktigst, men så følte jeg plutselig at hvis jeg ikke klarer å ta vare på meg selv snart så blir det feil. Altså, jeg måtte prøve å få tilbake helsa mi, som det viktigste. I tillegg så fikk jeg så dårlig samvittighet da, for liksom er det rett da? Men så følte jeg at måtte det, for hvis jeg ikke klarer å, for jeg har vært en arbeidsglad, eller jeg er en arbeidsglad person, men et sted må jeg sette ned hælen. For jeg kan ikke holde på sånn jeg har gjort tidligere. [...] Så jeg tenkte at jeg må få på plass meg selv, før jeg kan ta vare på andre. Det syntes jeg var kjempetøft å innse. (Informant 3)

Etter kurset opplevde informantene at de i større grad enn tidligere klarte å sette seg selv og sine behov foran andres. De fleste hadde likevel et mål om at de selv skulle ha det bra, slik at de bedre kunne være til stede for andre rundt dem.

«Nei, det er dette med at jeg har fokusert mer på meg selv etter dette kurset da, at nå skal jeg dette meg selv først og jeg skal ha det bra i hverdagen, for ellers har ingen andre rundt meg det bra heller.» (Informant 1)

En annen deltaker fortalte at hun gjennom mestringskurset har fått et økt fokus på seg selv som igjen har resultert i økt trygghet i seg selv. Hun opplevde at den økte tryggheten har ført til at det har vært lettere å ta gode valg for seg selv og å faktisk tørre å prioritere seg selv og sine behov.

For jeg har aldri hatt sånt fokus på meg selv, gjennom hele livet egentlig, og jeg er snart 50 år. Det har liksom alltid vært de andre som har telt. Jeg har kanskje fått litt mer, ikke selvtillit, men kanskje trygghet i meg selv.» (Informant 5)

Informantene hadde alle kjent på mye dårlig samvittighet overfor familie, venner og andre rundt seg. Den dårlige samvittigheten og vansker med å si nei til andre var et gjennomgående tema blant flere av informantene. To deltakere fortalte at de kunne være utslått i lengre tid etter å ha vært med på noe sosialt eller aktivt tidligere. De opplevde at de ikke kunne si nei til diverse arrangementer, grunnet frykt for at de kom til å miste de sosiale kontaktene sine dersom de ikke deltok.

«Nei, det var jeg ikke like flink til nei [å si nei]. Da satt jeg og holdt ut og egentlig satt der og bare ønsket å dra hjem. Jeg kjente at jeg bare ville legge meg, men du satt og holdt ut bare for at du skulle være sosial.» (Informant 4).

Etter kurset opplevde informantene i stor grad at de hadde blitt flinkere til å prioritere hvilke aktiviteter og oppgaver de skulle bruke tid og energi på, som ga dem positive opplevelser.

«Jeg føler egentlig at jeg har blitt flinkere til å plukke ut ting og at jeg gjør ting for min egen del, og ikke alle andre. Jeg har blitt flinkere til å fordele litt ting jeg må gjøre eller avtaler som jeg har, så jeg ikke propper full en hel dag med ting jeg er nødt til å gjøre. Jeg prøver å fordele ting utover hele uken. Samtidig har jeg satt av en hel dag til at det ikke skjer noe som helst, men at jeg faktisk har en hel dag til å ikke gjøre noe.» (Informant 4)

I tillegg klarte informantene også oftere å si nei til andre mindre meningsfulle aktiviteter etter kurset. Flere opplevde at de ikke var like plaget med dårlig samvittighet når de sa nei til å delta på ting, som de tidligere hadde gjort. For mange var det en sterk sammenheng mellom arbeidet med verdier, å finne ut hva som var viktig for dem og det å redusere den dårlige samvittigheten.

«Også er jeg ikke redd for å si nei lenger. Jeg orker ikke delta på det, jeg er sliten og har behov for å hvile meg, eller nei det passer dårlig, eller nei jeg kan ikke hjelpe deg med det, da får jeg vondt.» (Informant 1)

Det har jeg jobbet med, at jeg må jo bare si nei til ting. Før sa jeg ja, ja, ja, jeg er med på alt. Hjelper til her og der og stiller opp tjo og hei. Også kjente jeg at selv om hodet vil, så vil ikke kroppen alt det der. Så jeg har liksom jobbet med å luke unna ting da. Så det handler om det å plukke ut hva som er viktig for meg. (Informant 4).

Det å unne seg selv egentid og hvile var noe flere fortalte at de i større grad klarte etter kurset. De satte i større grad pris på denne tiden for seg selv uten å kjenne på dårlig samvittighet. Det kom frem i intervjuene at flere av informantene tillot seg mer av det de trengte for å stresse ned, hvile og redusere smertene ved å eksempelvis ta en pause, samle seg litt, ligge på sofaen, drikke en kopp te og å høre på lydbok.

«Jeg har på en måte tillatt meg mye mer enn hva jeg har gjort før. Så det er liksom det som sitter igjen mest. [...] Så for meg er det en kjempeomveltning at jeg tillater meg å sitte i sofaen. Jeg kan unne meg kosetid, og det er noe jeg ikke har tillatt meg selv før. [...] Jeg tillater meg å ikke stresse. Også tillater jeg meg selv mer når jeg har veldig vondt.» (Informant 5)

«Jeg synes jeg er flinkere til å sette av tid til å hvile. Jeg har rett og slett satt av mer tid til meg selv.» (Informant 4).

Noen av informantene opplevde trening som en gylden mulighet til å fokusere på seg selv og å ha egentid. Flere av informantene fortalte at det har vært lettere for samvittigheten å sette av tid til egentid, når den tiden ble brukt til trening. Trening ble derfor en tid informantene med god samvittighet kunne sette av til å kun fokusere på seg selv.

«Altså. Det er nok en time hvor jeg prioriterer meg selv. Ja, det er liksom en hellig time [treningen]. Da er jeg 1,5 time på trening nede der. Og da er det tiden min, og det er påfyllet mitt» (Informant 3).

Det å arbeide med verdiene sine og å finne ut av hva som var viktig for dem, har ført til at noen av informantene opplevde at de ble bedre kjent med seg selv og kom mer i kontakt

med sitt indre. Spesielt en av informantene opplevde at det har vært lettere å unngå negative perioder og negative tanker etter at hun kom mer i kontakt med seg selv.

«Jeg føler meg generelt mye bedre på innsiden. Jeg er kanskje blitt mer bevisst på når ting endrer seg selv. Jeg er mer i kontakt med meg selv. Jeg har aldri hatt det så bra som jeg har det nå, på innsiden. Det har jeg ikke. Jeg sliter jo selvfølgelig med mine ting, men det blir ikke like overveldende og ikke så eksplosivt.» (Informant 5).

5.1.3 Å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker

Spesielt fire av informantene fortalte i intervjuene at de har lært å roe ned, senke skuldrene, fokusere på her og nå, slappe av og puste bedre. Informantene benyttet ulike begreper når de omtalte dette under intervjuene, inkludert mindfulness, meditasjon, avspenning og å være til stede i nuet, men de tolkes i denne studien til å omhandle det samme. Flere fortalte om en stressende hverdag i forkant av kurset som har ført til høye skuldre, anspent muskulatur og økte smerter. Informantene opplevde det som fint å få muligheten til å bruke tid på å slappe og spenne av i kroppen, da dette gjerne ikke var noe de tok tid til før kurset.

«Jeg synes det var veldig godt å lære teknikker for å avslapning. Og å fokus. Ja, kjenn på hvordan kroppen din er i dag. Ta deg tiden til det. Ta deg tiden til å slappe av. Vi lærte jo teknikker for å slappe helt av. Det har gjort godt.» (Informant 1)

For noen av informantene trekkes delen av kurset som omhandlet mindfulness og avspenning frem som en av de viktigste delene av mestringskurset. De fortalte at de har lært å kople av omverden og slappe av.

«Vi lærte mange fine teknikker for å slappe av [...]. Og du går nesten inn i din egen verden, og du kople ut omverdenen. [...]. Det var bare helt fantastisk. Det var kanskje noe av det beste med hele kurset, det å kople av og sette seg ned og kople av. Det har jeg tatt frem igjen etter kurset. De avspenningsteknikkene var kjempegode.» (Informant 3)

Flere av informantene nevnte at de hadde benyttet seg av avspennings- og mindfulnessbaserte teknikker i etterkant av kurset som et verktøy for å håndtere smertene ved perioder med smerteforverring. I tillegg opplevde informantene at avspenningsteknikkene kunne være nyttige for å nullstille kroppen dersom de var slitne etter en lang dag, eller opplevde å være ekstra stresset en periode. Dette gjaldt både i arbeidslivet og i privatlivet.

«Jeg bruker det [teknikkene] når jeg har mye vondt, og når jeg kommer hjem og er litt sliten. Hvis jeg har vært noe sted, og har vondt. For da er det sånn at nå må jeg hente frem noen av de teknikkene, kople ut, kanskje høre på meditasjonsmusikk og bare være til. Og da prøver jeg å sette meg ned med det for å klare å komme med helt nedpå igjen, for å klare å puste igjen.» (Informant 2)

En annen fortalte at hun pleide å bruke disse teknikkene dersom hun opplever at ingen andre verktøy, medisiner eller tips fungerer på smertene hennes.

«Men jeg bruker en del av det da. Jeg gjør det. Jeg bruker en del av det mindfulness når jeg har dårlige og vonde dager, og ikke noe virker, da prøver jeg å ta noen sånne da.» (Informant 1)

Alle informantene som har benyttet mindfulnessbaserte teknikkene i etterkant av kurset trekker frem spesielt puste- og avspenningsteknikker som nyttig. De fortalte at slike teknikker kunne være nyttig i perioder med økt stress i perioder hvor de hadde det travelt. De fortalte videre at de gjennom å øve på avspenningsteknikkene hadde blitt bedre til å kontrollere pusten, og at de dermed lettere klarer å roe ned pusten ved behov etter kurset. Informantene fortalte også om at de har opplevd en sammenheng mellom pustemønster og anspenning i muskulaturen i kroppen, og at ved å bruke pusteteknikkene så slappet de bedre av i både hode og kropp som førte til mindre anspenning i muskulaturen.

«Det var slike pusteteknikker egentlig. Fordi pusten tror jeg har mye å si for at du skal klare å slappe av. Det opplever jeg selv i min hverdag på jobben min at det ikke er alltid man kommer på å puste godt hvis man begynner å bli stresset, og det er det veldig fort gjort å bli anspent og få mer smerter. Jeg tar meg i det en gang iblant når det blir veldig travelt [...]at jeg rett og slett må trekke pusten for å få den ned i magen. For det har jeg en tendens til, at når jeg begynner å bli litt anspent, så spenner du alt og det går utover alt egentlig da. Så da prøver jeg å trekke pusten godt.» (Informant 3)

Noen av informantene nevnte også at avspenningsteknikkene, spesielt pusteteknikkene, var et verktøy de kunne benytte for å leve i nuet og dermed være mer til stede i hverdagen. De la vekt på at dette førte til at de i mindre grad tenkte på alle oppgavene de burde ha gjort, og at de heller klarte å delta mer aktivt i de øyeblikkene som var viktige for dem som foregikk her og nå.

Vi snakket mye om å leve i nuet. Ikke sant. Du skal være her og nå. Så det har jeg prøvd å leve etter [i ettertid av kurset]. Prøvd å leve i nuet, prøvd å nyte de øyeblikkene man har her og nå i stedet for å hele tiden tenke på det en skal gjøre fremover. En glemmer det innimellom. [...] Det gjelder å kople seg på og være litt til stede ja. Jeg ble mye mer bevisst på det i løpet av kurset ja. (Informant 2)

Flere av informantene fortalte at de hadde hatt utfordringer knyttet til søvn i lengre tid før kurset, som kunne ha negativ innvirkning på smertene deres. Noen deltakere nevnte også at de har benyttet avspennings- og pusteteknikkene de lærte på kurset for å sovne raskere og sove bedre.

«Sånn, kjenn etter. Så det brukte jeg en del da. Pusteøvelsene og det å klare å puste inn gjennom nesen og ut gjennom munnen for å klare å roe ned. Og de er fine å bruke. Og de bruker jeg stort sett når jeg legger meg og skal sove. Da tar jeg de dype pusteøvelsene før jeg legger meg for å sove. For det synes jeg er veldig godt, for da klarer jeg, da kjenner jeg at jeg slapper av.» (Informant 2)

Flere av informantene fortalte om travle hverdager med mange ansvarsoppgaver, med lite tid og overskudd til seg selv. Mange opplevde en del stress i hverdagen og fortalte at de har syntes det har vært utfordrende å benytte seg av avspenningsteknikkene de lærte på kurset i hverdagen i etterkant av kurset. Noen av informantene kommenterte at det kunne vært nyttig og øvd enda mer på disse teknikkene på selve kurset, slik at det ble mer automatisert for dem når de sto alene i en stressende hverdag etter kurset. Mange opplevde at det var stor forskjell på å utføre avspenningsteknikkene på kurset, sammenliknet med hverdagen sin.

«Jeg synes det er noe man skulle tatt frem igjen, og jeg har prøvd å ta det frem igjen også [snakker om en avspenningsøvelse på skjerm]. Og det er på en måte godt å kunne prøve det, men når du er der [på kurset] er du mer i den settingen. Det å ta det frem i en travel hverdag på jobb, er kanskje ikke så enkelt, det tror jeg det trengs mer trening i.» (Informant 3)

Alle informantene hadde levd med smerter over lengre tid og smertene hadde tatt en stor plass i livet for mange. Under kurset lærte informantene seg ulike teknikker for å endre tankegang og fokus, og flere trekker frem dette som nyttig. Enkelte av informantene fortalte at de opplevde at de håndterte smertene sine bedre gjennom å ha lært seg å endre fokus og tankegangen.

«Ja, jeg må jo nesten si det [ved spørsmål om hun har endret tankegangen rundt smertene]. Jeg har jo fortsatt dager hvor jeg ikke helt aksepterer [smertene], men stort sett, mesteparten av tiden gjør jeg det. De [smertene] forsvinner ikke uansett hvor irritert eller lei meg jeg blir, de er der. [...]. Så det har nok hjulpet meg i den forstand, at jeg ikke blir så lei meg og trist egentlig. Og det skaper jo, når du er på en plass hvor du ikke vil være, så skaper det jo irritasjon, det skaper sinne. Og da ser du verden dårligere da, for å si det sånn. Omgivelsene og gledene ser du mindre av når du er i den posisjonen. Så tankene har endret seg litt, jeg kjenner at smertene er der, men de tar ikke fullt fokus lenger da.» (Informant 5)

«Hele tiden kommer tankene, men det er jo godt å kunne prøve å la være å tenke på at du har vondt og prøve å la være å tenke på at du skulle ha gjort både det ene og det andre og at du har det travelt. Eller alle vondtene du har, det er egentlig godt å kople ut hodet på et vis.» (Informant 3)

En annen informant fortalte at hun har benyttet teknikker for å endre fokus også før smertemestringskurset. For henne har det handlet om å ha fokus på andre ting enn smertene, og gjerne utføre konkrete oppgaver som tok fokuset vekk fra smertene. Hun fortalte at hun har brukt fokusendringen som en slags forsvarsteknikk mot smertene, for å få noen andre inntrykk enn kun smertene. Hun hadde ikke endret teknikken etter kurset.

«[...] Jeg tror jeg sliter akkurat der jeg da. Jeg tenker kanskje ikke på smerten på andre måter, men jeg tenker at jeg må prøve å gjøre noe i alle fall da. Slik at når jeg får det som verst da på en måte, så prøver jeg i hvert fall å heller kople av på et vis. Jeg er jo litt sånn at jeg gjør noe for å fokusere på noe annet. Det gjorde jeg før kurset også, på et vis. For når jeg får smerter og ingenting fungerer da kan jeg begynne på i nesten panikk for å få fokus på noe annet da. Men det gjorde jeg på en måte før kurset også da. Det blir på en måte en måte å beskytte seg på, for at man ikke skal bli helt tullete.» (Informant 2)

Likevel fortalte flere av informantene at selv om smertemestringskurset ga dem gode input og verktøy de kunne benytte i perioder med mye smerter, hadde det ikke fjernet smertene og at smertene fortsatt var en stor del av livene deres.

«Det er akkurat det, selv om man får ganske mye input og man får litt forskjellige knagger å henge ting på [...], og man får litt forskjellige teknikker å bruke, så har jeg vel sånn til syvende og sist vanskeligheter for å tro at smertekurset kan holde oss helt borte fra smertene da på er vis. Men for noen kan det sikkert gjøre det, men for min del så fungerte det ikke helt sånn da. [...]. For det er liksom, når man går med konstante smerter på en måte, så er det ikke så enkelt. Og det er klart at

et smertemestringskurs, det kan, det kan gi mye input, det kan gi deg verktøy du kan jobbe med, men uansett så tar det ikke bort smertene. Det gjør ikke det. Men samtidig så synes jeg kurset bør fortsette. Jeg tror det er veldig mange som kan ha behov for det. Jeg synes det er positivt da, å flytte litt fokus, du begynner å tenke på en annen måte.» (Informant 2)

En annen deltaker hadde noen av de samme opplevelsene, men fortalte det på en annen måte. Hun la vekt på at de langvarige smertene var der uansett hvilke strategier hun brukte.

Nei, jeg vet ikke om det har påvirket det så mye. Jeg har en sykdom som gjør at jeg får betennelser ganske fort uansett hva jeg gjør. [...] (Informant 1)

5.2 Fysisk aktivitet og trening

Informantene fortalte at veiledet fysisk aktivitet og trening var en stor del av mestringskurset, og at de hadde veiledet aktivitet i regi av fysioterapeut 1,5 time per uke i åtte uker. Under analysen kom det frem at kategorien fysisk aktivitet og trening besto av tre underkategorier: *å lære om trening, å lære å trene med smerter og praktisering av fysisk aktivitet og trening etter kurset.*

5.2.1 Å lære om trening

Alle informantene hadde vært relativt fysisk aktive som yngre, enten i form av idrett, friluftsliv eller egentrening. De fortalte at smertene i voksen alder hadde hindret dem i å drive med aktivitet og trening som ga positive opplevelser og ikke økte smerter. Flere nevnte at de manglet både overskudd og kunnskap til å oppsøke å lære om nye treningsmetoder som kunne gjennomføres i takt med endringene dagsformen og smertene deres. Alle informantene syntes det var nyttig å få veiledning av personell med kunnskap innen feltet og å få prøve ulike treningsmetoder og treningsøvelser.

«Vi hadde jo den treningsbiten da, som jeg synes var positivt. Den tror jeg vi hadde utbytte av alle sammen.» (Informant 2)

Informantene fortalte at hver treningsbolk ble utført to ganger i løpet av kursperioden, bortsett fra bassentrening som ble gjennomført én gang. Dette hadde som hensikt at første gjennomgang skulle være en innføring og mulighet for utprøving og at informantene skulle ha mulighet til å lære seg det bedre på gjennomgang nummer to. Dette opplevdes nyttig for informantene.

«[...] Jeg synes den treningsbiten var helt super den. For det var litt forskjellig ikke sant, Vi hadde slyngetrening et par ganger, styrketrening et par ganger og intervalltrening et par ganger. Så vi hadde alt to ganger da, bortsett fra basseng som var siste dagen. Ellers hadde vi alt to ganger, så vi skulle liksom komme inn i det på en måte, lære litt mer om det.» (Informant 2)

Flere syntes også at det var betryggende å vite at det var kompetent fagfolk med kunnskap om trening, treningsveiledning og variasjonsmuligheter som veiledet dem.

«Jo, det var jo det jeg ville ha. Det var jo både trening og det var den mentale biten. Det var det som var så godt, at personellet hadde peiling på kropp, plager og alternativer. Du føler deg på en måte trygg i settingen.» (Informant 5)

5.2.2 Å lære å trene med smerter

Alle informantene hadde vært relativt fysisk aktive som yngre, enten i form av idrett eller egentrening, men de fortalte at smertene etter hvert hadde hindret dem i å drive med aktivitet og trening som ga positive opplevelser og ikke økte smertene deres. Med langvarige smerter hadde informantene hatt vanskeligheter med å finne øvelser og treningsvarianter som har vært mulig å gjennomføre i takt med endring av dagsformen og smertene sine. Samtlige fortalte at det var nyttig å få muligheten til å prøve ut ulike øvelser og treningsformer veiledet av en terapeut slik at en kunne finne treningsformer som passet til egne forutsetninger. Gjennom dette fortalte informantene at de opplevde at de fikk relært trening på en ny måte som de opplevde at kroppen deres tålte bedre.

«... jeg var jo spesielt glad i den fysiske biten. Få muligheten til å prøve ut mange forskjellige øvelser utfra mine forutsetninger, som jeg kanskje ikke hadde prøvd ut tidligere. Og de var veldig flinke til å tilpasse utfra vårt behov. Tett oppfølging av fysioterapeutene, det var kjempebra. Noe av det hadde jeg jo prøvd før, har vært ganske aktiv oppgjennom livet, ved ulike idretter og egentrening, men de [fysioterapeutene] viste meg det på en annen måte som kroppen min tålte bedre da.» (Informant 1)

Trening under veiledning av fysioterapeuter var derfor nyttig for å finne løsninger som gjorde at informantene kunne mestre trening uten at dette økte smertene og også ga dem en opplevelse av mestring. Alle informantene opplevde at de ble satt i bedre stand til å klare å tilpasse treningen etter egen form og smerte. De opplevde å bli mer bevisst på egen kropp og hvilke tilpasninger som kunne være nyttig å gjøre for at de skulle kunne gjennomføre treningen.

«Tidligere har jeg liksom gjennomført programmet uten å ta pauser eller prøve noe annet imellom. Men her så lærte jeg at jeg skulle kjenne etter, kjenner jeg at det er vondt så stopper jeg og gjør noe annet, og går tilbake og fortsetter senere. Det var sånn åh, kan man gjøre det? Jeg har tenkt at man bare må kjøre gjennom programmet, men her fikk jeg tips til hvordan jeg kunne forandre litt. Hvordan jeg stod, hvordan jeg holdt hendene, belastning og sånn. Man kunne justere underveis, stoppe eller ta pause. Eventuelt ta øvelser på hendene først, også bare stoppe etter en runde og så ta føttene, og så gå tilbake på hendene igjen. Dette var ting jeg kanskje kunne tenkt på selv, men ikke har gjort [latter]» (Informant 4)

En informant syntes det var nyttig å lære nye tips og treningsmetoder, men opplevde å ha smerter uansett hvilke tilpasninger hun gjorde på treningen og øvelsene. For enkelte av informantene var det vanskelig å forstå poenget med å trene når det uansett gjorde vondt. I tillegg var det å holde motivasjonen for å fortsette med trening på tross av smertene utfordrende for noen.

«[...] Det er jo litt vanskelig da, for jeg har jo smerter uansett. Så man vet jo ikke helt hva godt det egentlig gjør da bestandig [å trene].» (Informant 2)

Alle informantene trakk frem under intervjuene at de har lært å kjenne på terskelen, og kjenne etter i kroppen hva som fungerte for dem. De opplevde at de hadde blitt mer bevisste på å kjenne etter statusen i egen kropp. De opplevde at de på grunn av dette, hadde bedre grunnlag til å justere treningen og treningsøvelsene slik at det fungerte best mulig for deres kropp og deres smerter.

«Det som var kjempebra med det, var at vi ikke gjorde de sammen tingene hver uke, men prøvde ut nye ting hele tiden, og målet var jo å utforske får vår egen del, finne hva som passet bra for oss. [...] Vi skulle kjenne på terskelen selv.» (Informant 1)

«Men det er jo som de sa, dere må jo kjenne etter, dere må selv kjenne etter selv om dette fungerer for dere. For kjenner dere at dere får vondt så tar dere ikke de øvelsene, eller tar færre repetisjoner da.» (Informant 2)

Noen av informantene opplevde at smertene ble trigget av treningen også underveis i kurset og under veiledning av fysioterapeutene. De lærte at smertene ikke var farlige, og de opplevde det som betryggende å ha fagpersoner rundt seg som kunne trygge og veilede underveis.

«Det å få litt sakkyndig hjelp har vært fint. Jeg vet jo at det ikke er farlig å ha vondt, men du blir så forsiktig. For du har jo ikke lyst til å ha mer vondt, så det handler om å finne den gyldne middelvei på hvordan du skal gjøre det. Det skal ikke så mye til før du kan endre på belastningen.» (Informant 3)

En annen informant fortalte at hun opplevde at kroppen tålte bedre smertene når hun trente mer fysisk, og at hun ble tryggere på å endre treningsøvelsene sine for å kunne trene med smerter.

«Jo, det er en sammenheng, absolutt [mellom smerter og trening]. Hvis en trener, så blir kroppen mer styrket til å tåle smertene bedre på en måte. Så selv om smertene kanskje trigges av treningen, men da må man finne en treningsmåte som trigger mindre.» (Informant 4)

5.2.3 Praktisering av fysisk aktivitet og trening etter kurset

Det varierte i hvor stor grad informantene hadde benyttet seg av treningsveiledningen og -øvelsene i etterkant av kurset. Et par av informantene hadde ikke trent noe særlig etter kurset grunnet forverring av smerter, endring av arbeidssituasjon, mangel på overskudd til å trene eller at de hadde valgt å fokusere mer på andre deler av kurset.

«Jeg var veldig flink til å gå en periode, helt til jeg begynte å jobbe igjen. Og det ble for mye å kombinere arbeid og fysisk aktivitet, så det har vært minimalt. Så nå har jeg bare gått til fysioterapeut for å roe ned litt. Men jeg tenker at kroppen begynner å bli klar for trening igjen. Så planen er å starte opp igjen da.» (Informant 1)

«Jeg har ikke begynt å trene mer [latter], det har jeg ikke. Men, jeg har vært og gått mer ute.» (Informant 5)

De resterende informantene påpekte på den andre siden at de hadde benyttet treningstipsene de lærte i etterkant av kurset, og opplevde at dette var nyttig både for deres mentale og fysiske helse. De poengterte også under intervjuet at det var nyttig med en introduksjon av ulike treningsmetoder for å lettere komme i gang med treningen selv etter kurset. Enkelte av informantene fortalte at de hadde meldt seg inn i ulike treningssenter i etterkant av kurset.

«Det var bra. Det var kjempebra [snakker om aktivitetskomponenten i kurset]. Det er noe av det jeg har tatt i bruk av i etterkant av kurset, for jeg har meldt meg inn på OFO og er på trening der én dag i uken. Jeg tenkte at det er i hvert

fall noe som skal gjøre godt for både kropp og topp, tenker jeg, at man trener da.» (Informant 3)

Bassengtrening ble trukket frem som en positiv treningsopplevelse for flere av informantene. De opplevde denne treningen som en effektiv trening for både styrke, kondisjon og avspenning. Samtidig opplevde de bassengtrening som en skånsom treningsform som ikke forverret smertene deres i etterkant, og til og med kunne bedre smertene.

«Jeg har tatt med meg at jeg må finne en treningsform som passer godt for meg, og jeg synes det fungerer godt med bassengtrening. Det fungerer godt for smertene mine. Det gjør at jeg håndterer smertene mine bedre.» (Informant 4)

Informantene fortalte videre at de syntes bassengtrening var en behagelig treningsform som bidro til at de klarte å senke skuldrene, slappe av og finne roen. Mange nevnte at de tok med seg «den gode følelsen» hjem etter bassengtreningen, og at de følte at roen etter bassengtreningen ga et godt grunnlag for resten av dagen. På grunn av dette var det noen som nevnte at de gjerne skulle ha fortsatt med bassengtrening i etterkant av kurset, men at de ikke visste hvilke tilbud som fantes i kommunen.

«Vi var i bassenget og hadde trening i bassenget. Og det gjorde fryktelig godt det. Det var kjølig godt. For du blir sånn sløvet og slapp ikke sant. Du blir sånn godt dempet av å være i bassenget. Så det var godt det. Så det kunne jeg tenke meg å ha mer av, men jeg har ikke gjort det i ettertid, for jeg vet ikke om det finnes [et bassengtilbud]». (Informant 3).

To av informantene kommenterte at de forsøkte å opprettholde intervalltreningen i etterkant av kurset, fordi de syntes det var en god treningsform. De syntes det at var godt å få opp pulsen og kjenne at kroppen jobbet hardt fysisk i kortere perioder og i tillegg få fokuset over på andre ting enn smertene og andre stressmomenter i hverdagen. De påpekte likevel at det ble vanskelig å opprettholde intervalltreningen i lengden grunnet lengre smerteperioder og mangel på overskudd til denne treningen. De fortalte at intervalltrening krevde mye av dem, både psykisk og fysisk. Så selv om treningen ga en viss form for overskudd, var det også nødvendig å ha en viss mengde overskudd for å mestre slik type trening, noe de ikke opplevde å ha.

«Det er godt å få slite ut, få opp tempoet, få opp pulsen litt. Kjenne at du får energi av det, men du må ha overskudd til å gjøre det. For du kan ikke komme på trening og være fullstendig tappet. Men de sier jo det at når du trener får du overskudd, men du er nødt til å ha overskudd for å gjøre det. Jeg har prøvd og prøvd og prøvd, og jeg prøver å komme, men tror ikke jeg kommer ned på null nei, hvis det skal være noe likevekt der nei.» (Informant 3)

Spesielt én person trakk frem at hun hadde en negativ opplevelse med intervalltrening under kurset og som hindret henne i å benytte denne treningsformen i etterkant av kurset.

Det jeg husker som jeg ikke synes var så okei, var jo når vi skulle løpe ute, gå bakke. Intervalltrening, det var tungt til meg. Det var tungt til hele meg. [...] Jeg fikk ikke kroppen med meg. Kroppen ville ikke være med på intervalltrening med meg. Jeg har jo dårlig pust da, også skulle vi holde på i fire minutt. Og det var for tungt for meg. Og det var skikkelig, og det var ingen positiv opplevelse. [...] Jeg skjønner jo poenget med intervalltrening og det der, men for meg var ikke det noen god dag.» (Informant 5)

Trening og fysisk aktivitet var noe flere av informantene nedprioriterte før mestringskurset, da de heller gjorde andre oppgaver de følte ansvar for. Det andre oppgavene kunne være vasking av hus, matlaging, hjelpe familie og venner og generelt stille opp for andre. I etterkant av kurset hadde de blitt flinkere til å sette av tid til trening, og syntes det var blitt lettere å si at man ikke kunne bidra på andre områder de dagene, fordi de skulle trene.

«Så nå har egoet satt av tid hver uke til at jeg skal i bassenget minst tre dager. Slik at jeg bare kan gjøre en helt annen ting, så kan jeg si at jeg ikke har tid i dag, fordi jeg skal i bassenget jeg.» (Informant 4)

6. Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke mestringsstrategier personer med langvarige smerter har tatt med seg inn i hverdagen etter et åtte ukers lavterskel smertemestringskurs bestående av ACT og veiledet trening, for å håndtere smertene sine. I dette kapittelet vil jeg først ta for meg den aktuelle studien og diskutere metodiske aspekter som er relevante for tolkningen av resultatene. Deretter vil jeg diskutere funnene i studien opp mot tidligere forskning og om langvarige smerter, behandlingstilnærminger, ACT og fysisk aktivitet. Avslutningsvis beskrives praktiske implikasjoner og behov for videre forskning.

6.1 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg gå kritisk gjennom metoden som er benyttet i denne studien. Dette er for å undersøke styrker og svakheter ved studien, som forteller noe om studiens gyldighet (Malterud, 2017). For å evaluere kvaliteten på en studie benyttes gjerne begrepene reliabilitet og validitet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Skilbrei, 2019).

6.1.1 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet, handler om forskningsresultatenes konsistens og hvorvidt resultatene er troverdige eller pålitelige (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvantitativ forskning benyttes reliabilitet for å undersøke i hvilken grad funnene i studien er reproduserbare av andre forskere og til andre tidspunkt. Dette er derimot ikke så lett å gjennomføre i kvalitativ forskning, og det erkjennes at det er flere gyldige versjoner av kunnskapen i kvalitativ forskning (Malterud, 2011). Det er likevel viktig å beskrive detaljert hva som har blitt gjort under hele forskningsprosessen (Krumsvik, 2014). Dette har blitt gjort ved å beskrive metoden så nøyaktig som mulig, slik at andre kan gjennomføre prosessen så likt som mulig. Dette gjelder beskrivelsen av både metodevalg, intervjuguide, settingen rundt intervjuene, varighet på intervjuene, transkripsjonene og analyseprosessen i etterkant av intervjuene.

I dette avsnittet vil reliabilitet knyttet til transkripsjonsprosessen bli vurdert. Muntlig og skriftlig språk er ikke det samme. Det viktigste man taper i transkripsjonen sammenliknet med det muntlige intervjuet er visuelle ledetråder og informasjon om stemningen underveis i samtalen. I denne oppgaven er det samme person som gjennomfører intervjuene og transkripsjonen og derfor unngår man å miste så mye informasjon. I tillegg er det blitt benyttet refleksjonsbok, hvor det er tatt notater om nettopp slik informasjon direkte i etterkant av intervjuet (Tjora, 2017).

Det at det kun er én person som har utført intervjuene, transkripsjonene og analysen kan føre til at en mister relevant informasjon som kunne blitt registrert dersom det var flere som bearbeidet materialet. Det kan eksempelvis tenkes at informantene hadde svart ulikt på de samme spørsmålene, dersom de ble stilt av andre intervjuere, basert på relasjonen mellom informant og intervjuer. I tillegg kan det hende at andre forskere ville tolket materialet på en annen måte enn det som har blitt gjort, og derfor kommet fram til andre sentrale temaer. Dette har vært forsøkt unngått ved at materialet har blitt diskutert med veileder og med flere medstudenter med kompetanse innen feltet. Sitatene som trekkes frem i denne studien er forsøkt å representere både fellestrekk og motsigende utsagn som kom frem under intervjuene, for å belyse variasjon av erfaringene i datamaterialet.

6.1.2 Validitet

Det er nødvendig å evaluere studiens validitet, altså hvorvidt den innhentede kunnskapen er gyldig og under hvilke betingelser den er gyldig (Malterud, 2011). Validitet kan deles inn i intern og ekstern validitet. I teksten under vil elementer knyttet til intervjuguide og intervjuprosessen bli vurdert. I tillegg vil studiens overførbarhet bli redegjort for.

Intern validitet

Den interne validiteten omhandler hvorvidt resultatene samsvarer med forskningsspørsmålet og formålet med studien, altså om den aktuelle studien har undersøkt det den skulle (Malterud, 2017). For å styrke den interne validiteten, ble intervjuguiden utarbeidet under veiledning fra masterveileder, samt lokal prosjektleder for smertemestringskurset for å sikre at spørsmålene kunne gi svar på problemstillingen. En svakhet er at det ikke ble gjennomført prøveintervju, og at viktige spørsmål dermed kan ha blitt utelatt. Det ble valgt å ha semistrukturerte intervju for å gi informanten mulighet til å fortelle åpent om hvordan mestringskurset påvirket informanten og deres håndtering av de langvarige smertene, noe som også styrker den interne validiteten (Kvale & Brinkmann, 2015). Det semistrukturerte intervjuet legger også til rette for at temaer kan tas opp i en ubestemt rekkefølge og med ulik formulering (Kvale & Brinkmann, 2015). Likevel kan det være at fokusgruppeintervju kunne stimulert til nye assosiasjoner og gitt andre fortellinger enn de individuelle intervjuene ga.

Det ble lagt til rette for at informantene skulle dele åpent og ærlig under intervjuene, for å få så dekkende og valide svar som mulig. Dette ble gjort gjennom å skape en så god relasjon som mulig mellom informant og intervjuer, ved å skape tillit, gi god informasjon og ha trygge omstendigheter (Skilbrei, 2019). Det ble tydeliggjort for informantene at de kunne spørre om det var noe de var usikre på eller ikke forsto. Dersom intervjueren opplevde at informantene ikke svarte helt på det de ble spurt om, ble spørsmålene omformulert. Eventuelt så intervjueren an om temaet ble tatt opp igjen av informantene ved en senere anledning. Underveis i intervjuet sjekket intervjueren flere ganger om svarene til informantene ble oppfattet korrekt, noe som også er med på å styrke validiteten og sikre en større felles forståelse mellom informant og intervjuer (Malterud, 2011).

Intervjuene ble gjennomført rundt seks måneder etter at smertemestringskurset var ferdig. Dette kan føre til at informantene hadde glemt mye av kursinnholdet og dermed ikke kunne svare like dekkende som hvis intervjuene ble gjennomført tidligere og i kortere tid etter mestringskurset. Likevel hadde alle informantene ved tidspunktet for intervjuene hatt god tid til å prøve ut og erfare det strategiene de hadde lært på kurset, alene i sin egen hverdag. Dette ga muligens informantene enda bedre mulighet til å dele sine opplevelser av hvordan det de lærte på kurset hadde blitt benyttet i etterkant av kurset.

Ekstern validitet

Ekstern validitet, også kalt generaliserbarhet, handler om hvorvidt funnene er overførbare til andre sammenhenger (Skilbrei, 2019). Det kan være vanskelig å finne overførbare sammenhenger i kvalitativ forskning sammenliknet med kvantitativ forskning, og spesielt med få intervjuer. Ifølge Malterud (2017) er en svakhet ved å benytte intervju som metode at kunnskapen ikke er generaliserbar på samme måte som i kvantitativ metode. Dette begrunnes ved at overførbarheten alltid vil ha sine begrensninger og at utvalget er en viktig betingelse som setter grensene (Malterud, 2011). Det kan derfor være mer nyttig å benytte begrepet overførbarhet i stedet for generaliserbarhet, da dette implisitt sier at det

finnes begrensninger for hvordan funnene kan gjøres gjeldende i andre situasjoner og sammenhenger enn ved den aktuelle studien (Malterud, 2011).

Det er viktig å beskrive utvalget godt for å lettere kunne finne overførbare sammenhenger til andre personer og situasjoner (Skilbrei, 2019). Ifølge Skilbrei (2019) kan ikke opplevelser og erfaringer generaliseres, men opplevelsene kan likevel være gjenkjennbare for andre mennesker i liknende situasjoner, og derfor være nyttig. I denne studien er informantene kvinner i alderen 47-59 år som har levd med smerter i 2,5 til 22 år og som har deltatt i det samme smertemestringskurset. Det ble valgt å ikke knytte sitatene opp mot alder og varigheten på smertene til den enkelte, av hensyn til anonymisering og at det ikke ble funnet noen tydelige sammenhenger mellom disse faktorene. Derfor gir studien god informasjon om opplevelsen av deltakelse i et slikt tilbud samt informasjon om hva deltakerne har benyttet i etterkant av kurset, og kan trolig være overførbart til liknende tilbud andre steder for tilsvarende målgruppe. Det er derimot ingen menn som er intervjuet, og det er mulig at funnene i studien ikke er overførbare for menn med langvarige smerter, eller eventuelt kvinner i andre aldersgrupper (Malterud, 2011).

I denne studien var det kun fem informanter, og det var opprinnelig ønskelig å rekruttere seks til ti informanter, for å få en så god metning i resultatene som mulig (Malterud, 2017). Dette lot seg ikke gjøre da det ikke var flere som samtykket til deltakelse, og det er derfor vanskelig å vite om det er oppnådd metning i resultatene. På den andre siden, viste resultatene både en del likheter samt motsigende informasjon, som kan tyde på at resultatene er i nærheten av metningspunktet til utvalget. Flere informanter kunne likevel resulterte i annen verdifull informasjon og andre synspunkter på smertemestringskurset og andre erfaringer i etterkant. Det kan tenkes at deltakerne som ikke samtykket til å bli intervjuet hadde andre erfaringer med mestringskurset, sammenliknet med de som ble intervjuet. Det kan også tenkes at informantene som deltok i studien unnløt å dele negative opplevelser om mestringskurset fordi de visste at mestringskurset var under utprøving, og at det ikke er sikkert at kurset opprettholdes. Under intervjuene ble det stilt konkrete spørsmål om deres negative opplevelser rundt kurset for å hindre dette.

Problemstillingen til denne studien er smal, ettersom den kun tar for seg aspekter relatert til informantenes mestringsstrategier for å mestre smertene, og ikke alle erfaringer de gjorde seg i løpet av smertemestringskurset. Videre er utvalget relevant for problemstillingen ettersom alle informantene deltok i det samme smertemestringskurset. I tillegg opplevde masterstudenten, samt informantene ga uttrykk for, at det var en god relasjon mellom partene under intervjuene. Dette er faktorer som kan bidra til høy informasjonsstyrke på funnene, selv med få informanter (Malterud, 2017). Ifølge Skilbrei (2019) vil bruk av individuelle forskningsintervju føre til at den individuelle opplevelsen og fortolkningen kommer tydeligere frem enn ved gruppeintervju. I tillegg hadde intervjuene en gjennomsnittsvarighet på 65 minutter og det er trolig samlet inn informasjon med god fylde fra informantene.

6.2 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil funnene i studien diskuteres i lys av oppgavens problemstilling, teori om langvarige smerter, behandling av smerter, mestring, ACT og fysisk aktivitet i tillegg til tidligere forskning på feltet. Problemstillingen var *«hvilke mestringsstrategier har personer med langvarige smerter tatt med seg etter et åtte ukers lavterskel smertemestringskurs, bestående av ACT og veiledet trening, for å håndtere smertene sine?»*

Det er flere likheter og ulikheter mellom denne studien og tidligere forskning. Det finnes flere studier som har undersøkt effekten ACT og/ eller trening har for mennesker som har langvarige smerter, men flertallet av studiene har vært kvantitative (Casey et al., 2022; Du et al., 2021; Hughes et al., 2017; Veehof et al., 2016). De kvalitative studiene har på sin side enten bestått kun av ACT, eller vært en del av et større rehabiliteringsopplegg i spesialisthelsetjenesten, som skiller seg fra lavterskeltilbudet informantene i denne studien har vært gjennom. Det er med andre ord viktige metodiske forskjeller å ta hensyn til ved sammenligning med tidligere forskning.

Hovedfunnene i denne studien var at informantene lærte mestringsstrategier som kunne benyttes ved smerteforverring, og som bidro til å bedre ulike faktorer som er relevante for den totale smerteopplevelsen. De opplevde imidlertid ikke at smertemestringskurset bidro til at smertene ble borte eller at funksjonen deres endret seg. De viktigste mestringsstrategiene informantene tok med seg var knyttet til verdiarbeid, avspenningsteknikker og fysisk aktivitet. Informantene ble bevisst sine egne verdier, som førte til at de i større grad prioriterte seg selv og sin egen helse mer enn før smertemestringskurset. Dette gjorde informantene i bedre stand til å prioritere hvilke aktiviteter de skulle delta på, noe som førte til at de i større grad utførte flere meningsfulle og verdibaserte aktiviteter. Videre var avspenningsteknikker for mange en nyttig mestringsstrategi for å håndtere perioder med forverring av smertetilstanden, redusere stress, bedre søvn og være mer til stede i nuet. Det å lære ulike måter å være i fysisk aktivitet på, under veiledning av fysioterapeut, gjorde den enkelte bedre i stand til å regulere treningen etter egne forutsetninger. Dette ga dem også mulighet til å finne aktiviteter de trives med, hvor bassengtrening ble trukket frem som en skånsom treningsform som kunne bidra til å holde smertene i sjakk. Funnene gjenspeiler imidlertid at det kunne være utfordrende å implementere de ulike mestringsstrategiene i hverdagen utenfor kursets rammer.

6.2.1 Bevisstgjøring av egne verdier og verdibaserte handlinger

Ifølge Caneiro et al. (2020) kan det å ha en verdibasert tilnærming i oppfølgingen av personer med langvarige smerter, føre til reduksjon av smerter samt og økt generelt funksjonsnivå. I denne studien var det derimot ingen av deltakerne som opplevde at verdiarbeidet i seg selv hadde ført til en endring av smerteopplevelsen eller funksjonsnivået. I tillegg fortalte flere av deltakerne at de i begynnelsen av kurset ikke forstod hvorfor de skulle bruke så mye tid på å snakke om verdier, når de var på et smertemestringskurs. Likevel fortalte deltakerne at de i løpet av kurset så en sammenheng mellom smerter og verdiene sine, gjennom at de fikk økt fokus på seg selv, sin egenverdi og hva som var viktig for dem. Målet med kurset var heller ikke at kursdeltakerne skulle få mindre smerter eller endret smerteintensitet etter smertemestringskurset, men heller tilegne seg en økt evne til å mestre smertene i hverdagen. Dette er funn som stemmer overens med anbefalingene til IASP (2009) om at langvarige, uspesifikke muskel- og skjelettsmerter bør læres å mestres.

Som utgangspunkt for mestring, la smertemestringskurset opp til mye verdibasert arbeid under kurset, som er et av grunnprinsippene i ACT (Harris, 2013). Ifølge Harris (2013) er det viktig å ha kjennskap til sine verdier for å kunne leve et rikt og meningsfylt liv. Et av hovedfunnene i denne studien var at informantene ble mer bevisst sine egne verdier under mestringskurset og dermed ble i bedre stand til å sette seg verdibaserte mål og utføre mer verdibaserte handlinger. Tilsvarende ble sett i den kvalitative studien av Rise et al. (2015), hvor et sentralt funn var at deltakerne opplevde å ha fått økt bevissthet rundt

verdiene sine og hva som var viktig for dem i livet. Begrepet «hva som er viktig for meg» er også et sentralt funn i denne studien, og noe som mange av deltakerne trakk frem som essensielt å bli bevisst rundt, for å kunne endre hvilke aktiviteter de prioriterte, hvem de gjorde ting for, samt hvilke mestringsstrategier de valgte å benytte ved dårligere perioder.

Gjennom arbeidet med verdier ble informantene flinkere til å plukke ut hvilke aktiviteter de skulle bruke tid og energi på, og hvem de skulle gjøre ting for. Dette førte til at de i større grad utførte aktiviteter som var meningsfulle, ga dem mestring og positive opplevelser enn før mestringskurset. Det å utføre meningsfulle aktiviteter er tidligere blitt assosiert med økt velvære og bedre livskvalitet (Hooker et al., 2020). I tillegg vil det å oppleve mestring og gode opplevelser kunne føre til positiv utvikling og læring (Samdal et al., 2017). I lys av den salutogenetiske modellen kan det å utføre flere meningsfulle aktiviteter og mer verdibaserte handlinger føre til større evne til å se meningen med tilværelsen, som kan øke mestringsfølelse og aksepten av smertene (Fors, 2012, s. 96). I tillegg viser disse funnene at deltakerne gjennom verdiarbeidet har fått økt empowerment, ved at de i større grad tar mer kontroll over eget liv og hvilke aktiviteter de skal prioritere (Castro et al., 2016; Lønne, 2022).

I tillegg til å delta i flere meningsfulle aktiviteter, reduserte informantene også mengden aktiviteter som ikke var meningsfulle for dem og som de ble utmattet og fikk økte smerter av. Dette var typiske aktiviteter de før kurset, følte at de måtte delta i for å være til stede for venner og familie. Over lengre tid kan deltakelse i slik aktivitet være skadelig for individets helse og utvikling (Samdal et al., 2017). Informantene hadde også mindre dårlig samvittighet og negative følelser knyttet til det å ikke delta i disse aktivitetene etter mestringskurset. Likevel, er det interessant at flere av informantene poengterte at de ønsket å passe på seg selv og bli bedre, slik at de i større grad kunne være til stede for andre rundt seg. Dårlig samvittighet, skyldfølelse og negative følelser er faktorer som kan bidra til å opprettholde og eventuelt forsterke opplevelsen av smerter, og det er derfor viktig å redusere slike opplevelser hos personer med langvarige smerter (Linton & Shaw, 2011; Stiles & Fors, 2017).

Før mestringskurset var det flere av informantene som opplevde at de var lite verdt, snakket nedlatende om seg selv og generelt hadde negative tanker om seg selv. Selvkritikk har tidligere blitt assosiert med større sannsynlighet for dårligere prognose blant personer med langvarige smerter (Rudich et al., 2008). Gjennom mestringskurset ble informantene mer bevisst sine verdier og begynte i større grad å prioritere seg selv. Dette førte til at flere av informantene fikk et mer positivt syn på sin egenverdi, sitt selvbilde og i større grad ble mer bevisst på å omtale seg selv positivt. Informantene forteller at dette førte til at de fikk et bedre forhold til seg selv, sin kropp og smertene sine, og at det var lettere å håndtere smertene når de hadde bedre holdninger til seg selv. Liknende resultater er funnet i en studie av Edwards et al. (2016), som viste at positiv tankegang og omtale av seg selv er viktig for å mestre smerter bedre. I tillegg viser en studie av de Rooij et al. (2014) at personer med smerter, som i større grad omtalte seg selv positivt, hadde den største reduksjonen i hvor stor grad de opplevde at smertene påvirket livet deres etter behandling. Ingen av informantene i denne studien forteller spesifikt om at smertene har fått mindre å si for dem i dagligdagse aktiviteter, men heller at de har valgt å utføre andre aktiviteter for å mestre å leve med smertene.

Det å arbeide med å identifisere verdier ble ansett som svært utfordrende for informantene, noe som også gjenspeiles i studien til Gismervik et al. (2019), der flere av deltakerne ga lignende beskrivelser. Flere av informantene i denne studien opplevde at de

fikk negative kroppslige og psykologiske reaksjoner under og etter arbeidet med verdiene, eksempelvis i form av søvnvansker. På en side kan det verdibaserte arbeidet derfor ses på som enda en stressfaktor i livet til informantene, som potensielt kan føre til økte smerter eller redusert evne til å håndtere smertene (Fors, 2012; Linton & Shaw, 2011). På den andre siden er det likevel viktig å ta i betraktning at informantene i all hovedsak opplevde at de hadde nytte av å bli bevisst sine verdier, på tross av at det var så krevende.

Det er en interessant bemerkning at verdiarbeidet opplevdes som svært krevende å utøve i praksis, til tross for at anbefalingene oppfordrer til at oppfølgingen av personer med langvarige smerter skal være verdibasert (Caneiro et al., 2020; Harris, 2013) og at informantene opplevde dette som nyttig. Likevel opplevde flere av informantene at det var nødvendig at arbeidet var så krevende som det var, for at de faktisk skulle klare å få kontakt med sine ekte verdier. Dette understøttes av Harris (2013) som sier at for å finne de ekte verdiene er det viktig å bli kjent med hva hver enkelt ønsker innerst inne, og bearbeide dette nøye. En kan derfor se på verdiarbeidet som kortvarig sunt stress, ettersom informantene selv opplevde nytten av det etter hvert (Samdal et al., 2017). Ved liknende intervensjoner senere, kan det likevel være nyttig å vurdere å ha individuelle samtaler i etterkant av slikt arbeid for å støtte den enkelte i verdiarbeidet, noe som også ble påpekt av informantene i denne studien. Støtte av kursholderne etter slikt arbeid vil gi deltakerne flere ressurser de kan spille på for å bedre håndtere utfordringen, slik at de kan oppleve mestring og utvikling (Samdal et al., 2017).

At informantene i denne studien ble kjent med sine verdier gjennom kurset, var trolig ikke i seg selv en direkte årsak til økt mestring av smerte hos den enkelte. Likevel førte bevisstgjøring av verdiene til at informantene i større grad klarte å finne en balanse på hvilke aktiviteter de skulle prioritere. Det kan dermed tenkes at den økte evnen til å håndtere et liv med smerter, skyldes at de i større grad prioriterte seg selv og sine behov foran andres. Dette førte til mindre stress i hverdagen, gjennom at de hadde mindre dårlig samvittighet og bedre tid til hvile og egenomsorg. Stress er en faktor som kan bidra til å opprettholde smerteopplevelsen, og det er derfor nyttig å begrense situasjoner som tilfører stress i hverdagen for individet (Fors, 2012; Frølich, 2011).

6.2.2 Å lære å kople av gjennom mindfulness og avspenningsteknikker

Informantene fortalte at de lærte flere avspenningsteknikker under mestringskurset, som de forsøkte å implementere i hverdagen i etterkant. Tidligere forskning som har undersøkt effekten av mindfulnessbaserte intervensjoner hos personer med langvarige smerter har funnet sprikende resultater. Majeed et al. (2018) viser til at slike intervensjoner kan redusere smerter, øke funksjon og bedre livskvalitet. På den andre siden viser en systematisk oversiktsartikkel av Pei et al. (2021) at intervensjoner som baserer seg på mindfulness ikke fører til noe forbedring av smerte på hverken kort eller lang sikt. I denne studien stemmer funnene mest overens med resultatene til Pei et al. (2021), ettersom ingen av deltakerne opplevde at avspenningsteknikkene førte til noen reduksjon av smertenivå eller varig endring av smerteopplevelsen. Med andre ord viser funnene i denne studien at informantene ikke opplevde at avspenningsteknikker førte til hverken reduksjon av smerter eller økt funksjon. På en annen side trekker Veehof et al. (2016) frem at hensikten med mindfulnessbaserte intervensjoner ikke nødvendigvis er å redusere smertene, men heller kan være nyttig for å mestre smertene bedre.

Avspenningsteknikkene ble beskrevet som en viktig mestringsstrategi i perioder med forverring av smertene av deltakerne i denne studien, noe som også er beskrevet av deltakerne i den kvalitative studien til Mathias et al. (2014). Deltakerne i denne studien

opplevde at avspenningsteknikkene kunne fungere «her og nå» for å håndtere smerteopplevelsen bedre ved at avspenningsteknikkene førte til endring av fokus. Deltakerne opplevde at avspenningsteknikkene ga dem muligheten til å kople ut fra omverdenen og gå inn i en egen verden hvor smertene ikke var i fokus, i det minste for et lite øyeblikk. Dette kan tyde på at deltakerne gjennom avspenningsteknikker fikk økt evne til defusjonering, som er en av hovedprosessene i ACT (Harris, 2013). Dette kommer frem ved at deltakerne uttrykte at de i mindre grad ble påvirket av de negative tankene og følelsene knyttet til smertene sine.

Videre trakk enkelte informanter frem at avspenningsteknikkene bidro til at de klarte å være mer til stede i øyeblikkene som var viktige for dem, noe som i likhet med defusjonering er et av grunnprinsippene i ACT (Harris, 2013). Dette kom frem ved at deltakerne fortalte at de fikk økt fokus på å roe ned ved hjelp av pusteteknikker, slik at de bedre kunne nyte øyeblikkene de opplever i hverdagen, i stedet for å tenke på smertene og alt som hadde skjedd eller skal skje. Det kan dermed tenkes at kombinasjonen av økt tilstedeværelse i nået samt økt evne til defusjonering av negative tanker og følelser, kan bidra til at informantene har fått et større utbytte av å delta i verdibaserte handlinger som foregår «her og nå» etter mestringskurset.

I tillegg kan det å benytte avspenningsteknikker for å skifte fokuset vekk fra smertene ses på som en form for distraksjon fra smertene, og kan derfor for noen benyttes som en mestringsstrategi for å håndtere smertene (Miron et al., 1989). Distraksjon er en mestringsstrategi som ikke er i tråd med prinsippene til ACT, hvor formålet er å tillate og akseptere at smertene er der, men at de i mindre grad påvirker individet (Harris, 2013). Likevel, ble det å skifte fokus vekk fra smertene i denne studien i hovedsak benyttet for å kunne være mer til stede i det som foregår her og nå og i større grad kunne delta i meningsfulle og verdibaserte aktiviteter, som er et av målene med ACT (Harris, 2013).

Flere av deltakerne fortalte om ulike psykososiale belastninger i livet som eksempelvis dårlig samvittighet, mange oppgaver i hverdagen og en følelse av å ikke strekke til. Dette er alle faktorer som kan være med å bidra til økt stress hos den enkelte (Stiles & Fors, 2017, s. 190-191). I tillegg er det å leve med langvarige smerter over tid som en følelse av at kroppen står i konstant beredskap (Stiles & Fors, 2017, s. 143-147). Noen av informantene opplevde at avspennings- og pusteteknikkene kunne bidra til å redusere den subjektive opplevelsen av stress relatert til psykososiale belastninger i hverdagen, samt ansenheten i kroppen som stresset førte med seg. Tilsvarende erfaringer ble rapportert av deltakerne i studien til Gismervik et al. (2019). Ifølge Samdal et al. (2017) kan langvarig stress omformes til sunt stress gjennom å tilegne seg gode mestringsstrategier som gjør at den enkelte håndterer situasjonen bedre. Det kan virke som om at avspenningsteknikkene deltakerne lærte gjennom mestringskurset kan være en relevant mestringsstrategi for personer med langvarige smerter, nettopp for å håndtere situasjoner eller perioder i livet med økt stress (Lein, 2016).

I tillegg opplevde mange av informantene at det å bruke avspennings- og pusteteknikker forbedret søvnkvaliteten deres. Flere informanter fortalte at de tidligere hadde hatt søvnevansker, som kunne ha en negativ innvirkning på smertene deres. Det er viktig å ta i betraktning at søvn, stress og smerter henger sammen. Dårlig søvnkvalitet har vist seg å være en opprettholdende faktor for langvarige smerter og kan også øke smertene. I tillegg kan redusert søvn føre til økt stress. På den andre siden kan langvarige smerter føre til dårligere søvnkvalitet (Stiles & Fors, 2017, s. 65-69). Bedret søvn som resultat av ulike mindfulnessbaserte teknikker er også funnet i andre kvalitative studier (Gismervik et

al., 2019; Morone et al., 2008), i tillegg til i en systematisk oversiktsartikkel av Zou et al. (2018). Med andre ord har avspenningsteknikker, som blant annet pusteteknikker, vært en nyttig mestringsstrategi for enkelte for å bidra til økt søvnkvalitet og gjennom dette reduksjon av smerter.

Til tross for at mange av informantene syntes det var nyttig å lære seg avspenningsteknikker fordi teknikkene hjalp dem med å roe ned, skifte fokus, være mer til stede i øyeblikket og å puste bedre, var det mange som syntes det var utfordrende å benytte teknikkene i hverdagen etter kurset. Mellom kursdagene fikk imidlertid deltakerne i oppgave å øve på noen av avspenningsteknikkene, slik at de bedre skulle klare å bruke dem i hverdagen. Likevel opplevde deltakerne at det fortsatt var vanskelig å implementere teknikkene, fordi teknikkene ble glemt i den hektiske hverdagen utenfor kurset. Dette kan forklares ved at deltakerne opplevde at rammene for utføringen av avspenningsteknikkene var forskjellige i hverdagslivet sammenliknet med de tilrettelagte rammene i mestringskurset.

Det er et interessant funn at deltakerne opplevde at det var i de situasjonene de hadde mest behov for å utføre avspenningsteknikker, at det også var mest utfordrende å utføre teknikkene og å få et godt utbytte av dem. Situasjonene hvor deltakerne opplevde behov for avspenningsteknikkene var hovedsakelig knyttet til perioder med økt stress, økte smerter eller forstyrrelser i hverdagen som gjorde det vanskelig å fokusere. Det kan dermed virke som at for mange var det ikke en optimal overføringsverdi av å øve på avspenningsteknikker gjennom et kurs hvor forholdene var lagt til rette sammenliknet med den reelle hverdagen deltakerne levde i.

Informantene fortalte også at det kunne vært nyttig om de hadde brukt enda mer tid på å øve på avspenningsteknikkene i løpet av selve mestringskurset. Tilsvarende oppfatninger kom frem i den kvalitative studien til Gismervik et al. (2019) der deltakerne uttrykte at et 17 dagers rehabiliteringsprogram var for kort tid til å lære seg avspenningsteknikkene tilstrekkelig. I denne studien var mestringskurset fordelt på åtte dager, som tilsier at deltakerne i denne studien hadde enda færre dager med veiledning å lære seg teknikkene på, selv om de hadde én uke mellom hver kursdag. I en kvalitativ studie av Morone et al. (2008) opplevde deltakerne at jo mer de øvde på å utføre mindfulnessbaserte teknikker, jo bedre effekt hadde teknikkene på smerten deres. Det kan dermed tenkes at dersom deltakerne hadde fått enda mer trening i avspenningsteknikkene samt øvd mer på å implementere teknikkene i egen hverdag i løpet av kurset, kunne de fått enda mer effekter av avspenningsteknikkene i hverdagen.

6.2.3 Fysisk aktivitet og trening

Mestringskurset som deltakerne har deltatt i, besto av ukentlig veiledet fysisk aktivitet, noe som blant annet imøtekommer anbefalinger angående implementering av trening i oppfølgingen av personer med langvarige smerter (Caneiro et al., 2020; Lin et al., 2020; NICE, 2021). Det kommer tydelig frem av flere informanter at de syntes det var nyttig å utforske ulike treningsformer og aktiviteter gjennom mestringskurset, spesielt under veiledning av fysioterapeuter. Ifølge Aas (2018) kan veiledet aktivitet av kyndig personell føre til aha-opplevelser blant deltakerne ved at de ser hvilke muligheter de har for å trene, selv med smerter. Liknende funn ses i denne studien, hvor mange av deltakerne i stor grad forteller at de har lært seg nye måter å trene og være i aktivitet på gjennom veiledningen, slik at de kunne gjennomføre aktiviteten på tross av smertene.

I denne studien varierte det i hvilken grad deltakerne opplevde at treningen førte til reduserte smerter eller endret smerteopplevelse. Spesielt bassengtrening ble trukket fram som en treningsform som ikke forverret smertene, men heller kunne holde smertene i sjakk, og til og med bedre smertene til en viss grad. Intervalltrening ble på den andre siden trukket fram som en treningsform som ikke førte til en endret smerteopplevelse, og i enkelte av tilfellene kunne forverre smerteopplevelsen. Deltakerne som gikk turer utendørs og trente slynge- eller styrketrening på treningscenter, trakk ikke fram at de hadde opplevd noen endring av smerteopplevelsen.

Variasjonene i hvor stor grad ulike aktivitetsformer påvirker smertene til deltakerne kan ha ulike forklaringer. Deltakerne opplevde bassengtrening som en skånsom treningsform som de mestret, mens intervalltrening på en annen side ble beskrevet som en mye mer krevende treningsform. Videre opplevde informantene at bassengtreningen ga dem økt evne til avspenning og rolig pust i etterkant, samtidig som de opplevde treningen som effektiv for deres fysiske og mentale helse. Bassengtreningen var altså en treningsform flere deltakere likte og opplevde at de mestret. Det å oppleve mestring i hverdagslige aktiviteter som eksempelvis trening, er viktig for hvordan smerteopplevelsen påvirker den enkelte (Helsedirektoratet, 2015b; Meld. St. 19 (2018–2019)). Intervalltrening opplevdes derimot som en treningsform som krevde mer overskudd enn det ga, og var noe deltakerne opplevde at de ikke mestret. Det å utføre en treningsform eller aktivitet en hverken trives med eller opplever mestring av, kan være forsterkende faktorer til treningen kan forverre smertene til den enkelte (LaRowe & Williams, 2022).

Ifølge Böressjon et al. (2015) bør personer med langvarig smerte i all hovedsak trene kondisjons- og utholdenhetstrening. Fra andre studier er det imidlertid funnet at både utholdenhetstrening og styrketrening i vann eller på land, kan være hensiktsmessig for smerter hos personer med langvarig smerte (Booth et al., 2017; Wewege et al., 2018). I denne studien fremkommer det at deltakerne heller foretrakk å gjennomføre bassengtrening og styrketrening fremfor generell utholdenhetstrening, og at de hadde flere negative opplevelser knyttet til utholdenhetstreningen. Böressjon et al. (2015) skriver imidlertid at ved trening av kondisjon og utholdenhet er det anbefalt at aktiviteten begynner med lav intensitet for så å ha en langsom progresjon i intensitet. For deltakerne i denne studien hadde intervalltreningen høy intensitet fra start, og det kan tenkes at en utilstrekkelig tilvenning til aktivitet gjorde at deltakerne ikke fikk særlig mestringsfølelse av aktiviteten.

Det er imidlertid viktig å understreke at det aller viktigste relatert til trening for personer med langvarige smerter er at personen er i fysisk aktivitet regelmessig (Booth et al., 2017; NICE, 2021; Wewege et al., 2018). Med andre ord finnes det ikke noen spesifikk treningsform som er å foretrekke for behandling av langvarige smerter, dersom den ikke blir gjort, slik som intervalltrening i denne studien. I tillegg til dette, kan det argumenteres for at selv om deltakerne ikke nødvendigvis opplevde at fysisk aktivitet og trening reduserte smertene deres, var det flere av deltakerne som rapporterte andre positive effekter av å trene mer og være mer i fysisk aktivitet. Eksempelvis opplevde deltakerne at treningsformene som gjorde dem fysisk sterkere, slik som bassengtrening, slyngetrening og styrketrening på treningscenter, som ga deltakerne bedre kroppslige forutsetninger for å tåle smertene sine bedre.

Videre, kan det ifølge Booth et al. (2017) og Wewege et al. (2018) faktisk være psykologiske faktorer felles for all trening og fysisk aktivitet som har den største effekten for personer med langvarige smerter. Deltakerne opplevde at treningen kunne være et

fristed hvor de fikk pause fra hverdagen og fokus på noe annet enn smertene. Treningen ble dermed benyttet som en slags distraksjon fra smertene, som kan føre til endret smerteopplevelse og en opplevelse av at smertene tar mindre plass i livet enn tidligere (Böressjon et al., 2015). Ved at trening og fysisk aktivitet for noen av informantene fungerte som en distraksjon fra smertene, kan en argumentere for at treningen for noen hadde en annen effekt enn det en ønsker å oppnå gjennom ACT, som også var en del av mestringskurset. Ved ACT er formålet ikke er å unngå eller redusere de negative tankene, men heller imøtekomme dem på en åpen måte (Harris, 2013). På den andre siden var det flere av informantene som fortalte at den gode følelsen de kunne få av treningen var noe de tok med seg hjem og som la grunnlaget for en bedre dag hvor de kunne være mer til stede.

Deltakerne i denne studien trakk frem at trening og fysisk aktivitet ga økt mestringsfølelse, bedret fysisk form og kunne føre til bedre selvbilde. Kombinasjonen av disse faktorene bidro til en viss grad endring av stemningsleiet, og at de mindre nedstemt. Dette er relevant, ettersom nedstemthet kan bidra til økte smerter og nedsatt evne til å håndtere smertesituasjonen, og økt fysisk aktivitet kan dermed påvirke smertesituasjonen gjennom bedret sinnsstemning (Böressjon et al., 2015).

Et annet relevant moment for at trening og fysisk aktivitet skal ha optimal effekt på smerter og funksjon, er at aktiviteten bør gjennomføres regelmessig (Böressjon et al., 2015). Selv om informantene i denne studien i stor grad syntes det var nyttig å lære ulike treningsformer, varierte det i hvor stor grad de fortsatte med det de hadde lært av trening og fysisk aktivitet i etterkant av kurset. Ifølge Caneiro et al. (2020) er det viktig at personer med langvarig smerte kan benytte seg av smertemestringsstrategier som eksempelvis trening i hverdagen, og at de mestrer å tilpasse strategien til perioder mer forverring. Det var derimot flere av informantene som fortalte at trening var noe de måtte ha overskudd til, og at ved smerteforverring var trening noe de ikke klarte å gjennomføre. Dette gjaldt spesielt de mer høyintensive treningsformene, som intervalltrening, noe som kan skyldes at dette var en treningsform deltakerne ikke trivdes med (Umeda et al., 2014). Deltakerne dette gjaldt prioriterte heller rolig gange i stedet eller lot være å trene i det hele tatt, fordi de opplevde at tyngre trening trigget mer smerter. Det kan virke som om informantene som startet med bassengtrening i etterkant av kurset i større grad klarte å opprettholde treningen over tid, sammenliknet med andre treningsformer. Dette kan være naturlig, da bassengtrening var den treningsformen som ble opplevd som mest positiv med tanke på skånsomhet samt effektivitet av informantene.

Mange av informantene fortalte at de i stor grad hadde sluttet med trening og fysisk aktivitet før kurset, fordi dette var noe som trigget smertene deres. Dette kan føre til at personer med langvarige smerter utvikler en unngåelsesatferd for fysisk aktivitet, for å tilsynelatende beskytte seg selv mot økte smerter (Stiles & Fors, 2017, s. 110-123). Dette virker til å være tilfelle i denne studien, ettersom noen av informantene unngikk å trene og å være i fysisk aktivitet i forkant av kurset (Fors, 2012). En slik unngåelsesatferd kan hos personer med langvarige smerter føre til forverring av smertetilstanden og redusert funksjon (Fors, 2012; Wertli, Rasmussen-Barr, Held, et al., 2014; Wertli, Rasmussen-Barr, Weiser, et al., 2014). I tillegg kan bevegelsesfrykt føre til redusert aktivitetsnivå og svekkelse av muskel- og skjelettsystemet. På denne måte kan unngåelsesatferden og dernest bevegelsesfrykten være med å opprettholde smertene (Fors, 2012).

Ifølge frykt- og unngåelsesmodellen er det kun én ting som hjelper mot bevegelsesangst, nemlig eksponering av bevegelse (Stiles & Fors, 2017). Deltakerne ble gjennom

mestringskurset eksponert for ulike aktiviteter og treningsformer under trygge omgivelser, veiledet av fysioterapeuter. Dette var noe informantene opplevde som betryggende og lærerikt. Flere av deltakerne fortalte at de lærte, og ble trygge på, at det ikke var farlig å trene selv om de hadde smerter. I tillegg lærte de seg måter å tilpasse øvelsene eller treningen på slik at det ikke lenger utløste smerter i like stor grad. På denne måten kunne deltakerne gjøre seg erfaringer med at bevegelse og aktivitet ikke er så ille som de hadde fryktet. Videre kan dette hjelpe personer med langvarige smerter til å komme seg ut av unngåelsesatferden og i inn i en bedre håndtering av smertene som igjen kan bidra til mindre smerter og bedre funksjon (Stiles & Fors, 2017). I denne studien var det flere av informantene som begynte å trene og være i mer fysisk aktivitet etter kurset.

Oppfølging av personer med langvarige smerter bør fokusere på å stryke individets evne til å gjennomføre trening og være i fysisk aktivitet (Caneiro et al., 2020; Lin et al., 2020). Smertemestringskurset varte i åtte uker, og deltakerne fikk prøve de ulike treningsformene to ganger i løpet av kurset, bortsett fra bassengtrening som de kun prøvde siste kursdag. Etter mestringskurset var det opp til hver enkelt hvorvidt de fortsatte med aktivitetene eller ikke. Som beskrevet tidligere, var det variasjoner i hvor stor grad deltakerne fortsatte å trene. Det kan tenkes at det at deltakerne kun fikk prøve de ulike aktivitetene en eller to ganger førte til at de ikke følte seg trygge nok på aktivitetene, og ikke følte at de hadde nok kompetanse til å fortsette med aktiviteten etter kurset. På den andre siden var det bassengtrening som i størst grad var den foretrukne treningsformen i etterkant av kurset, selv om dette var noe deltakerne kun fikk prøve én gang. Ifølge Booth et al. (2017) er det ingen treningsform som er bedre enn andre når det kommer til behandling av langvarige smerter. Det viktigste er at personer med langvarige smerter finner en aktivitet som en liker å holde på med (Böressjon et al., 2015). Flere deltakere opplevde at det var svært nyttig å bli introdusert for ulike aktiviteter, da dette ga dem muligheten til å finne ut hvilke av aktivitetene de likte og kunne tenke seg å fortsette med også etter mestringskurset.

6.2.4 Smertemestringskurs som et lavterskeltilbud

Mestringskurset i Orkland kommune var et tilbud i regi av Friskliv- og mestring, som er et lavterskeltilbud for befolkningen i kommunen. Frisklivs- og mestringstilbud har ofte en salutogenetisk tilnærming noe dette mestringskurset imøtekommer ved at deltakerne har fått muligheten til å tilegne seg nye mestringsstrategier med fokus på å kunne håndtere negative stressorer i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012; Helsedirektoratet, 2022; Wiesmann et al., 2014). Videre kan en argumentere for at deltakerne fikk økt empowerment gjennom å tilegne seg nye mestringsstrategier og dermed opplevde mer kontroll over sitt eget liv (Castro et al., 2016; Lønne, 2022). En økt følelse av kontroll over eget liv fører til en økt opplevelse av å mestre sin livssituasjon (Mæland, 2016). Økt mestring er viktig for personer so lever med langvarige smerter fordi graden av opplevelse av mestring, har en innvirkning på smerteopplevelsen (Helsedirektoratet, 2015b; Meld. St. 19 (2018–2019)). Det er derfor viktig at personer med langvarige smerter, eller i risiko for å utvikle langvarige smerter, får muligheten til å delta i et tilsvarende mestringskurs for å tilegne seg relevante mestringsstrategier i tidlig fase (Helsedirektoratet, 2015b; Meld. St. 19 (2018–2019)).

Deltakerne i denne studien hadde imidlertid levd med smerter fra 2,5 – 22 år når smertemestringskurset ble gjennomført, og det kan tenkes at dersom deltakerne hadde deltatt i et slikt mestringskurs på et tidligere tidspunkt, kunne de vært i bedre stand til å håndtere smertene sine tidligere.

Det å lære seg mestringsstrategier for å håndtere smertene sine tidlig kan bidra til økt empowerment og opplevelse av mestring, noe som kan føre til at den enkelte ikke får like store negative ringvirkninger av det å leve med smerter, som igjen kan redusere risikoen for opprettholdelse av smertene på lang sikt (Helsedirektoratet, 2015b; Meld. St. 19 (2018–2019); Stiles & Fors, 2017). Det var ikke behov for henvisning for å delta i dette smertemestringskurset, noe som er et kjennetegn for lavterskeltilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). På denne måten kan trolig et lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten nå flere mennesker i tidligere fase ved at det er lavere terskel for å delta i et slikt tilbud sammenliknet med et tilbud som krever henvisning fra lege.

En annen fordel ved lavterskeltilbud i primærhelsetjenesten er at tilbudet i større grad arrangeres der deltakerne oppholder seg, sammenliknet med tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette kan gi deltakerne mulighet til å bli kjent med sin egen kommune, turmuligheter og lokale tilbud som de kan benytte i etterkant av et mestringskurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I denne studien er det likevel varierende hvorvidt deltakerne benyttet seg av lokale tilbud i etterkant, og enkelte av deltakerne opplevde at det ikke var tilstrekkelig med informasjon om de lokale tilbudene i kommunen, slik som for eksempel trening i basseng.

Det er viktig at pasientene lærer å tilpasse strategiene til perioder med forverring og at de oppfordres til å benytte strategiene i hverdagen, fordi dette kan bidra til økt mestringstro og en bærekraftig selvmestringsstrategi som er i tråd med deres verdier (Caneiro et al., 2020). Et viktig og interessant funn i denne studien er at mange av informantene opplevde at de lærte mange nyttige strategier i løpet av mestringskurset, men at flere hadde utfordringer knyttet til det å implementere strategiene i hverdagslivet etter kurset. Informantene opplevde ikke at smertemestringskurset bidro hverken reduserte smerter eller økt funksjon, og flere påpekte at et smertemestringskurs trolig ikke er tilstrekkelig for å holde smertene helt borte. Likevel opplevde flere av informantene at strategiene de hadde lært på mestringskurset kunne være nyttige i perioder ved forverringer og bidro til å bedre ulike faktorer som er relevante for den totale smerteopplevelsen.

6.3 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Det er mange mennesker som lever med langvarige smerter, og konsekvensene er store for både individet og samfunnet, og det er derfor viktig å finne gode strategier for å håndtere slike plager. Funnene i denne studien viser at personer med langvarige smerter opplever at et mestringskurs bestående av ACT og veiledet aktivitet kan være nyttig for å tilegne seg strategier og teknikker for å håndtere smertene sine bedre. Resultatene i denne studien kan være relevante for helsepersonell som møter personer med langvarige smerter, videreutvikling av fremtidige smertemestringstilbud samt videre forskning.

Det å bruke tid på å identifisere sine verdier ble sett på som svært nyttig, da dette førte til at den enkelte ble mer bevisst over hva som var viktig for dem, og dermed prioriterte seg selv og sin egen helse i større grad enn før mestringskurset. Dette førte blant annet til at de gjennomførte flere meningsfulle aktiviteter basert på sine verdier. Arbeidet med å identifisere sine verdier var utfordrende, men det virker som om at det er nødvendig at verdiarbeidet er såpass krevende, slik at den enkelte går i dybden av seg selv og blir kjent med sine ekte og indre verdier. For tilsvarende kurs i fremtiden kan det imidlertid være hensiktsmessig å vurdere behovet for individuelle oppfølgingssamtaler under arbeidet med identifiseringen av verdiene.

Funnene i denne studien tyder på at fysisk aktivitet og trening kan være viktige mestringsstrategier for personer med langvarige smerter. Når det gjelder fysisk aktivitet var det hovedsakelig de mer skånsomme treningsformene som ble opplevd mest nyttig. Intervalltrening var derimot en treningsform som deltakerne opplevde som for krevende å utføre. Deltakerne opplevde likevel at det var nyttig og lærerikt å få prøve ulike aktiviteter veiledet av helsepersonell og lære å tilpasse aktiviteten til egne forutsetninger. Avspenningsteknikker var også en mestringsstrategi som ble ansett som nyttig å benytte ved perioder med forverring av smerter. Deltakerne syntes imidlertid at det kunne vært nyttig dersom avspenningsteknikkene var en enda større del av smertemestringkursen, slik at de kunne lært seg teknikkene bedre. I fremtidige smertemestringkurs kan det være hensiktsmessig å ta hensyn til disse erfaringene når innholdet i kurset planlegges.

Et gjentakende funn i denne studien var at informantene opplevde at de lærte svært mange nyttige teknikker og strategier de kunne benytte for å håndtere smertene sine bedre i hverdagen. Likevel, etter seks måneder var det store variasjoner i hvorvidt informantene faktisk brukte strategiene i hverdagen sin. Det er derfor behov for videre forskning for å utforske hvordan mestringsstrategiene kan få en best mulig overføringsverdi til hverdagslivet. Videre er det også behov for å undersøke hvordan smertemestringkurs bør utformes for å i enda større grad bidra til at mestringsstrategiene implementeres på lang sikt.

I denne studien var informantene kvinner i aldersgruppen 47-59 år, og det er nødvendig å undersøke om andre målgrupper har liknende opplevelser og erfaringer etter et smertemestringkurs. I tillegg er det som finnes av forskning om både ACT og veiledet fysisk aktivitet er i stor grad gjennomført ved rehabiliteringsinstitusjoner eller spesialisthelsetjenesten. Det ses derfor behov for videre forskning på lavterskeltilbud som består av ACT og veiledet fysisk aktivitet har andre effekter enn studier som er gjennomført i spesialisthelsetjenesten. Både kvalitativ og kvantitative metoder er aktuelle. Med hensyn til eksisterende forskningsgrunnlag ses det spesielt behov for kvalitative forskningsdesign som undersøker erfaringer knyttet til deltakelse i et smertemestringkurs bestående av både ACT og veiledet fysisk aktivitet.

7. Konklusjon

Denne studien viser at det å arbeide med å identifisere sine verdier, samt utforske ulike former for fysisk aktivitet, trening og avspenningsteknikker kan være hensiktsmessige mestringsstrategier etter deltakelse på et lavterskel smertemestringskurs for å håndtere smertene sine.

Det å finne sine indre verdier var et viktig grunnlag for å i større grad prioritere seg selv og sin egen helse, og som gjorde den enkelte bedre i stand til å prioritere hvilke aktiviteter de skulle bruke energi på. Verdiarbeidet var en krevende prosess, men det virker som om at det var nødvendig for å komme i kontakt med sine indre, ekte verdier. Videre var avspenningsteknikker en nyttig mestringsstrategi for å håndtere perioder med forverring av smertetilstanden, redusere stress, bedre søvn og være mer til stede i nuet. I tillegg var det å lære ulike måter å være i fysisk aktivitet på, under veiledning av fysioterapeut, noe som gjorde den enkelte bedre i stand til å regulere treningen etter egne forutsetninger. Det å få veiledning knyttet til fysisk aktivitet ga dem også mulighet til å finne aktiviteter de trives med, hvor bassengtrening ble trukket frem som en skånsom treningsform som kunne bidra til å holde smertene i sjakk. Selv om mestringsstrategiene var nyttige, viste det seg at strategiene kunne være utfordrende å implementere i hverdagen i etterkant av mestringskurset. Avslutningsvis bør funnene i denne studien ses i lys av et relativt lite utvalg. Funnene er likevel relevante for utviklingen av fremtidige smertemestringskurs samt videre forskning på feltet.

8. Referanser

- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Starrin, B. & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Gyldendal akademisk.
- Babatunde, O. O., Jordan, J. L., Van der Windt, D. A., Hill, J. C., Foster, N. E. & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*, *12*(6), e0178621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178621>
- Bendelin, N., Björkdahl, P., Risell, M., Nelson, K. Z., Gerdle, B., Andersson, G. & Buhrman, M. (2020). Patients' experiences of internet-based Acceptance and commitment therapy for chronic pain: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*, *21*(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03198-1>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M. & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, *15*(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, *10*(4), 287-333. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Brinkmann, S., Tanggard, L. & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling*. Gyldendal akademisk.
- Böressjon, M., Mannerkorpi, K., Knardahl, S., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2015). Smerter. I R. Bahr & J. Karlsson (Red.), *Aktivitetshåndboken* (3. utg. [i.e. 3. oppl.]. utg., s. 582-595). Fagbokforlaget
- Caneiro, J. P., Roos, E. M., Barton, C. J., O'Sullivan, K., Kent, P., Lin, I., Choong, P., Crossley, K. M., Hartvigsen, J., Smith, A. J. & O'Sullivan, P. (2020). It is time to move beyond 'body region silos' to manage musculoskeletal pain: five actions to change clinical practice. *Br J Sports Med*, *54*(8), 438-439. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100488>
- Casey, M. B., Smart, K. M., Segurado, R., Hearty, C., Gopal, H., Lowry, D., Flanagan, D., McCracken, L. & Doody, C. (2022). Exercise combined with Acceptance and Commitment Therapy compared with a standalone supervised exercise programme for adults with chronic pain: a randomised controlled trial. *Pain*, *163*(6), 1158-1171. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002487>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*, *99*(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Clarsen, B. M., Steingrímisdóttir, Ó. A., Holvik, K. & Ørstavik, R. E. (2014). *Muskel- og skjeletthelse i Norge* (Folkehelse rapporten Issue. Folkehelseinstituttet Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>
- Cormack, B., Stilwell, P., Coninx, S. & Gibson, J. (2022). The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/09593985.2022.2080130>
- de Rooij, A., de Boer, M. R., van der Leeden, M., Roorda, L. D., Steultjens, M. P. & Dekker, J. (2014). Cognitive mechanisms of change in multidisciplinary treatment of patients

- with chronic widespread pain: a prospective cohort study. *J Rehabil Med*, 46(2), 173-180. <https://doi.org/10.2340/16501977-1252>
- Du, S., Dong, J., Jin, S., Zhang, H. & Zhang, Y. (2021). Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain on functioning: A systematic review of randomized controlled trials. *Neurosci Biobehav Rev*, 131, 59-76. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.022>
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C. & Wasan, A. D. (2016). The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. *J Pain*, 17(9 Suppl), T70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
- Fangen, K. (2010). *Deltaagende observasjon* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte* (Bd. 46). Universitetsforl.
- Frølich, S. (2011). *Kroniske smerter : kan man lære at leve med det?* (3. udg. utg.). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gismervik, S., Fimland, M. S., Fors, E. A., Johnsen, R. & Rise, M. B. (2019). The acceptance and commitment therapy model in occupational rehabilitation of musculoskeletal and common mental disorders: a qualitative focus group study. *Disabil Rehabil*, 41(26), 3181-3191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1490824>
- Goldberg, D. S. & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11, 770. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Gravaas, B. C., Eiksund, S., Sliper, J. O., Opdahl, S., Kvistad, K., Moa, P. F., Rangul, V., von Heimburg, D. & Sund, R. E. (2022). *Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag 2019: Helsestatistikk-rapport nummer 8 fra HUNT4. Korrigert versjon august 2022.* (HUNT4 Issue). <https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Delrapport+8+Flersykelighet+og+sykdommer+2%28korrigert+versjon+august+2022%29.pdf/fb74d6a6-24b0-dcec-8ab7-09f302a504a9?t=1661497697317>
- Hagen, K., Linde, M., Heuch, I., Stovner, L. J. & Zwart, J. A. (2011). Increasing prevalence of chronic musculoskeletal complaints. A large 11-year follow-up in the general population (HUNT 2 and 3). *Pain Med*, 12(11), 1657-1666. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01240.x>
- Harris, R. (2013). *ACT : enkelt og greit : en innføring i aksept- og forpliktelsesterapi* (K. M. Thorbjørnsen, Red.). Gyldendal akademisk.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. & Kraft, N. (2018). *Aksept og verdibasert atferdsterapi : mindful endring - prosess og praksis*. Arneberg.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Rundskriv. Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering* (I-4/2017). https://www.regjeringen.no/contentassets/c5e5c1d7928145b3b08148482a59969f/rundskriv_i-4-2017.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2015a). *Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker* (IS-2190). (Veileder, Issue. Helsedirektoratet). https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker/Organisering%20og%20drift%20av%20tverrfaglige%20smerteklinikk%20er%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/0173dc62-5281-4ced-8da3-

- [f28afe8ecaaa:4c4a5e20c8dac3ee001c5eef87e8d0c8d0ac16a6/Organisering%20og%20drift%20av%20verrfaglige%20smerteklinikker%20%E2%80%93%20Veiledere.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator)
Helsedirektoratet. (2015b). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet. (2022). *Veilder for kommunale frisklivssentraler: Etablering, organisering og tilbud* Helsedirektoratet Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veiledere.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veiledere.pdf
- Hooker, S. A., Masters, K. S., Vagnini, K. M. & Rush, C. L. (2020). Engaging in personally meaningful activities is associated with meaning salience and psychological well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 15(6), 821-831.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1651895>
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E. & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Clin J Pain*, 33(6), 552-568.
<https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000425>
- IASP. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249-249.
- IASP. (2009). *Global Year Against Musculoskeletal Pain, October 2009-October 2010*. .
<https://www.iasp-pain.org/advocacy/global-year/musculoskeletal-pain/>
- Ihlebaek, C., Brage, S. & Eriksen, H. R. (2006). Health complaints and sickness absence in Norway, 1996–2003. *Occupational Medicine*, 57(1), 43-49.
<https://doi.org/10.1093/occmed/kql107>
- Jackson, T., Thomas, S., Stabile, V., Shotwell, M., Han, X. & McQueen, K. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesth Analg*, 123(3), 739-748.
<https://doi.org/10.1213/ane.0000000000001389>
- Jacobsen, T. N., Aperstein, E. & Skagseth, M. (2015). *ACT Hysnes gruppe-manual 4.0, for ny intervensjon 2015* [Upublisert].
- Kinge, J. M., Knudsen, A. K., Skirbekk, V. & Vollset, S. E. (2015). Musculoskeletal disorders in Norway: prevalence of chronicity and use of primary and specialist health care services. *BMC Musculoskelet Disord*, 16, 75. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0536-z>
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Fagbokforl.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C. & Kaasa, S. (2012). Estimating the prevalence of chronic pain: validation of recall against longitudinal reporting (the

- HUNT pain study). *Pain*, 153(7), 1368-1373.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.02.004>
- Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C., Vatten, L. & Kaasa, S. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scand J Pain*, 4(4), 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>
- LaRowe, L. R. & Williams, D. M. (2022). Activity-induced pain as a predictor of physical activity behavior among individuals with chronic pain: the role of physical activity enjoyment. *J Behav Med*, 45(4), 632-642. <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00318-1>
- Lein, M. (2016). Hvorfor virker mindfulness? <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/hvorfor-virker-mindfulness/>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G. & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*, 54(2), 79-86.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>
- Linton, S. J. & Shaw, W. S. (2011). Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700-711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Litt, M. D. & Tennen, H. (2015). What are the most effective coping strategies for managing chronic pain? *Pain Manag*, 5(6), 403-406. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.45>
- Lønne, A. (2022). *Salutogenese* Store norske leksikon Hentet 27.11.22 fra <https://sml.snl.no/salutogenese>
- Majeed, M. H., Ali, A. A. & Sudak, D. M. (2018). Mindfulness-based interventions for chronic pain: Evidence and applications. *Asian J Psychiatr*, 32, 79-83.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.025>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Mathias, B., Parry-Jones, B. & Huws, J. C. (2014). Individual experiences of an acceptance-based pain management programme: an interpretative phenomenological analysis. *Psychol Health*, 29(3), 279-296. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.845667>
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*, . H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i et trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Miron, D., Duncan, G. H. & Bushnell, C. M. (1989). Effects of attention on the intensity and unpleasantness of thermal pain. *Pain*, 39(3), 345-352. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90048-1](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90048-1)
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A. & Weiner, D. K. (2008). "I felt like a new person." the effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain*, 9(9), 841-848.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.04.003>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Universitetsforl.

- NAV. (2021). *Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2016*. Arbeids- og velferdsdirektoratet https://www.nav.no/_/attachment/download/c421974b-31fe-4efd-ae18-4bbe513116c8:9fa1d8e8d60867d8db9f35c725b203319874ffb8/Statistikknotat_diagnoser_uf%C3%B8retrygd_201612.pdf
- NICE. (2021). National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. I *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Nielsen, C. S. (2013). Chronic pain is strongly associated with work disability. *Scand J Pain*, 4(4), 180-181. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.08.002>
- Nielsen, C. S. S., O. A. Skurtveit, S. O. & Handal, M. (2018). *Langvarig smerte* FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerte/>
- Norelli, S. K., Long, A. & Krepps, J. M. (2022). Relaxation Techniques. I *StatPearls*. StatPearls Publishing LLC.
- Ost, L. G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 61, 105-121. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pei, J. H., Ma, T., Nan, R. L., Chen, H. X., Zhang, Y. B., Gou, L. & Dou, X. M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Chronic Pain A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Health Med*, 26(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1849746>
- Rise, M. B., Gismervik, S., Johnsen, R. & Fimland, M. S. (2015). Sick-listed persons' experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment Therapy: a qualitative focus group interview study. *BMC Health Serv Res*, 15, 526. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1190-8>
- Rudich, Z., Lerman, S. F., Gurevich, B., Weksler, N. & Shahar, G. (2008). Patients' self-criticism is a stronger predictor of physician's evaluation of prognosis than pain diagnosis or severity in chronic pain patients. *J Pain*, 9(3), 210-216. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.10.013>
- Rustøen, T., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., Lerdal, A., Paul, S. & Miaskowski, C. (2004). Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*, 8(6), 555-565. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.02.002>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* Helsedirektoratet Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Skogli, E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *REMUS-rapporten: Muskel- og skjelettsykdom i Norge: rammer flest - koster mest. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene* (REMUS-rapporten, Issue. MENON-ECONOMICS. https://drive.google.com/file/d/16fQWjNy7eKke4p1s1YpCH_7mjqylfEOq/view
- Smith, B. E., Hendrick, P., Smith, T. O., Bateman, M., Moffatt, F., Rathleff, M. S., Selfe, J. & Logan, P. (2017). Should exercises be painful in the management of chronic

- musculoskeletal pain? A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(23), 1679-1687. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097383>
- Solhaug, I. (2021). *Mindfulness*. Store norske leksikon. <https://snl.no/mindfulness>
- Steingrimsdóttir Ó, A., Landmark, T., Macfarlane, G. J. & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Steiro, A., Strøm, V., Dahm, K. T. & Reinar, L. M. (2012). *Psykologisk behandling ved kroniske smertetilstander*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2012/rapport_2012_psykologisk-behandling_smerte.pdf
- Stiles, T. C. & Fors, E. A. (2017). *Smertepsykologi*. Universitetsforl.
- Svartdal, F. (2018). *Mestring*. Store Norske Leksikon Hentet 29.10.2022 fra <https://snl.no/mestring>
- Thompson, M., Vowles, K. E., Sowden, G., Ashworth, J. & Levell, J. (2018). A qualitative analysis of patient-identified adaptive behaviour changes following interdisciplinary Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain. *Eur J Pain*, 22(5), 989-1001. <https://doi.org/10.1002/ejp.1184>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Umeda, M., Marino, C. A., Lee, W. & Hilliard, S. C. (2014). The association between exercise enjoyment and physical activity in women with fibromyalgia. *Int J Sports Med*, 35(12), 1044-1050. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1372638>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T. & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther*, 45(1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- Vifladdt, E. H., Hopen, L., Berg, K. A. & Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk, s. (2004). *Helsepedagogikk : samhandling om læring og mestring*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Vlaeyen, J. W. S. & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00242-0)
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behav Res Ther*, 48(2), 141-146. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.011>
- Vågan, A. (2020). *Helsepedagogiske metoder : teori og praksis* (1. utgave. utg.). Gyldendal.
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i iallmenmedisinsk perspektiv. 124: 65-6. <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenmedisinsk-perspektiv>
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Held, U., Weiser, S., Bachmann, L. M. & Brunner, F. (2014). Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J*, 14(11), 2658-2678. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2014.02.033>
- Wertli, M. M., Rasmussen-Barr, E., Weiser, S., Bachmann, L. M. & Brunner, F. (2014). The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J*, 14(5), 816-836.e814. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2013.09.036>

- Wewege, M. A., Booth, J. & Parmenter, B. J. (2018). Aerobic vs. resistance exercise for chronic non-specific low back pain: A systematic review and meta-analysis. *J Back Musculoskeletal Rehabil*, 31(5), 889-899. <https://doi.org/10.3233/bmr-170920>
- Wiesmann, U., Dezutter, J. & Hannich, H.-J. (2014). Sense of coherence and pain experience in older age. *International Psychogeriatrics*, 26(1), 123-133. <https://doi.org/10.1017/s1041610213001695>
- Williams, A. C. D. C., Fisher, E., Hearn, L. & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007407.pub4>
- Zou, L., Yeung, A., Quan, X., Boyden, S. D. & Wang, H. (2018). A Systematic Review and Meta-Analysis of Mindfulness-Based (Baduanjin) Exercise for Alleviating Musculoskeletal Pain and Improving Sleep Quality in People with Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020206>
- Østerås, H. & Stensdotter, A.-K. (2011). *Medisinsk treningslære* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Aas, A. (2018). *Smerteboken : fra vondt til bedre*. Dreyers forl.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Fullstendig timeplan for smertemestringskurset

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Vedlegg 3 – Informasjonsskriv

Vedlegg 4 – Vurdering av behandling av personopplysninger

Vedlegg 1 – Fullstendig timeplan for smertemestringskurset



SMERTEKURS MED ACT-TILNÆRMING (aksept- og forpliktelsesterapi)

DAG 1

Primærprosesser: Grupperelasjon, informert samtykke, villighet og forpliktelse til videre prosess

Overordnet hensikt:

Etablere arbeidsallianse og forpliktelse til deltakelse med alt det innebærer (grupperegler, villighet til å teste ut opplegg, utsette evaluering til man har erfart).

Ønsket ideell observerbar deltakeratferd etter denne sesjonen:

Deltakere sier ja til å prøve ut opplegget og vente med å gjøre evalueringen til etter endt opplegg. Deltakeren møter opp til neste time.

Tema 1: Presentasjon (etablere kontakt og allianse, bryte isen litt)

- Kort presentasjon av kursholdere: Navn, faglig bakgrunn.
- Kort presentasjon av deltakerne: Navn, jobb og om de er sykemeldt.
- Bli kjent øvelse: husk avstand
- I et forhold – singel
- Barn: 0 -1 -2- 3+
- Hvis du må ha et kjæledyr: hund – katt
- Fobier: Slange – edderkopp
- Hoppe i fallskjerm – hoppe i senga
- Gå i fjellet – ligge på stranda
- Se film – lese bok
- Potetgull og dip – smågodt og brus
- Taco – sushi – biff - fisk
- Aldri vaske håret – aldri pusse tenner
- Penger – berømmelse
- Reise hver eneste dag – aldri være hjemmefra
- Helt på dagen – helt på natta
- Konkurransinstinkt – ikke konkurransinstinkt
- Klesvask – oppvask

- Ferie: kaldt – varmt sted
- Svømmebasseng – innsjø
- Stor fest – liten samling
- Shoppe på nett – butikk
- Se på - spille sport
- Se – høre
- Smak – lukt
- Parfyme – deodorant
- Helt – skurk
- Dusj – badekar
- Spare penger – handle
- E-post – post
- Telepati – teleportering
- Krim – romantikk
- Joggebukse – jeans

Tema 2: Bli kjent/presentasjon

- Presentasjon av kursholdere: om oss selv, arbeidssituasjon, noe personlig.
- Presentasjon av deltakerne: kort om deg selv, arbeidssituasjon – sykemeldt – forventninger, hva ønsker du å oppnå med kurset.

PAUSE

Tema 3: Timeplan og grupperegler

- Informasjon: Timeplan, inkludert lunsj, praktisk info: God tid – vil avhenge av tidsbruk, kan bli ulikt fra gang til gang. Informasjon om masterstudent, om det er ok at hun kommer og hilser på senere. Spørreskjema – vil anonymiseres før de leses av. Vi tar veldig gjerne mot tilbakemeldinger, da dette er nytt for oss og veien blir til når vi går.
- Facebookgruppe, kun for kursmedlemmer og kursholdere (også OFO). Kan gis informasjon, linker, beskjeder og endringer på kort hold.
- Grupperegler: gå gjennom og skriv og på flip-over som blir hengende i rommet.
 - Åpne opp for holdninger til det å være i gruppe; hvis dette skal være en gruppe der du kan være åpen og jobbe med det som opptar deg – hva skal til? Faste regler satt av oss hvis de ikke allerede er nevnt
 - Taushetsløfte i gruppa- også foto
 - Se på kurset som en arbeidssituasjon; møt opp eller gi beskjed personlig til kursholdere. Telefonnummer til oss. Katrine: 948 77 265, Jannicke: 476 93 635
 - Ta ansvar for deg selv
 - Ikke gi råd (gi alle mulighet for å jobbe med egne prosesser)

Refleksjon til gjennomgang:

- Hva tror du kan bli utfordrende eller vanskelig for deg i gruppa? Kursholderne begynner gjerne å modellere åpenhet, aksept og forpliktelse gjennom å erklære egen utfordring og forpliktelse. Åpne opp for innspill.
- Evt. ta en runde der hver enkelt setter ord på dette?

Tema 4: Introduksjon til ACT som tilnærming (Husk at hensikten er å etablere arbeidsalliansen)

- Hovedformålet er å komme nærmere det livet dere ønsker, og det å fungere i arbeid. Vi legger stor vekt på livet totalt sett, da hvordan vi fungerer i arbeid og livet ellers ofte har en sammenheng.
- Erklære hva som er viktig for oss samt etablere samarbeidet mellom terapeut og deltaker som et team. Et team som skal jobbe sammen for; bidra til et meningsfylt og vitalt liv, der du får gjort mer av det som er betydningsfullt for deg, for eksempel i forhold til arbeid men også andre forhold i livet. Det dere kan lære her er noen måter, metoder og teknikker som gjør dere i stand til å forholde dere til det som er vanskelig på en mer hensiktsmessig måte.
 - Øvelser/metaforer: To fjell metafor, ACT i et nøtteskall

Hva menes med oppmerksomt nærvær?

Den eneste tiden er nå, fortid og fremtid eksisterer bare som tanker i nået. Vi kan planlegge fremtiden, men det gjør vi her og nå. Vi kan reflektere av og lære av fortiden, men det foregår også nå. Tidsmaskinmetafor.

Mindfulnessøvelse – Se på hånda s. 185 i act-boka. Oppfordre dem til å benytte seg av dette minst 1 gang per dag.

Tema 5: Verdiforpliktet handling til neste gang

Informer om at vi vil gi oppgaver mellom samlingene, og følge opp dette i begynnelsen av hver samling. Denne timen har i stor grad handlet om å gi viktig informasjon og bli kjent. Fra og med neste time skal vi se på det som opptar dere mest, det som gjør at dere er her. Men vi vil allerede nå invitere dere til å begynne på dette allerede etter denne timen.

Se på ti siste bilder.

DAG 2

Primærprosesser: Kreativ håpløshet, verdibasert liv

Overordnet hensikt:

At deltakere, gjennom å se på egne erfaringer, blir bevisst på nytteverdien i å kontrollere/unngå egen tanker og følelser og hva det har kostet i form av energi, tid, relasjoner, penger etc.

At deltagerne blir bevisst egne verdier og betydningen av å forplikte seg til disse gjennom handling

Tema 1: 09:30 – 09:50, Oppsummering fra forrige runde

- Kort fokusøvelse <https://www.youtube.com/watch?v=WeZLjnzhRuo>
- Hva har dere lagt merke til siden sist?
- Hva sitter dere igjen med fra siste sesjon. Biopsykososiale modellen. Kort.

Pause 10 min

Tema 2: 10:00- 10:15, Intro oppmerksomt nærvær

Howdan var det å ta fokusøvelse? Motstand? Hvorfor? Utforske og normalisere, inviterer til nysgjerrighet.

Hvorfor trener vi på oppmerksomt nærvær? Hvilken rolle spiller mindfulness i endringer og mestring?

Pause 15 min gåtur

Tema 3: 10:30 – 11:00, Analyse av problemet.

Gjennom å bruke litt tid på dette arket: «analyse av problemet». Fyll ut en? Se på det, se om dere gjør dere noen tanker? Problemløsningsmaskinen s. 42.

Pause 10 min

Tema 4: 11:10- 11:40, Hvor går min vei? (kreativ håpløshet)

Matrix kartlegging på tavla. Dele ut ark, noen som vil dele noe?

LUNSJ 11:40 – 12:10

Tema 5: 12:10 – 12:40, Hva skal livet ditt handle om? Hva er viktig for deg?

Matrix fortsetter:

- Hva dukker opp og holder oss fast til venstre? Hva gjør vi for å bli der?
- Når du ser hva du gjør som fører deg vekk fra dine handlinger, hva føler du da? Hvilke tanker får du?

Drakamp med monster, med tau.

Pause 10 min

Tema 6: 12:50 – 13:20. Verdiforpliktet handling

Velg en «i riktig retning»-handling som du kan gjøre til neste gang. Husk: small things matter!!

Oppmerksomt nærvær og avslutning – 13:30 Rosinøvelsen, (drops og rosiner)

DAG 3

Primærprosesser: Gi slipp på kontroll, villighet

Overordnet hensikt:

At deltaker, gjennom opplevelsesbasert erfaring, får mulighet til å utforske villighet som en nyttig måte å forholde seg til tanker, følelser og kroppslige fornemmelser (nyttig i forhold til verdibaserte handlinger)

Tema 1: 09:30-10:00: Oppsummering fra forrige samling:

- Kort fokusøvelse <https://www.youtube.com/watch?v=WeZLjnzRuo> - Hva har deltakerne lagt merke til siden sist?
- Hva sitter de igjen med siden siste samling?
- Gå gjennom: analyse av problemet, på tavle?
- Ta inn spørreskjema

Pause 10 min

Tema 2: 10:10 – 10:40: Kontrollagenda og villighet som alternativ

1. <https://thehappinesstrap.com/free-resources/>
2. Introduser tanker, følelser og kroppslige sensasjoner som noe som kan være utfordrende å håndtere, det skal vi se på denne timen. Viser tanker på tavla, følelser (s 165)-tommel opp og ned – viser på tavla, kroppslige følelser. 2/3 av følelsene er negative. Vi lever i et feel-good samfunn som forteller oss at vi må føle oss vel hele tiden.

Tanker, følelser og kroppslige følelser er vanskelige å kontrollere! Ser dere at dette er relevant i eget liv? Bruker de tid på å kontrollere tanker, følelser og kroppslige ting? Hva går det utover?

Øvelse: Bruk noen sekunder på å huske hvordan du kom hit i dag. Gjort det? Fint? Slett så dette minn det fra hukommelsen, bare stryk det ut. Hvordan gikk det?

10 min pause

10:50 – 11:20

3. Villighet ovenfor følelser og tanker, som et alternativ til kontrollagenda
- Å slippe kontroll er første steg. Utforsk villighet som et valg basert på erfaringsbasert metafor /øvelse. Noe annerledes enn å kjempe mot/fikse/rømme fra (knytte neven, falle i hverandres armer, villighetsbryteren) **Finn metafor**
 - Introdusere villighet som en trenbar ferdighet eller personlig egenskap det er mulig å utvikle. «Øvelse gjør mester» - Hva villighet ikke er!
 - Ut fra erfaringene dine så langt, er du villig til å trene på villighet, hvis det kan berike livet ditt?

11:20-12:00 – Lunsj!

Tema 3: 12:00 – 12:30: Sorg

Sorg

Hjemmeoppgave: tannpuss med oppmerksomhet på smak, kroppsbevegelser og tanker.

DAG 4

Primærprosesser: Verdibaserte valg og valgte forpliktete handlingsmønstre.

Overordnet hensikt:

Deltaker kommer i kontakt med/ klargjør sine verdier. Deltaker får forståelse for bruk av verdier som kompass når vanskelige indre opplevelser er til stede. Deltaker får erfaring med å utarbeide små, konkrete målsetninger knyttet til sine verdifulle områder. Deltaker får erfaring med å ta små betydningsfulle skritt i verdifull retning. Deltaker utarbeider konkrete mål om forpliktete handlinger for kommende uke.

Tema 1: 09:30 – 10:00: Oppsummering fra forrige sesjon:

- Fokusøvelse <https://www.youtube.com/watch?v=WeZLjnzRuo> (Mindfulness på «hvordan kom du deg hit i dag, hvorfor er du her i dag») - Hva har deltaker lagt merke til siden sist?
- Hva sitter deltaker igjen med fra siste sesjon?
 - Gå gjennom oppgaver som er gitt i forrige sesjon, TANNPUSS. Formålet med hjemmeoppgaver?

10 min pause

Tema 2: 10:10 – 10:40: Kap. 11. Verdiklargjøring; Valg i verdibasert retning

- Sjekk med gruppen: Har deltakerne en forståelse for hva vi mener med verdier og hensikten med dem? Dersom ikke, gi et kort rasjonale om verdier og hensikten med dem.

Verdier er utsagn om hva vi ønsker å gjøre med livet vårt, hva vi ønsker å stå for, og hvordan vi generelt ønsker å oppføre oss. Overordnede prinsipper som kan lede og motivere oss på veien gjennom livet. Målet er å klargjøre hva som gir livet vårt en følelse av mening eller hensikt, og bruke våre verdier som en kontinuerlig rettesnor for våre handlinger. Indre veiledning. (Kompassmetafor s. 220)

Verdier skal holdes lette. Ikke bli fusjonert med dem. Kompasset: må noen ganger endre kursen.

Verdier må prioriteres, f.x. foreldre vs egenomsorg.

Forskjellen på mål og verdier. Eks: bli gift/være kjærlig og oppmerksom.

Forestill deg 80-årsdagen din??

- Gi deltakerne muligheten til å bevisst erklære en eller flere verdier. Øvelser/Metaforer: Verdikort
- Få deltakerne i kontakt med en verdi og se på (belys) muligheten til å velge å gå i retning av denne verdien.

10 min pause

Tema 3: 10:50 – 11:20 Målsettinger (NB: dette tar tid!)

Forberedelse for FK: ACT Enkelt og greit s.237-240

Hvordan vil man reise mot målet, i retning av verdiene? SMART (spesifikt, målbart, attraktivt, realistisk, tidsbegrenset) målsetningsverktøy kan brukes. Video:

<https://www.youtube.com/watch?v=4f01BZTk1nA&t=1836s>

tid. 35:05 – viser hva det er vi ønsker å få til, øve på gjennom act.

Øvelse: Ta utgangspunkt i en av verdiene dine. Skriv ned minst 15 handlinger du kan gjøre som bidrar i den retningen/handler om/ er i tråd med den verdien, på ett livsområde. Velg både handlinger som ikke ville vært noe problematisk for deg å gjøre nå, samt handlinger som du vet er mer utenfor komfortsonen din. Gå en runde med hver enkelt deltaker, inviter og hjelp deltakeren til å formulere en konkret målsetting fra listen sin og si hvilken verdi handlingen er for (hvilken retning tar det deg i?). Avslutt øvelsen med at deltakerne skriver ned en konkret målsetting for hver dag gjennom hjemmeuken, og også skriver ned hvilke(n) verdier de gjør dette for.

Forsking viser at når mennesker forplikter seg til noe i andre påhør, er de langt mer tilbøyelige til å overholde det. Derfor oppfordrer vi til å dele det vi har skrevet nå. Når det sier høyt oppleves ofte ubehagelige tanker og følelser, er dere villige til å ha disse, men allikevel gjennomføre. Målet!

Få deltakerne til å se for seg hva som kan være vanskelig med å gjennomføre de valgte målsettingene, og hvordan de kan møte seg selv med vennlighet.

LUNSJ 11:20 – 11:50

Tema 3 forts: 11:50 – 12:20

10 min pause

Tema 4: 12:30 – 13:00: Øvelse for selvomsorg:

DAG 5

Tema 1: 09:30 – 10:00 Oppsummering fra forrige sesjon:

- Kort fokusøvelse (mindfulness på hvordan du kom deg hit i dag og hvorfor er du her i dag)
- Hva sitter deltaker igjen med fra siste samling? Erfaringer med «Et lite barn»?
- Hva har deltaker lagt merke til? Bruk tid på dette:
- Merker dere noen endring? Evt. ta en runde.

10 min pause

Tema 2: 10:10 – 10:40: Videre fra sist: verdier og målsettinger

- Møtt noen hindringer? Motstand? Hva er vanskelig?
- Våre eksempler
- Arbeide videre med dette.

10 min pause

Videre tema 2: 10:50 – 11:20

Arbeide videre med dette. Evt starte neste tema.

Lunsj 11:20 – 11:50

Tema 3: 11:50 – 12:20: Tema 2: Verbale/ tankemessige barrierer - fusjonering

Vanlig at man nå begynner å kjenne på ubehag og det er slitsomt. Anerkjenn at det er mye og hard jobb å snakke om disse temaene.

Leveregler: Forklare hva det er. Powerpoint. Husk autopiloten: aktiveres av flere års tanke- og handlingsmønster. Skjer uten at vi er det bevisst, kommer og forstyrrer oss. Banker på skuldra, blir sammensmeltet med dette. Lar det være en sannhet. Overføringsverdi til smerter. Forskjellen når vi er voksne, er at vi kan stille spørsmål til sannheter og tanker som vi møter, som kan skape den avstanden og evnen til å greie å observere tanker og adferd, uten å måtte over kontroll over den.

- Få deltakeren til å erfare fusjonering som hindrer atferd, gjennom opplevelsesbaserte øvelser.

Finne problematisk fusjonering i eget liv:

- Belyse autopiloten i hverdagen, og mer generelle leveregler som vi handler ut i fra.
- Belys/hjelp deltakerne til å identifisere konkrete tanker/regler hos den enkelte. Øvelse s. 123

-Vi skal prøve å identifisere hvordan regler som kan skape problemer i deres liv. Hjernen er kritisk som vi har snakket om tidligere, og når hjernen virkelig hamrer løs på deg, og virkelig gnåler i vei om hva som er galt med deg, og hva som er galt i livet ditt – hvis jeg kunne lyttet når det skjer, avlytte hjernen din, og høre hva den sier, hva den forteller deg, hva ville jeg da få høre? Skriv det ned på papiret? Bruker hjernen skjellsord?

Og når hjernen din virkelig vil fortelle deg noen virkelig mørke og skremmende historier om fremtida, hva sier den da? Du vet, når den virkelig ønsker å fortelle deg noe for å få deg til å føle deg skikkelig håpløs, hva er da det mest skremmende den sier til deg? La oss skrive det ned. Fortsette på side 126.

Gå videre på hvordan de føler øvelsen er? Hvordan kjennes det ut når du legger den i fanget? Blir det noen forskjell? Hjerne forer oss med historier og utsagn, minner osv. Når vi er sammensmeltet så blir det en sannhet. Ved å legge den i fanget kan man da se på den tanken eller regelen på en annen måte? Hva tenker vi om det vi tanken? 22 stk i rommet her.

Øvelse s 205. Ved at man er bevisst begge disse prosessene, vil man være i stand til å stoppe opp, stille noen spørsmål til det vi tenker? Hjernene min sier dette, men jeg kan velge hvor mye fokus jeg gir det.

Disse tankene kommer og går, det kan vi ikke unngå. De vil alltid være der, hjernen er skapt for det. Sjakkbrettmetaforen ved god tid s 203.

- NB: Sørg for felles forståelse av ordet fusjonering som et faguttrykk og en fellesbetegnelse.

10 min pause

12:30 – 13:00

Hjemmelelse: Lang hjemmeperiode, gjøre en verdistyrt handling hver dag.

DAG 6

Primærprosesser: Verdiforpliktete handlinger: utgangspunkt i deltakernes erfaringer fra hjemmeuka. Defusjon, selvet som kontekst

Overordnet hensikt/ intensjon: Deltaker får muligheten til å erfare fusjonering og defusjonering. Deltaker blir mer klar over hvordan «språkmaskinen» fungerer, og deltaker er i stand til å se hvordan dette utspiller seg i eget liv. Deltaker får muligheten til å erfare forskjellen fra selvet som innhold vs. selvet som prosess og som kontekst - hvilken betydning disse perspektivene kan ha for deres liv.

Tema 1: 09:30 – 10:00 Besøk av masterstudent:

- <https://www.youtube.com/watch?v=WeZLjnzRuo> fokusøvelse

- Masterstudent Silje er sammen med oss. Informasjon fra henne, åpne opp for spm.

10 min pause

Tema 2: 10:10 – 10:40: Oppsummering fra friuker.

- hvordan har det gått med hjemmeoppgaven? Hva var vanskelig? Noen som ser det gjør noe med hvordan man lever livet? Verdibaserte handlinger, de fikk velge hvor ofte, tenk enkelt.

- Hva sitter deltaker igjen med så langt? Hva har deltaker lagt merke til?

- Gå gjennom erfaringer med målsetningene fra hjemmeuka gjennom Matrix (gjør en vurdering om hvor grundig/ hvor mye tid dette trenger, sett i forhold til hva som er gjort i individualsamtaler):

Gå gjennom matrix- og eksempelark.

1. Si at du (FK) skal hjelpe de å sortere hva de har opplevd, dvs hva de har observert av indre opplevelser, handlinger og verdier/mål
2. Be om eksempler på hva deltakerne har opplevd gjennom hjemmeuka
3. Sorter det de forteller inn i Matrix (indre opplevelser, handlinger, verdier/mål) - ikke gå inn i fortellinger!
4. Åpne for refleksjon rundt sorteringen: særlig handlinger imot verdier vs vekk fra verdier + nyttige vs unyttige måter å møte vanskelige indre opplevelser. 10 min pause

Tema: 10:50 – 11:20: arbeide videre med tema 2

11:20 – 11:50 Lunsj

Tema 3: 11:50 – 12:20: Måter å løsrive seg fra tanker (defusjonering)

Introduser defusjonering for deltakerne gjennom erfaringsbaserte øvelser/ metaforer. Øvelse side 205, det kontinuerlige du, avsluttes med himmelen og været-metafor s. 202.

Reflekter i etterkant av øvelsene for å forsterke opp forståelsen av defusjonering (ikke korrigerer deltakernes opplevelser, men valider opplevelser og rett heller fokus på å forsterke ønsket atferd der det dukker opp) «Jeg har en tanke om ...»

Hva sier hjernen på sitt verste? Skriv inn «jeg har en tanke om ...».

Skrive ned – hva tenker du om det nå?

Er det greit å si det til andre? Hvorfor er det greit å være mer stygg med seg selv? Mobbing av seg selv? Hjernen skiller ikke på dette.

Takker hjernen for innspillet, må ikke tro på det. For tanker er ikke nødvendigvis sann.

Hjernen er en dyktig selger

Og verdens beste historieforteller

10 min pause

Tema 5: 12:30 – 13.00: Verdiforpliktet handling til neste gruppetime:

-Introduser «Never mind your mind» skjema og inviter til å ta det i bruk minst en gang innen neste samling.

DAG 7

Primærprosesser: Villighet og self compassion som måter å forholde seg til indre utfordringer.

Overordnet hensikt/ intensjon: Deltaker blir bevisst på erfaringene med de verdibaserte handlingene han satte seg som mål for hjemmekuens. Deltaker erfarer, gjennom opplevelse baserte øvelser, nytteverdien av å ta i bruk en mer fleksibel holdning til egne tanker, følelser og fornemmelser. Deltakeren får anledning til å erfare/ øve seg på å forholde seg til egne tanker, følelser og kroppslige sensasjoner/ fornemmelser på en vennlig, omsorgsfull og støttende måte. Nb: Dette er også bare et verktøy for å forholde seg mer fleksibelt til egne tanker, følelser og kroppslige sensasjoner. Deltaker blir bevisst link mellom kontinuerlig praksis av hexaflexprosesser og egne verdier.

Tema 1: 09:30 – 10:00: Oppsummering fra sist

Fokusøvelse, sette på klassisk musikk – hør etter instrument. - spør etter skjema

10 min pause

Tema 2: 10:10 - Introduser villighet (kort dersom allerede introdusert)

Ta utgangspunkt i sorteringen i Matrix, snakk litt om unyttige respons-looper på venstre side av Matrix og referer til kontrollagendaen. Se på hvordan slike looper går på bekostning av handlinger i verdifulle retninger. Introduser villighet ovenfor vanskelige/vonde indre opplevelser som en måte å forholde seg på som vil være frigjørende og gi større mulighet til å handle i verdifull retning. - Be om eksempler fra deltakerne på unyttige looper i deres liv.

Belyse villighet som et valg (ikke en følelse). Øvelse: Unwelcome party guest; <https://www.youtube.com/watch?v=VYht-guvmF4>

Knytt det mot eksempler fra forrige tema.

Tema 3: Øve inngående på villighet med noe vanskelig fra eget liv (eksponeringsarbeid med villighet og fleksibilitet som mål)

Øvelse (velg en av disse): Legomonster

Pause

Tema 4: Å møte vanskelige/vonde indre opplevelser, og deg selv, med vennlighet

Vis video: <https://www.youtube.com/watch?v=HEghvn7We8w>

Refleksjonsrunde, det å være vennlig med seg selv; om de husker «et lite barn».

Tema 5: Verdiforpliktet handling til neste gruppetime:

Dagbok for et verdibasert liv.

Del ut skjema.

DAG 8

Primærprosesser: Oppsummering/ sette ACT-arbeidet sammen til en helhet, forpliktelse overfor kontinuerlig praksis av hexaflexprosesser i kontekst av egne verdier, velge verdibasert liv som livsfilosofi

Overordnet hensikt/ intensjon: Økt bevissthet om egen endringsprosess og hvordan psykologisk fleksibilitet er nyttig. Deltaker kan formulere / verbalt beskrive en plan for hvordan drive en kontinuerlig praksis av forpliktende handlinger.

Tema 1: Oppsummering fra forrige sesjon (max 25 min.): 09:30 – 10:00 - Fokusøvelse, den vanlige.

- ta inn spørreskjema!!!
- Hva sitter deltaker igjen med fra siste sesjon?
- Gå gjennom oppgaver som er gitt i forrige sesjon («dagbok»)

Tema 2: Hva tar jeg med meg fra gruppeprogrammet – 10.10 – 10:40

- Takknemlighetsøvelse: Gi hver deltaker mulighet til å si noe om følgende: En ting jeg er takknemlig for med å ha deltatt i gruppen. Del opp to og to, snakk sammen først. Så felles oppsummering. Lunsj 10:45 – 11:15

Tema 3: Hvordan vil jeg bruke dette som en guide i livet mitt 11:15 – 12:15 med pause

- Hexaflexøvelsen side 63.
- Introduser de 3 oppsummerende ordene/hovedprosessene vi har jobbet med; «Være til stede», «Åpne opp», «Engasjer deg». La deltakerne oppleve og reflektere hva nyttig å ta med seg og hvordan det vil se ut å sette dette ut i livet. Hva er det viktig for dere å ta med dere videre? Hvordan vil du minne deg selv om å ta dette videre?

12:30 OFO kommer

Tema 4: Feedback til terapeutene (minimum 5 minutter)

- Be om feedback på hva terapeutene har gjort som synes nyttig.
- Be om feedback på hva deltakerne synes terapeutene burde ha gjort mer eller mindre av.
- Se på mobilen og legg merke til de siste 10 bildene på tlf???

Info om litteratur - lykkefellen

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Målsettingen med intervjuet er å:

- Få frem deltakernes erfaringer /opplevelser med /av tilbudet (Var det nyttig? Hvorfor, hvordan?)
- Få informantene til å utdype situasjoner relatert til både innhold og metodikk.
- Få informantene til å utdype om kurset har bidratt til endringer når det gjelder hvordan de håndterer (mestrer) smertene / lever med smertene i hverdagen og i relasjon til helsa (mental/psykisk, fysisk, sosialt).

Intro:

- Ønske informanten velkommen. Repetere formålet med studien og gå gjennom informasjonsskrivet og sikre at informant har nødvendig informasjon.
- Gi informant mulighet til å stille spørsmål vedrørende studien osv.
- Uformell prat for å komme i gang og skape en god relasjon.
- Introduksjonsspørsmål knyttet til hvordan informanten ble kjent med smertemestringskurset og deres vei inn i kurset.

Spørsmål:

1. Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde tilbudet du fikk?
 - a. Arenaen
 - b. Gruppa
 - c. Instruktørene/fagpersonene (kompetanse, erfaring, mulighet til medvirkning)
 - d. Innholdet i tilbudet: hva var bra / ikke bra, hvorfor /hvorfor ikke (forklar / utdyp)
2. Kan du fortelle litt om hva du har lært i kurset og hvordan du bruker det du har lært til å håndtere smertene dine?
3. Kan du fortelle litt om kurset har medført at du har gjort noe med hvordan du mestrer / håndterer smertene i hverdagen? (jobb, skole, sosialt, venner, familie, interesser og hobbyer?)
 - a. Praktisk / mentalt (Nye mestringsstrategier?)
 - b. Fysisk (trening /hvile/ balanse) —> endret helseatferd?
 - c. Kontakten med helsevesenet/fastlegen? Andre handlingsmønstre?
 - d. Sosialt (nettverk / venner)
4. Hvordan opplevde du dette tilbudet i forhold til andre tilbud du har vært med på tidligere?
 - a. Hvilke andre tilbud?
 - b. Hva er likt/ ulikt?
 - c. Tilgangen til tilbudet (jf. lavterskel)

Avslutning:

- Oppsummere det informanten har sagt, gi mulighet for å korrigere svar og legge til kommentarer. Sikre at du har forstått svarene korrekt (dette gjøres også underveis).
- Spørre om informanten har noen spørsmål eller informasjon de ønsker å legge til.
- Repetere informasjon fra informasjonsskrivet ift. frivillighet, og at de når som helst kan trekke seg fra studien om de ønsker.
- Dele ut kopp og takke for deltakelse.

Spørsmål som ble lagt til den opprinnelige intervjuguiden

Allerede underveis i første intervju var det behov for å formulere noen spørsmål annerledes og legge til noen spørsmål for å gi enda mer utfyllende svar. Under er slike spørsmål listet opp:

- Hva er det du har lært i løpet av mestringskurset som du opplever at du sitter igjen med nå i etterkant av kurset?
- Hva er det du husker best av mestringskurset?
- Hva har du tatt med deg etter mestringskurset?
- Opplevde du noen aha-opplevelser i løpet av kurset, i så fall hvilke?
- Hvordan har tankegangen din rundt smertene dine endret seg i etterkant av smertemestringskurset?
- Hvis du skulle hatt mer av noe i mestringskurset hva skulle det vært? Dersom det skulle vært mindre av noe, hva var det?

Vedlegg 3 – informasjonsskriv

Har du deltatt i pilotprosjektet *Å leve med smerter*, og ønsker å dele dine erfaringer?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et prosjekt hvor formålet er å evaluere et åtte (8) uker langt mestringskurs for personer med langvarige smerter i Orkland kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med pilotprosjektet er å evaluere erfaringene hos deltakere i mestringskurset «Å leve med smerter» som er utviklet av Orkland kommune. Målgruppen for kurset er personer med langvarige muskel- og skjelettsmerter. Kurset er bygd på Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) og fysisk aktivitet. ACT vektlegger oppmerksomt nærvær som metode hvor tanke- og følelsesmessig smerte ses på som en uunngåelig del av livet. Aktivitetsdelen inneholder tilpassede aktiviteter med kondisjonstrening, styrke og kroppsbevissthet/avspenning, inne og ute. Resultatene fra prosjektet skal benyttes for vurdering av videre tilbud i Orkland kommune.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom lokal prosjektleder i Orkland kommune Åshild Riiber, fagkoordinator for Friskliv og mestring og professor Kjersti Grønning ved NTNU. Kjersti Grønning vil være ansvarlig for behandling av informasjonen i prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om delta i dette prosjektet fordi du har deltatt på kurset «Å leve med smerter».

Hva innebærer det for deg å delta?

Data i dette prosjektet samles inn gjennom individuelle intervju som det tas lydopptak av. Intervjuene vil gjennomføres av en masterstudent i Folkehelse ved NTNU, som vil benytte data fra dette prosjektet i sin masteroppgave. Intervjuene anonymiseres og skrives ut i tekst etter intervjuene er gjennomført. Selve intervjuene vil foregå ansikt til ansikt, eller digitalt. Varigheten av intervjuet er ca. én (1) time. Spørsmålene i intervjuet omhandler hvilke erfaringer og opplevelser du hadde med kurset, om du opplevde kurset som nyttig, om kurset har bidratt til endringer om hvordan du håndterer og mester smertene i hverdagen, og i relasjon til hvordan du opplever din helsetilstand. En masterstudent i Folkehelse vil benytte data fra dette prosjektet i sin masteroppgave.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket ditt tilbake, uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare prosjektleder og masterstudent som vil ha tilgang til intervjuene. Navn og kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Materialet anonymiseres og vil oppbevares på et passordbeskyttet elektronisk område. Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjonene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter kvalitetsutviklingsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Lydopptak vil bli slettet. Prosjektvarighet 1.7.2021- 31.12.2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Har du spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Silje Fauske Iversen, siljefiv@stud.ntnu.no, tlf.: 99111905.
- Prosjektansvarlig Kjersti Grønning, NTNU, kjersti.gronning@ntnu.no tlf.: 73412153
- Lokal prosjektleder Åshild Riiber, Orkland kommune, tlf.: 90837158
- Vårt personvernombud ved NTNU: Thomas Helgesen, thomas.helgesen@ntnu.no tlf.: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller tlf.: 55 58 21 17

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kjersti Grønning
Prosjektansvarlig

Åshild Riiber
Lokal prosjektleder

Silje Fauske Iversen
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Å leve med smerter, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 – Vurdering av behandling av personopplysninger

Meldeskjema / Å leve med smerte / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

537009

Vurderingstype

Standard

Dato

21.07.2021

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Prosjektansvarlig

Kjersti Grønning

Student

Silje Fauske Iversen

Prosjektperiode

01.07.2021 - 31.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2022.

Meldeskjema**Kommentar**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 21.07.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 1 1 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven 5 10, jf. 5 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

Lykke til med prosjektet!

