

Acceptans

en väg ut ur smärtans grepp

Inte bli fri från smärtan, utan att acceptera den. Det är målet med rehabiliteringsprogrammet på Smärtrehab vid Rehabiliteringsmedicinskt centrum (RMC) på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. →

text: LOIS STEEN VIVANCO foto: MALIN GRÖNBORG



Tyst proffs. Det kan vara proffsigare att vara tyst än att komma med snabba lösningar, säger Margareta Bergström.

MARGARETA BERGSTRÖM, är sjukgymnast sedan 25 år och nybliven specialist i smärta och smärtbehandling. För femton år sedan började hon arbeta på det som då hette Livsmedicin och som idag heter Smärtrehab. Före det hade hon jobbat många år på sjukhuset inom medicin, reumatologi och hjärtsjukvård.

På Smärtrehab jobbar hon med multimodal smärtrehabilitering som grundar sig på ett kognitivt förhållningssätt inspirerat av acceptansterapi.

– Patienter med olika typer av långvariga smärttillstånd deltar i ett fyra veckors rehabiliteringsprogram. Under programmen tar vi emot åtta patienter och varje team ansvarar för fyra patienter var, berättar Margareta Bergström.

Varje team består av en sjukgymnast, en socionom, en psykolog, en arbetsterapeut och en läkare.

På patienternas scheman finns tre huvudsakliga gruppaktiviteter Basal kroppskänedom, Ergonomi och Coping. Patienterna kan även välja tillval som rytm och rörelse eller bassängträning. Gruppaktiviteterna varvas under veckorna med varje patients individuella scheman, med individuella insatser från någon eller några professioner.

– Hela tiden finns den röda tråden att hitta en mental närvaro och fokusera på att vara i nuet.

”Tanken är att utifrån acceptansen börja reflektera över frågan: Hur kan jag trots smärtan röra mig mot mina mål i livet?”

METODEN MAN arbetar efter heter Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och är en form av beteendeterapi. Liksom kognitiv beteendeterapi baseras den på psykologisk vetenskap och inlärningsteori. ACT har visat sig vara effektiv mot kronisk smärta och ångest. Metoden bygger på att lära sig acceptera sin smärta och de svåra känslorna som smärtan medför. Ett sådant accepterande kan leda till att man inte längre är en gisslan för sina besvär, utan att man kan börja fokusera på meningsfulla saker i livet.

– Tanken är att utifrån den acceptansen börja reflektera över frågan: Hur kan jag trots smärtan ändå röra mig mot mina mål i livet? Uppleva ”jag är huvudpersonen i mitt liv och jag kan agera och utföra bra saker”.

På Smärtrehab, RMC, betonar man inte att programmet kommer att leda till att man får mindre smärta, även om ettårsuppföljningen visar att de flesta får det.

– Vi betonar istället att det som händer är att smärtan inte längre begränsar patienterna i deras liv. De är inte längre kontrollerade av smärtan, de hanterar smärtan och lever i en högre grad det liv de vill.

Ett viktigt verktyg i detta är den så kallade Livskompassen som har sitt ursprung i ACT. Psykologen Joanne Dahl, som också skrivit böcker om acceptansterapi, har haft workshops på Smärtrehab om hur man använder Livskompassen.

– Livskompassen är ett enkelt diagram där personen/individens finns i mitten och runt personen finns elva livsområden, som familj, självomsorg, arbete och så vidare. Patienten väljer vilket eller vilka områden hon/han vill prioritera att förändra under rehabiliteringsprogrammet, förklarar Margareta Bergström

Livskompassen skickas ut till patienten

redan före rehabiliteringsprogrammets start så att man i lugn och ro får fundera på vad man vill fokusera på.

– Vi återkommer ständigt till livskompassen under programtiden, den blir som en röd tråd. Efter två månader återkommer patienten till Smärtrehab för en dags uppföljning, där man ser hur det har gått. Då diskuteras förändringar inom de områden patienten valt att fokusera på.

OFTA ÄR SJUKGYMNASTER inriktade på att hjälpa sina patienter genom att ge smärtlindring eller komma med råd om hur man ska göra för att bli av med smärtan. Ett kognitivt förhållningssätt med acceptansbegreppet i fokus innebär att man som sjukgymnast fungerar som ”expert” på ett annat sätt.

– Det handlar många gånger om att orka vara kvar i och hantera frustrationen tillsammans med patienten. Att inte söka kortsiktiga lösningar.

– Här erbjuder vi hjälp genom att vara tysta. Det kan gå helt emot ens tidigare sätt att arbeta som sjukgymnast. Många gånger pågår det en parallell process hos mig som handlar om att undvika att vara duktig i min hjälparoll. Inom smärtrehabilitering kan det ibland vara mer professionellt att vara tyst och invänta patientens tankar och lösningar.

Det kan vara kontraproduktivt att komma med lösningar och åtgärder för att minska smärtan.

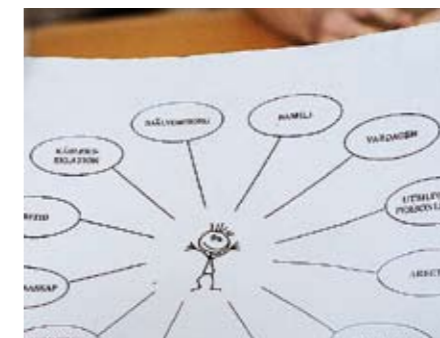
– Jag säger till patienten att ”min roll är inte att ge dig en förklaring, min uppgift är att få dig att reflektera”. Förhållningssättet i Basal kroppskänedom stämmer väl överens med ett kognitivt och accepterande förhållningssätt till sig själv. Här uppmanar vi patienterna att uppmärksamma hur det känns och ta eget ansvar för sitt agerande i övandet.



Samtal om livskompassen. Livskompassen är ett cirkeldiagram där individen med smärta står i mitten. Runt omkring individen finns elva livsområden: familj, självomsorg, arbete med mera. Patienten väljer själv vilka områden man vill arbeta med under programtiden.



Genomgång i ergonomi.



Viktigt verktyg.



Avspänning på gång.

Det kan handla om att avbryta en övning som inte känns bra eller att vara kvar i övningen och hantera jobbiga tankar och känslor som väcks.

NÅGOT SOM STÄLLER höga krav på denna återhållsamhet är att teamen allt oftare sedan den nya arbetslinjen i socialförsäkringssystemet infördes träffar patienter som varit sjukskrivna länge och nu har krav på sig att återgå i arbete.

– Det är fler som lever mitt i akuta frågor omkring sin försörjning. Det är ett rehabhinder i sig och en extra utmaning både för patienten och för oss. Men också här applicerar vi acceptans som förhållningssätt.

Teamet aktar sig för att ta ställning mot Försäkringskassan och att uppröras över sakernas tillstånd. Det är en svår balanskonst, enligt Margareta Bergström, men de vet att det inte hjälper patienten

om de gör det.

– Teamet vill inte förstärka patientens upplevelse av alla hinder, utan öka patientens tilltro till sin egen förmåga att forma sitt eget liv. Deras respons till patienterna är därför att se realistiskt på nuet och sedan fråga dem vilka möjligheter som eventuellt kan öppnas genom arbetslinjen. Det kan leda till att patienterna hittar nya spår och inte fastnar i känslan av maktlöshet.

MULTIPROFESSIONELLA team är en nödvändig och evidensbaserad ingrediens i smärtehabilitering. Och Margareta Bergström tycker att det är oerhört berikande att jobba tätt med andra professioner.

– Man måste verkligen jobba för att utvecklas tillsammans. Inte fråga ”vem av oss är viktigast”, utan i ett tryggt växelspel ena stunden stå i bakgrunden och i andra stunden ta plats – helt utifrån vilka behov patienterna har.

Samarbetet mellan de olika professionerna på Smärtrehab är formaliserat i olika teamträffar för att det inte ska bli så att man har informella möten i korridorerna och fikarum. Efter första programveckan samlas teamet utan att patienten är med och samlar intrycken av hur det går för varje individ.

– Vi brukar alltid ha med någon som träffade och bedömde patienten på mottagningen för att få en röd tråd i rehabiliteringen. Ibland diskuterar vi om programmet behöver anpassas på något sätt för någon patient eller om det är rätt tid för patienten att vara i denna rehabprocess.

Det är dock bara undantagsvis som någon avbryter programmet.

”Det är överraskande hur mycket som kan hända genom att tankarna vänds och hoppet återvänder.”

– Både på mottagningen och i det informationsmaterial som tidigt skickats hem till patienten, förmedlar vi att rehabiliteringen inte handlar om det man brukar kalla ’passiva behandlingar’ utan om ett eget arbete med sig själv.

Rädsla, tveksamhet och orealistiska förväntningar kan förekomma men det brukar som sagt klaras av i ett tidigare skede, där man undersöker motivationen till att delta i programmet.

UNDER ANDRA VECKAN har man ett teammöte tillsammans med patienten utifrån livskompassen.

– Där går vi igenom vilket eller vilka områden som patienten helst vill rikta sin energi och tid åt att förändra.

Vecka tre träffas man återigen utan patienten för att diskutera planeringen in-

för utskrivningen.

En erfarenhet Margareta fått under den tid hon arbetat med fyraveckorsprogrammet är att den tredje veckan, när utskrivningen närmar sig, brukar vara svår för deltagarna.

– De flesta får någon typ av svacka där motivationen och tron på en förändring dalar. Då brukar vi samtala om det här i gruppform för att normalisera och avdramatisera det hela. När man får höra att det brukar vara så här, stillas oron hos de flesta.

Den sista veckan hålls en teamkonferens med patienten och externa kontakter som till exempel inremitterande läkare eller sjukgymnast, anhöriga, Försäkringskassan och arbetsgivare.

Under hela programmets gång betonar Margareta Bergström och de andra i teamet att den process man påbörjat under behandlingsperioden tar lång tid och kommer att fortsätta efter utskrivningen.

– Det är bara fyra veckor vi har tillsammans, och smärtan har de levt med i årtal för det mesta. Men det är ändå överraskande hur mycket som kan hända genom att tankarna vänds och hoppet återvänder. ○



Smärtspecialist. Elisabeth Pietilä Holmner har satsat många år på att fördjupa sig inom smärtområdet.



Teamet en styrka. ”Vi har arbetat mycket med att utveckla samarbetet mellan professionerna. Det är vår starka sida.”

Bedömning ett första steg i förändringsprocessen

De smärtpatienter som remitterats till Smärtrehab på Rehabiliteringsmedicinskt centrum (RMC) genomgår först en tvådagars bedömning på klinikkens mottagning.

– För att de ska kunna ge sig in i en förändringsprocess behöver de först få svar på frågan: ”Vad har jag för fel?”. Annars är de inte redo för frågan: ”Hur går jag vidare?”, säger Elisabeth Pietilä Holmner.

ELISABETH PIETILÄ HOLMNER har jobbat som sjukgymnast i 27 år och många av dem har hon ägnat åt att rehabilitera patienter med olika smärttillstånd. Under åren har hon vidareutbildat sig inom smärta, arbetsförmågebedömning, ortopedisk manuell terapi, idrottsmedicin, reumatologi, stress och kognitiv beteendeterapi. Hon är även nyvald sekreterare i styrelsen för Sjukgymnasternas sektion för Smärta och Sensorisk stimulering.

För sex år sedan blev hon specialist i smärta och smärtbehandling och har en

specialisttjänst på Smärtrehab på Rehabiliteringsmedicinskt centrum (RMC) i Umeå. Här bedrivs interdisciplinär diagnostik, bedömning och rehabilitering av personer med komplicerad, icke cancerrelaterad smärta och värk från rörelse- och stödjeorganen.

– Vårt fyraveckors behandlingsprogram riktar sig till personer i arbetsför ålder som är eller kan bli, aktiva i arbete eller studier. Syftet är att förbättra funktion och aktivitet och öka patientens delaktighet i fritid, familjeliv och arbete, säger Elisabeth.

HON INGÅR i ett av de tre interdisciplinära team som finns på mottagningen. Grundteamet består av en sjukgymnast, en läkare och en socionom. Men allt oftare jobbar man med utökade team där även en arbetsterapeut och en psykolog är med och gör bedömningar.

– Min roll som sjukgymnast är att via kliniska funktionsbedömningar bidra till den tvärprofessionella bedömningen och

utifrån den föreslå fortsatt rehabilitering, där klinikens smärtehabiliteringsprogram kan vara ett förslag bland andra.

I sin bedömning använder hon bland annat olika test som exempelvis TIPPA för att bedöma fysisk förmåga i några vardagliga aktiviteter, TAMPA-scale för att bedöma rörelserädslan samt delar av BAS-skattning för att bedöma kroppsliga belastningar respektive resurser. Men hon betonar att samtalet med patienten utgör en stor del av hennes bedömning.

– En viktig aspekt är att vi som jobbar här möter patienterna som medmänniskor och utifrån ett förhållningssätt som bygger på kognitiv beteendeterapi.

AV NATURLIGA SKÄL – eftersom det handlar om en förändringsprocess – har det kognitiva förhållningssättet mer utrymme i programmet än på mottagningen.

– För att patienterna ska kunna ge sig in i en förändringsprocess behöver de först få svar på frågan: ”Vad har jag för fel?”. Annars är de inte redo för frågan:

Vad är ACT?

• Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är en form av beteendeterapi. Liksom kognitiv beteendeterapi baseras den på psykologisk vetenskap och inlärningsteori.

• ACT har visat sig vara effektiv mot kronisk smärta och ångest. Metoden bygger på att lära sig acceptera sin smärta och de svåra känslorna som smärtan medför. Ett sådant accepterande kan leda till att man kan börja fokusera på meningsfulla saker i livet.

• Inom ACT ses inte smärtan som det främsta problemet, utan försöken att undvika smärta, som i sin tur leder till mer smärta och inaktivitet. Inom ACT kallas det lidande.

Metodens tre grundsteg

Acceptera: I stället för att kämpa mot sin smärta ska man acceptera den genom att släppa kontrollen och vara i nuet med sina tankar.

Välj: Fundera över vilka värderingar man har och hur man vill leva sitt liv om det inte fanns några begränsningar.

Agera: Använd energin till andra meningsfulla saker. Räkna ut vilka steg du måste ta för att nå målet.

Målet med terapin är inte att reducera smärtan utan att minska lidandet. Patienten får fundera på vad som är viktigt i livet och vad som står i vägen för att leva så.

Läs- och länktips

”Släpp taget om smärtan. ACT-metoden mot kronisk värk” av JoAnne Dahl, Tobias Lundgren. Förlag: LevNU/W&W, 2008

• JoAnne Dahls hemsida: <http://joannedahl.com/>

• Mer om Livskompassen: www.livskompass.se/



”Hur går jag vidare?”, säger Elisabeth.

Under bedömningen kan fokus vara att besvara den första frågan, medan personalen under programmet utmanar patienterna att själva hitta svar på den andra.

BEDÖMNINGEN SKER under två hela dagar. Den första dagen har patienten enskilda möten med alla professioner i teamet. Under den andra dagen möts teamet och väger ihop allas bedömningar till en helhet. Fortsatt rehabiliteringsplanering sker därefter tillsammans med patient och inremitterande läkare.

Cirka en fjärdedel av de patienter som bedöms vid Smärtrehab rekommenderas deltagande i klinikens smärtrehabiliteringsprogram.

– Om patienten föreslås att delta i programmet påbörjas redan vid bedömningen arbetet med att identifiera vilka områden man ska lägga fokus på under programmet.

De patienter som inte föreslås programdeltagande har ofta ett väl fungerande team i närsjukvården eller bedöms inte vara i behov av multimodal rehabilitering.

Även om multiprofessionella team är

vanligt inom smärtrehabilitering tycker hon att det är just teamarbetet som är Smärtrehab starka sida.

– Vi har jobbat mycket med att utveckla samarbetet mellan professionerna. Varje individ som kommer till Smärtrehab får en bedömning av ett team som trots olika kunskapsområden går i samma riktning.

Elisabeth berättar att utvärdering är en integrerad del av det dagliga arbetet på kliniken. Smärtrehabiliteringen på RMC är anknuten till Nationellt Register över Smärtrehabilitering, NRS. Registret innehåller validerade instrument som mäter patienternas självrapporterade uppgifter om smärta och dess konsekvenser på funktion, aktivitet och delaktighet samt nöjdhet med programmet.

– En kollega, Harriet Bränström, jobbar speciellt med att sammanställa och förmedla våra utvärderingsresultat till kliniken och till NRS. Materialet hämtas från de tillfällen när vi testar patienten vid bedömningen på mottagningen, direkt efter rehabiliteringsprogrammet och ett år efter avslutad behandling.

Ettårsuppföljningen visar att de flesta får en reducerad smärta, men det är inget man betonar inför patienterna.

– Det vi hellre lyfter fram ur utvärderingarna är att patienterna förbättrat sin kontroll över sin livssituation och sitt psykiska välbefinnande. Smärtminskningen ser vi som en följd av att man lyckats förändra sitt beteende genom att arbeta med sig själv.

EN ANNAN AV Elisabeths roller utifrån specialisttjänsten är att delta i klinikens kvalitets- och utvecklingsarbetet. Just nu undersöker hon och en läkarkollega möjligheterna att använda telemedicin som ett sätt erbjuda specialistledd smärtrehabilitering till patienter som bor på mindre orter i Norrland.

– Det finns ekonomiska och funktionsmässiga fördelar med att inte behöva bo i Umeå i fyra veckor. Att träna in ett nytt beteende direkt sin egen vardagsmiljö kan skapa möjligheter för en ännu mer effektiv rehabilitering.

LOIS STEEN VIVANCO



Självomsorg. ”Hjärnan har fattat att det är en tjänst jag gör mig själv, om jag blir bättre att ta hand om

mina behov, men mina känslor är inte där ännu”, säger Ulrica Näslund.



Enkel hemträning. Ulrica Näslund går inte längre till sjukgymnast med smärtbesvären. ”Jag klarar mig själv nu genom att dagligen göra korta och enkla avspännings- och kroppskännedomsövningar.”

Ulrica fann en väg att lindra sin smärta

Sjuksköterskan och tvåbarnsmamman Ulrica Näslund levde med ständig smärta i bröstryggen och svår migrän, men pressade sig ändå att klara allt både på jobbet och hemma. Efter en månads rehabilitering på Smärtrehab på Rehabiliteringsmedicinskt centrum i Umeå, har hon lärt sig ett nytt sätt att hantera både smärtan och en stressig vardag.

REDAN I MELLANSTADIET fick Ulrica Näslund, idag 35 år, problem med smärta och upphakningar i bröstryggen och nacken.

– Jag minns hur jobbigt det var att bära rygsäcken när vi skulle på utflykt, berättar hon.

Ulrica Näslund är sjuksköterska inom neonatalvården på Norrlands universitetssjukhus. Hon jobbar deltid och den övriga tiden är hon föräldraledig med sin yngsta dotter Lova som är 14 månader.

De tre senaste åren har intensiteten och svårighetsgraden i Ulricas smärta ökat. Hon har även haft migränanfall minst två dagar i veckan.

– Jag var aldrig helt smärtfri. Stress var också något som påtagligt förvärrade mina besvär, säger Ulrica Näslund, som är en av de många högpresterande unga kvinnor som till slut inte orkar mer.

Hon har alltid jobbat på, utom vid sin första graviditet då hon blev sjukskriven

en kort period. Regelbundet har hon gått till en sjukgymnast för att via manipulationer få hjälp med att lösa den akuta smärtan och upphakningarna i bröstryggen.

– Förra hösten tänkte jag, ”ska det vara så här hela mitt liv?” Jag kände det som att jag ville gräva ned mig i en djup håla! säger Ulrica Näslund.

Av sin husläkare fick hon för första gången en remiss till en helhetsbedömning via Smärtrehab på Rehabiliteringsmedicinskt centrum (RMC) på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. I november 2009 bedömdes hon under två dagar av teamet på mottagningen, varefter hon i mitten av februari skrevs in på RMC:s fyraveckors rehabiliteringsprogram.

– Jag hade väldigt höga förväntningar och tänkte nog att jag skulle bli bra. Sedan förstod jag att det handlade om att jag skulle arbeta med mig själv och ändra beteende.

ULRICA NÄSLUND beskriver att det var väldigt jobbigt första veckan. Hon fick mer tid att tänka omkring sin smärta och hur den påverkar hennes vardag och familjeliv. Samtidigt fick hon också verktyg och stöd via den så kallade livskompassen att välja ut områden hon ville ändra på.

– Det var klart att familjelivet och relationen stod högt upp på min prioriteringslista, det är ju min sambo och mina två barn som fått stå ut med min trötthet och min irritation. Men personlig utveckling/arbete och självomsorg kändes också viktigt.

”Sedan mitten av mars har jag inte haft ett enda migränanfall”

ATT BÖRJA TA ITU med att förändra sitt liv så att smärtbesvären inte i fortsättningen skulle begränsa eller kontrollera hennes liv var ett ansträngande arbete.

– I början hade jag mer ont, kanske för att mitt smärtbeteende var så mycket i fokus. Men sedan mitten av mars har jag inte haft ett enda migränanfall och inga låsningar i ryggen. Smärtan har också minskat markant.

Ulrica är mycket glad över detta, men betonar framför allt den mentala träningens betydelse för hennes välbefinnande.

– Jag har påbörjat en sinnesändring som innebär att jag ser saker och gör saker på ett annat sätt. Jag försöker vara mer närvarande i nuet och ser till att le-

va med färre måsten och borden.

Det nya beteendet började hon förändra så smått redan på Smärtrehab.

– Jag hade höga krav på mig själv att jag skulle träna fysiskt så mycket som möjligt på mina håltimmar mellan gruppaktiviteterna. Men sjukgymnasten Margareta Bergström var så insiktsfull och sa till mig ”Jag tänker inte ge dig några övningar.” Hon förstod att det jag behövde var att ägna mig åt att vila och reflektera över min livssituation.

Idag går Ulrica Näslund inte till någon sjukgymnast eller någon annanstans för att få hjälp för sina smärtbesvär.

– Nej, jag klarar mig själv nu genom att dagligen göra korta och enkla avspännings- och kroppskännedomsövningar.

Målet för framtiden är att insikten om vilka samband som skapar smärta ska landa mer i hennes självkänsla. Att hon ska vara mer nöjd med sig själv, även när hon inte hinner med det hon vill.

– Jag skulle vilja sitt och läsa en bok i fätöljen även om det ligger smutsvätt och dammrättor på golven, och göra det utan att få panik och sedan slita för att komma ikapp dagen efter.

Hjärnan har fattat att det är en tjänst jag gör mig själv, om jag blir bättre att ta hand om mina behov, men mina känslor är inte där ännu.

LOIS STEEN VIVANCO

FAKTA



Smärtrehab på RMC godkänd av CARF

Smärtrehab på RMC inom Norrlands Universitetssjukhus är kvalitetsackrediterad av CARF, Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. CARF är ett amerikanskt företag som kvalitetsgranskar rehabverksamheter och delar ut ackrediteringar på ett eller tre år. Elisabeth Pietilä Holmner är engagerad inom CARF och ska inom kort själv bli granskare.