

Kandidat nr 75

FIBROMYALGI

Kan ikke – medikamentell behandling forebygge eller redusere smerte hos pasienter med fibromyalgi?



Bacheloroppgave i sykepleie

SYKHB 3001



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Innlevert 20. Februar 2009

Antall ord: 7 510

SAMMENDRAG

Kronisk sykdom er et økende problem i samfunnet, og tallet på kronisk syke stiger.

Sykepleierstudiet tar for seg lite eller ingen undervisning om kronisk sykdom.

Denne bachelor oppgaven tar for seg det kroniske syndromet fibromyalgi og ikke-medikamentell behandling. Fibromyalgi har en uklar organisk årsak, og er en samlebetegnelse over ulike symptomer som gir smerte. 90 % av personene med diagnosen er kvinner.

Hensikten med oppgaven har vært å se på om ikke – medikamentelle behandlingsmetoder forebygger eller reduserer smerte hos pasienter med fibromyalgi.

Teoridelen tar for seg generelt om fibromyalgi, sykepleie til pasienter med smerter, medikamentell behandling og ikke – medikamentelle metoder for smertebehandling.

Hovedfokuset er lagt på kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet. Disse behandlingsmetodene er sammenlignet med metoder hvor medikamentell behandling blir brukt. Gjennom arbeidet med oppgaven kom det fram at fibromyalgipasienter føler seg stigmatisert. Dette kan være med på å forsterke smerten deres, og dette har derfor vært naturlig å ha med i oppgaven, selv om det ikke er rettet konkret mot problemstillingen.

Funnene viser at ikke – medikamentelle metoder for smertebehandling kan være med på å redusere smerte pasienter med fibromyalgi har.

ABSTRACT

Chronic disease is a growing problem in the society, and the number of chronic patients is growing. The nurse program is focusing little or nothing on this subject.

This bachelor thesis deals with the chronic syndrome fibromyalgia, and non - invasive therapy. Fibromyalgia has an unclear organic cause, and it is a collective term of various symptoms that give pain. 90% of people diagnosed are women.

The aim of this task has been to see whether non - invasive treatment prevents or reduces pain in patients with fibromyalgia.

The theory part in this task includes general information on fibromyalgia, nursing to patients with pain, drug treatment and non – invasive methods for pain treatment.

The main focus is placed on cognitive behavior therapy and physical activity. These treatments are compared with methods where drug therapy is used. Through the work of the task it was found that fibromyalgia patients feel stigmatized.

This can increase their pain, and this has therefore been natural to include in the task, even if it is not specified to the problem.

The findings show that non – invasive methods can help reduce pain that patients with fibromyalgia have.

Smerte

Pasienten fortæller:

Når jeg har det ondt
er jeg ikke her
hvor du er

Når jeg har ondt er mine tanker ubrugelige
som tilhørte de andre
og ikke mig

Når jeg har ondt
er jeg aldrig rolig
for i smerten
er altid angsten for større smerte

Når jeg har ondt
er jeg alene
for smerten går sine egne veje

Når jeg har ondt
kommer jeg dig ikke i møde
du må lede
til du finner ud af hvor jeg er

(Lene Malmstrøm, 1995)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling	6
2.0 Metode	7
2.1 Definerings av metodebegrepet	7
2.3 Litteratursøkeprosessen og kriterier for litteratur	8
2.4 Begrunnelse for hvorfor valgt litteratur brukes	9
2.5 Forskningsetiske overveielser	10
2.6 Kvalitetskriterier og kildekritikk	11
3.0 Teoridel	13
3.1 Fibromyalgi	13
3.2 Sykepleie til pasienter med smerter	16
3.3 Medikamentell smertebehandling	18
3.4 Ikke – medikamentelle metoder for smertebehandling	19
3.4.1 Kognitiv adferds terapi	19
3.4.2 Fysisk aktivitet	21
4.0 Funn og drøfting	24
5.0 Avslutning/Konklusjon	29
6.0 Litteratur	30
Vedlegg	34
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	37

1.0 Innledning

Kronisk sykdom er et økende problem i samfunnet, og tallet på kronisk syke stiger. Sykepleierstudiet tar for seg lite eller ingen undervisning om kronisk sykdom.

Oppgaven tar for seg fibromyalgi som i hovedsak rammer kvinner. Sykdommen har uklar organisk årsak, og er en samlebetegnelse på ulike symptomer som gir smerte.

Per dags dato finnes det ikke noen retningslinjer for behandling av fibromyalgi (Chakrabarty & Zoorob, 2007).

Smertelindring er et nødvendig tiltak for at fibromyalgi pasientene skal kunne fungere i hverdagen, og denne oppgaven vil belyse de ikke-medikamentelle metodene for smertebehandling.

Som kvinne selv, og med relasjoner til sykdommen var dette et spennende tema å belyse. Samtidig som smerten er et problem opplever pasienter med fibromyalgidiagnosen å bli stigmatisert. Diagnostiske utredninger viser normale funn, pasienter med diagnosen ser fysisk friske ut, samtidig som de har delvis manglende evne til å fungere. Denne konflikten gjør at de møter motstand både i helsevesenet, blandt venner og familie, og de opplever å ikke bli trodd på at de er syke. Dette kan sees tilbake på for lite kunnskap om diagnosen. Påstanden om stigmatiseringen kan bekreftes i en studie av Mengshoel (2004) hvor det gjennom studien er kommet fram at kvinner som har fått diagnosen har følt seg stigmatisert, og har opplevd krenkende situasjoner blandt annet i møte med sosial – og trygdekontor og arbeidsgivere, samt at det å få diagnosen ikke var noe de fortalte hvem som helst. Dette er noe som går ut over hva problemstillingen omhandler, men er likevel valgt å ta med i oppgaven som en nødvendig del å belyse.

1.1 Problemstilling

Kan ikke - medikamentell behandling forebygge eller redusere smerte hos pasienter med fibromyalgi?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i muskelsmertene/ de myofasielle smertene pasienter med fibromyalgi opplever. Pasientene med diagnosen opplever en rekke andre symptomer og plager som hodepine, men det virker det som om muskelsmertene er ”roten til det vonde”. Oppgaven tar i hovedsak for seg ikke-medikamentell smertebehandling.

Fibromyalgipasienter har en tendens til å bruke mye medikamenter for å lindre smerten. Dette kan føre til et overforbruk av medikamenter, noe som igjen vil redusere effekten over tid.

Medikamentell behandling kan også gi en rekke bivirkninger, noe som ikke er ønskelig.

Av de ikke – medikamentelle metodene for smertebehandling er det kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet som blir belyst.

2.0 Metode

2.1 Definerings av metodebegrepet

Forskning og utvikling er i økende omfang både innen medisin og resten av verden. Den store mengden publiserte vitenskapelige artikler gjør det vanskelig å få oversikt over kunnskapsnivået innen et område (Fosseberg & Wengström, 2008).

I følge Vilhelm Aubert er en metode en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2008, s 83). Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den gir oss gode data og belyser spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2008). Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på, og ved hjelp av metoder kan vi bruke våre sanser på en mer disiplinert og gjennomtenkt måte (Halvorsen, 2005). I vid forstand er metode noe mer en bare undersøkelsesteknikker. Det er læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på en systematisk måte (Halvorsen, 2005).

2.2 Beskrivelse av valgt metode

Det finnes ulike måter å anvende litteratur som utgangspunkt for studier:

- *Allmenn litteraturstudie (overview)* kan også kalles en litteraturoversikt, litteratur gjennomgang eller forskningsoversikt. I en allmenn litteraturstudie beskrives og analyseres valgte studier (Fosseberg & Wengström, 2008).
- *Systematisk litteraturstudie (systematic review)* har som en forutsetning at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlag for bedømmelser og konklusjoner av studiene (Fosseberg & Wengström, 2008).
- *Begreps analyse (concept analysis)* kan gjøres i form av en litteraturstudie eller en empirisk studie, og utføres ved at man studerer litteratur og ordbøker. En begreps analyse har som mål å tydeliggjøre og øke forståelsen av de konkrete fenomenet begrepet inneholder (Fosseberg & Wengström, 2008).

Metoden til denne oppgaven vil være en modifisert litteraturstudie. Oppgaven er basert på litteratur som finnes innenfor bøker, forskning og studier. Oppgaven passer ikke helt inn i beskrivelsen av litteraturstudiet, og vil heller ikke være så omfattende som et litteraturstudie.

2.3 Litteratursøkeprosessen og kriterier for litteratur

Opgaven er skrevet med utgangspunkt i bøker og forskningslitteratur.

Temaet oppgaven omfatter finnes det lite pensumlitteratur om, pensum bøker utgjør derfor en liten del oppgaven.

I BIBSYS ble det søkt etter bøker med søkeordene Fibromyalgi, kvinners helse, smerte, og smertebehandling. Det ble valgt å jobbe med bøker som ikke er eldre enn fra 2000, med tre unntak:

- NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge. Det er ikke kommet ut noen NOU om dette temaet siden den tid, og den regnes som relevant for oppgaven.
- Boken ”At leve med fibromyalgi” av Guni Martinsen er tatt med på bakgrunn av at forfatteren selv har fibromyalgi, og er brukt for å få et perspektiv fra en som selv har diagnosen.
- Versjonen av ”Smerter – lærebok for helsepersonell” av McCaffery & Beebe brukt i oppgaven er fra 1996. Ved søk på internett kommer det fram at boken er brukt i artikler så sent som midten av 2000 – tallet. Dette tolkes som om at boken fortsatt har relevans på tross av sin alder.

Ved siden av BIBSYS for å finne bøker er søkemotorne SveMed+, ProQuest og Medline brukt for å finne forskningslitteratur. Generelt for alle søkemotorne ble søkeordene: Fibromyalgia, pain management, pain, medical treatment, non-invasive treatment og exercise brukt. I Medline ble det også gjort et søk på Fibromyalgia AND Music Therapy/Physical Therapy/Relaxation Therapy/Acupuncture Therapy/Behaviour Therapy/Aversive Therapy/Cognitiv Therapy.

Bestillingsartikler ble valgt vekk på bakgrunn av tidsrommet som var til rådighet for å skrive oppgaven. Artikler om fibromyalgi generelt dekket bøkene, og disse ble derfor ikke prioritert da den generelle informasjonen om fibromyalgi er lik i det meste av litteraturen. Innhold med

fokus på ME og andre sykdommer, tannhelse, vannlating og irritabel tarm, samt artikler om blandt annet healing og hypnose ble valgt vekk da dette ikke hadde noen relevans for selve problemstillingen. Språklig ble det valgt oppgaver med norsk, engelsk, dansk eller svensk tekst.

Tidsbegrensningen som var satt for bøkene ble også brukt ved søk etter artikler. Tidsrommet på artikler brukt strekker seg derimot i nyere tidsalder, fra 2004 fram til 2008.

Artikler med ingen, eller anonym, forfatter ble valgt vekk på bakgrunn av troverdighet til hvem som har skrevet artikkelen.

Ved søk i SveMed+ på Fibromyalgia kom det 209 treff.. I ProQuest ved søk på Fibromyalgia AND Medical treatment var det totalt 30 treff som viste full tekst. 11 treff var uten forfatter. Søkeordet Fibromyalgia AND pain management gav også 30 fulltekst treff. Ved søk i Medline på Fibromyalgia AND Music therapy/Physical Therapy/ Relaxtion Therapy/Acupuncture Therapy/Behaviour Therapy/Aversive Therapy/Cognitiv Therapy kom det 91 fulltekst treff. Etter eliminasjon var det valgt ut elleve artikler som brukes i oppgaven.

2.4 Begrunnelse for hvorfor valgt litteratur brukes

I arbeidet med å finne litteratur er det prøvd å finne det nyeste. Det er ikke drevet mye forskning på temaet, noe som gjør at det er vanskelig å være for kritisk i utvelgelsen av litteratur. Det er valgt å strekke litteraturen i et tidsrom fra 2000 fram til nåtid, med tre unntak. Hovedsakelig er litteraturen som er brukt spesifikk innenfor temaet og problemstillingen valgt for oppgaven. Målgruppen litteraturen er skrevet for spenner seg fra pasienter til leger til fysioterapeuter. På feltet finnes det lite ren sykepleierfaglig litteratur, og det finnes derfor lite av dette i oppgaven, selv om det hadde vært å foretrekke denne typen litteratur. Kriterier for hvorfor valgt litteratur er brukt kommer fram under kvalitetskriterier og kildekritikk.

2.5 Forskningsetiske overveielser

Forskningsens overordnede mål, forskningens kunnskapskrav, er å vinne ny kunnskap for å øke forståelsen av den verden vi lever i og om mulig skape positive forandringer (Olsson & Sörensen, 2006). Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt ovenfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler (Dalland, 2008). Selv om det snakkes om forskningsetikk, yrkesetikk og personlig etikk, er det ikke noe egentlig grunnlag for å skille mellom spesifikk fagetikk og forskningsetikk (Dalland, 2008).

Innen arbeidet med en litteraturstudie begynner bør etiske overveielser gjøres (Forsberg & Wengström, 2008). Etiske overveielser ved et litteraturstudie bør gjøres vedrørende utvalg og presentasjon av resultat, og det er viktig å:

- Velge studier som har fått godkjenning fra etisk komite, eller der nøyaktige etiske overveielser er gjort.
- Redegjøre for alle artikler som inngår i litteraturstudien, og lagre disse på et sikkert sted.
- Presentere alle resultat som støtter det respektive og ikke hypotesen – det er uetisk å kun presentere de artiklene som støtter forskerens eget syn (Forsberg & Wengström, 2008).

I en litteraturstudie er undersøkelsesfeltet tidligere dokumentert kunnskap. Spørsmålene stilles litteraturen i stedet for personene, og det første steget er å reflektere og å søke informasjon. Deretter følger vurdering, analyse og sammenstilling av litteraturen (Forsberg & Wengström, 2008).

Gjennom oppgaven er kildene behandlet med respekt. Det er referert til hver kilde som er brukt på en riktig måte, og det er ikke utført noen form for plagiat. Det er presentert resultater som støtter det respektive, og studier som mener noe annet enn hypotesen er ikke valgt vekk da dette ville være uetisk.

2.6 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2008). Kritikken må hele tiden sees i lys av hva kilden skal belyse, og vi skal så godt vi kan vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene vi har funnet, lar seg bruke til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2008).

I oppgaven er det brukt både primær og sekundærlitteratur. Noe av litteraturen er svensk, dansk eller engelsk språklig. Dette kan påvirke forståelsen over det som er skrevet, og litteraturen kan ha blitt feiltolket, noe som kan påvirke oppgaven.

Litteraturen som er valgt presenterer ulike teorier, og det er ikke valgt litteratur som kun støtter problemstillingen.

Kriterier til litteratur i denne oppgaven har vært at den ikke er eldre enn 2000, da med noen få begrunnede unntak. Litteraturen skal ha forfatter, og den skal ha relevans for oppgaven.

Relevans i denne sammenhengen er litteratur rettet mot fibromyalgi og/eller kroniske muskelsmerter.

I oppgaven er det brukt fire forskjellige metode bøker. Det er brukt fjorten bøker om emnet som omfatter fibromyalgi generelt, smerter, fysisk aktivitet og kognitiv adferdsterapi, samt en NOU. Bøkene ble funnet ved søk på BIBSYS, samt ved å lete gjennom bokhyllene på biblioteket, da det kunne finnes relevante bøker med en annen tittel enn det søkeordene omfattet. I utvelgelsen av bøkene ble innholdslisten lest, og aktuelle kapitler ble skimmet gjennom for å se om de var av relevans, før de ble lånt. Forfatterne av bøkene er alt fra personer med fibromyalgi til leger og fysioterapeuter, og er i hovedsak lærebøker og fagbøker, skrevet for personer med diagnosen og helsepersonell.

Bøkene som er valgt gir et generelt teori grunnlag til oppgaven, og ble på bakgrunn av dette valgt.

I oppgaven er det også brukt elleve artikler. Dette er både kvalitative, kvantitative og oversiktsartikler. Hvordan artiklene ble funnet kommer med spesifikt fram i litteratursøkeprosessen. I utvelgelsen av artiklene ble abstract formen i første omgang lest. De artiklene som ble vurdert som av relevans ble valgt ut og lest fullt ut. Om artiklene belyste det svaret som var ønskelig var uten relevans. Artiklene er i hovedsak skrevet av leger,

psykologer og fysioterapeuter og er presentert i forskjellige tids- og fagskrifter. Artikkene ble valgt på bakgrunn av relevant forskning i forhold til tema og problemstilling. Noe av litteraturen er primærkilder mens noe er sekundærkilder. Det er tatt høyde for at sekundærlitteraturen kan være omformulert, og at budskapet kan ha fått et annet poeng enn det som var utgangspunktet i primærlitteraturen.

3.0 Teoridel

3.1 Fibromyalgi

Lidelsen fibromyalgi har vært beskrevet siden 1800-tallet, og beskrives som en kronisk tilstand med diffuse smerter, ømme og stive muskler og trykkømme punkter på kroppen (Ehlers, 2000). Andre symptomer er tretthet, søvnforstyrrelser, hodepine, smerter i nakke og skuldre, samt irritabel tarm (Ehlers, 2000). Mange personer med fibromyalgi lider av de kognitive lidelsene det vil si problemer med minnet, hukommelsesvansker, svimmelhet, nedstemthet, økt stress og lydfølsomhet (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Angst og depresjon er vanlige problemer (Schaefer, 2004).

Symptomene blir forverret av kaldt og fuktig vær, dårlig søvn og fysisk eller psykisk stress. Ved varmt og tørt vær, moderat fysisk aktivitet og med tilstrekkelig søvn og avslapping opplever de fleste en bedring (Chakrabarty & Zoorob, 2007).

Ca 3-5 prosent av befolkningen, eller ca 4-7 prosent av alle kvinner har fibromyalgi (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Rundt 90 prosent av pasientene er kvinner med en gjennomsnittsalder på 40-45 år, og noen undersøkelser har funnet ut at kvinner med fibromyalgi var perfeksjonistiske, ambisiøse, stilte store krav til seg selv og var meget effektive. Andre undersøkelser har ikke vist tilsvarende psykologiske årsaker til lidelsen (Ehlers, 2000).

Forekomsten av fibromyalgi varierer fra land til land på bakgrunn av hvilke kriterier som legges til grunn i undersøkelsestilfellene, enda 20 prosent av dem med langvarig smerte hadde tilstrekkelige ømme punkter til å oppfylle kriteriene for fibromyalgi. De som oppfylte kriteriene for fibromyalgi hadde en høyere grad av følelsesmessig stress en de øvre personene (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007).

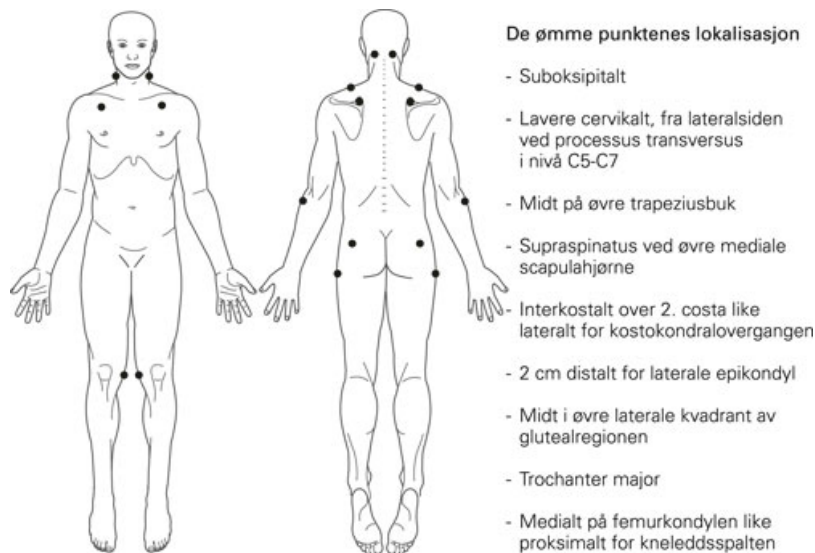
Syndromet kan utløses av forskjellige faktorer som for eksempel infeksjoner, skader som påvirker søvnen, hormonelle mangler, kronisk stress eller mangel på næringsstoffer (Teitelbaum, 2008). Det finnes en rekke årsaker som kan være utløsende for syndromet, men flere har det tilfelles at de påvirker hypothalamus. Hypothalamus kontrollerer blandt annet søvn og hormonsystemet. Når du ikke sover dypt nok vil også immunforsvaret bli svekket (Teitelbaum, 2008).

Fibromyalgi er ingen farlig tilstand som kan ødelegge kroppen eller redusere livslengden, men pasientene opplever redusert livskvalitet og hemmes i daglige gjøremål. Mange faller ut av arbeidslivet (NOU 1999:13).

Syndromet ble først annerkjent som sykdom i USA i 1987. En gruppe forskere i USA kom i 1990 fram til følgende ACR-kriterier (American College of Rheumatology) som ble internasjonalt annerkjente:

- Uforklarlige omfattende smerter
- Tilbakevendende tretthet
- Morgenstivhet
- Søvnproblemer
- Minst 11 av 18 Tender Points (ømme punkter) er aktive.
(Martin, 1999)

Trykket på de ømme punktene skal være et fingertykk på minst fire kilo. Når 11 eller flere av disse punktene over et tidsrom på tre måneder igjen viser seg å være ømme, smertefulle eller sterkt smertefulle vil diagnosen fibromyalgi bli gitt (Martin, 1999).



(Oversikt hentet fra Wigert & Finset, 2007)

Disse ACR-kriteriene har i ettertid fått mye kritikk, dels fordi mange av symptomene er vanlig forekommende, og dels fordi det utenom langvarig smerte kreves at 11 av 18 spesifiserte punkter/muskelfester (de ømme punktene) skal være smertefulle ved trykk. At grensen settes ved dette tallet sees som kritikkverdig i og med at punktene som er smertefulle kan variere fra dag til dag og ved undersøkelse. Derfor kan en person som undersøkes en viss dag ikke få diagnosen fordi kun 10 av 18 punkter er ømme (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007).

Det er vanlig at smerten varierer i intensitet fra den ene dagen til den andre, men også i løpet av samme dag. Helt smertefri er en person med fibromyalgi kun noen timer til høyst noen dager, og det er vanlig at smerten flytter på seg, og beveger seg rundt i kroppen (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007).

De seneste årene har antall personer som har fått diagnosen fibromyalgi gått ned til fordel for diagnoser relatert til langvarig stress som utmattelsessyndromet ME. Mange personer med fibromyalgi får ikke riktig diagnose, eller det går flere år før diagnosen blir stilt. Dette gjør at statistikken over hvor mange som har fibromyalgi er feil og mange får diagnoser som kronisk smertetilstand, utmattelsessyndromet, langvarig stressreaksjon eller depresjon (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Det er nødvendig å huske på at generell smerte kan være forløpet til fibromyalgi, og at det kan være klokt å behandle dette som eventuell begynnende fibromyalgi ettersom det da er lettere å få tilstrekkelige ressurser for behandling og rehabilitering (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Fibromyalgi er også mer vanlig om andre familiemedlemmer har diagnosen, noe som kan tyde på et tilskudd av både genetiske og miljømessige faktorer (Chakrabarty & Zoorob, 2007).

På den andre verdenskongressen om myofasiale smerter og fibromyalgi i 1992 ble fibromyalgi annerkjent som et syndrom, og det ble samtidig framhevet at hos mennesker med fibromyalgi var årsaken til deres deprimerete og nedtrykte tilstand å finne i de fysiske, kroniske smertene og ikke i psyken (Martin, 1999). Mye har derimot endret seg siden 1999. Fibromyalgi - forsker Wolfe som var ledende i gruppen som i 1990 satte ACR-kriteriene har nå bestemt seg for å gå bort fra de ømme punktene og heller fokusere på den generelle smerten, psykososial situasjon og opplevelse av stress (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Dette innebærer at man kan begynne å behandle generell smerte på lignende måte som fibromyalgi, bli raskere frisk og forhindre at smertetilstanden utvikler seg til fibromyalgi. Vendepunktet har bidratt til å forsøke å se helheten av personen og omgivelsene slik at man

betrakter den sosiale situasjonen av eventuelt stress, ressurser og ulemper som kan påvirke et sykdomsforløp (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007). Selv om nye kriterier er under arbeid må man fortsatt oppfylle ACR-kriteriene for å få diagnosen fibromyalgi (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007).

Spørreskjemaet Fibromyalgi Impact Questionnaire, (FIQ) (Se vedlegg 1) er et nyttig verktøy for å vurdere funksjonelle ferdigheter i dagliglivet, og for å måle pasientens status, fremdrift og resultater (Chakrabarty & Zoorob, 2007). FIQ er et 20 delers, godkjent, selv-administrerende skjema som måler fysisk og psykisk funksjon, jobbstatus, psykologisk stress, psykiske symptomer og tretthet de siste ukene. De ti første delene tar opp respondentens evne til å bære oppgaver som krever psykisk styrke. Rangeringen går fra 0 (alltid mulig til) til 3 (aldri mulig). De to neste delene ber pasienten om å krysse ut antall dager de har følt seg bra (0-7 dager), og antall dager de har gått glipp av jobb de siste ukene (0-5 manglende dager). De siste delene tar for seg jobbvanskeligheter, smerte, tretthet, stivhet, angst og depresjon (Dobkin, De Civita, Abrahamowicz, Baron & Bernatsky, 2006).

3.2 Sykepleie til pasienter med smerter

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse, noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.”

Virginia Henderson, 1955 (Sitert i Tveiten, 2002, s 17).

Selv om smertebehandling ideelt sett er flerfaglig, er sykepleieren hjørnesteinen i de fleste tilfeller. Sykepleierens rolle i behandling av pasienter med smerte vil som oftest være:

- Å sette i verk smertelindrende tiltak med og for pasienten
- Å påvise behov for endret eller ytterligere tiltak, og å sette disse i verk
- Å vurdere virkningen på pasienten (McCaffery & Beebe, 1996).

Smerter er en sammensatt opplevelse som påvirkes av en rekke faktorer i og omkring den som har smerter. Faktorene kan enten forverre eller redusere smerten, og en spesiell smertestimulus kan gi varierende smerteopplevelse hos forskjellige personer (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001). Å ikke bli trodd kan være verre enn å bære selve smerten, og mennesker som har opplevd sterke smerter uten at årsak er funnet, kan derfor i første omgang oppleve lettelse ved å få en diagnose som forklarer smertene. I en undersøkelse prøvde forskere å finne ut hvordan sykepleiere og sykepleierstudenter vurderte styrken i ulike typer av smerte. Det viste seg at pasienter med en synlig patologi i forbindelse med smerten ble ansett for å ha sterkere smerte enn pasienter uten synlig årsak til smerten (Almås m.fl, 2001).

Erfaringer fra barndommen virker inn på sykepleierens oppfatning av hva som er ”normal” smerteatferd. Sykepleieren tolker andres smerter ut fra egen erfaring og eget skjønn, på samme måte som pasientens reaksjon er avhengig av hans tidligere erfaringer. Hvis en ikke er klar over disse forholdene, kan en lett handle som om ens egen oppfatning er mer objektiv og dermed mer pålitelig enn pasientens opplevelse av smerte (Almås m.fl, 2001). I tillegg er sykepleierens erfaringer fra yrkessammenheng med på å påvirke oppfatningen av andres smerte. En sykepleier møter daglig pasienter som lider. Hos enkelte kan dette føre til at de reagerer mindre følsomt på andres lidelser. I verste fall kan dette gå utover den smertebehandlingen pasienten får (Almås m.fl, 2001). God kunnskap om smerte og smertelindring er derfor nødvendig og vil påvirke sykepleierens holdning til andres smerte på en positiv måte (Almås m.fl, 2001).

Hovedmålet med smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser. En grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerte er svært viktig. Denne kartleggingen er grunnlaget når det skal planlegges og iverksettes en systematisk og virksom smertebehandling som er tilpasset den enkelte pasients tilstand og behov (Almås m.fl, 2001). At smerte understrekes som et subjektivt fenomen stiller store krav til sykepleieren om å få tak i den enkeltes opplevelse av situasjonen (Rustøen, 2007). Det finnes flere hjelpemidler som kan brukes for å få en innsikt i pasientens smerter, alt fra omfattende spørreskjemaer som beskriver smerte til enkle skalaer der pasienten plasserer graden av smerte han opplever. Bruken av slike verktøy vil avhenge av pasientens evne til å sette ord på smerter og til å plassere smerten inn på en skala (Almås m.fl, 2001). Det mest kjente spørreskjemaet er McGill Pain Questionnaire (MPQ) (Se vedlegg 2), et omfattende spørreskjema som kan egne seg til å beskrive langvarig smerte (Almås m.fl, 2001).

Smertelindring krever ofte et tverrfaglig samarbeid for å lykkes, og sykepleieren har et selvstendig og et delegert ansvar for å lindre smerte. Den delegerte funksjonen går ut på å administrere forordnet medisinsk behandling og teknisk utstyr som smertepumpe.

Sykepleieren har også et administrativt ansvar ved å være bindeleddet mellom de ulike faggruppene slik at helheten i smertebehandlingen ivaretaes (Rustøen, 2007).

3.3 Medikamentell smertebehandling

Skolemedisinen tilbyr stort sett medikamentell behandling til kroniske smertepasienter. Dette kan lindre i kortere eller lengre perioder. Hvilke typer medikamenter som hjelper, og hvordan disse skal brukes, er omdiskutert (Einarsson, 2002). For tiden finnes det ingen medisiner som er godkjent for behandling av fibromyalgi (Chakrabarty & Zoorob, 2007).

De fleste studier viser at pasienter med fibromyalgi i gjennomsnitt tar tre medikamenter for å behandle fibromyalgien.

Vanlige medisiner for å behandle fibromyalgi inkluderer:

- Antidepressiva ved lave doser (feks amytrityline)
- Ikke-steroid anti-innflammatoriske midler (f.eks ibuprofen)
- Muskelavslappende (f.eks cyclobenzaprine)
- Narkotika (f.eks oxycodone) (Schaefer, 2004).

Kun et fåtall av medikamentene har gjennom randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) vist seg å være effektive (Sarzi – Puttini, Buskila, Carrabba, Doria, Atzeni, 2007). ”Lykkepillen” og kortison har ikke effekt på denne diagnosen (Wigers, 2002).

Tresykliske antidepressiva har en analgetisk effekt som er uavhengig av deres antidepressive effekt. De kan hjelpe ved å forbedre søvn og redusere morgenstivhet hos pasienter med fibromyalgi, men i 60 – 70% av tilfellene er de ineffektive (Sarzi – Puttini m.fl, 2007).

Lavdose antidepressiva er ofte et førstevalg ved behandling av søvnforstyrrelser fordi de øker seretonin, som kan gi avslappet søvn og deretter redusere smerte og trøtthet (Shaefer, 2004).

Resultatene ved forskning på anti-inflammatoriske medisiner er generelt skuffende, men ved noen studier er det funnet at tramadol har en viss effekt ved fibromyalgi (Sarzi – Puttini m.fl, 2007). Tramadol er et sentralfungerende narkotisk analgetikum, og har vært effektiv hos

pasienter med mild til moderat alvorlig smerte (Chakrabarty & Zoorob, 2007). Muskelavslappende medikamenter har vist seg å være moderat effektive på pasienter med fibromyalgi. Bruk har gitt noe bedring av kvalitet på søvn og en liten bedring ved smerte, men synes å ha liten innvirkning på utmattelsen og de ømme punktene (Sarzi – Puttini m.fl, 2007). Narkotiske stoffer kan være nyttig i behandlingen, men kan medføre toleranse, og bli en vane. Det er også forbundet med uønskede effekter som forstoppelse og kvalme, og bør kun vurderes etter at alle andre medisinske og ikke medikamentelle terapimetoder er prøvd ut (Sarzi – Puttini m.fl, 2007).

3.4 Ikke – medikamentelle metoder for smertebehandling

Ikke - medikamentell eller ikke - invaderende smertebehandling er metoder som ikke bryter hud eller slimhinner (McCaffery & Beebe, 1996). Eksempler på dette kan være hudstimulering, massasje, bruk av varme og kulde, avspenningsteknikker, trening, kognitiv terapi, musikkterapi osv. Listen over de forskjellige metodene er lang. Denne oppgaven vil ta for seg fysisk aktivitet og kognitiv adferdsterapi da dette er mest forsket på.

3.4.1 Kognitiv adferds terapi

Som skrevet tidligere lider pasienter med fibromyalgi ofte av kognitive lidelser. De har problemer med hukommelsen, svimmelhet, nedstemthet, stress, lydfølsomhet, angst og depresjoner. De har også problemer med å fortelle hvem som helst om diagnosen på bakgrunn av stigmatiseringen de opplever.

Kognitiv adferdsterapi er en psykoterapeutisk hovedretning som omfatter teoretiske modeller og behandlingsmetoder. Kognitiv adferdsterapi oppsto på midten av 1960 – tallet, og det antas at utveksling mellom personens indre psykiske struktur og omverdenen skjer gjennom psykologiske prosesser som fører til produkter, det vil si resultat av prosessene (Mørch & Rosenberg, 2005).

I løpet av de siste ti årene har modeller for smertebehandling ved kognitiv adferdsterapi gått ut over det tradisjonelle fokuset på mestringsstrategier og å føle kontroll over smerte, til å innlemme aksept tilnærminger (LaChapelle, Lavoie, Boureau, 2008). Å akseptere smerten er

prosessen med å gi opp kampen med smerten, og lære å leve til tross for smerter. Aksept er assosiert med lavere nivå av smerte, uførhet og psykiske lidelser (LaChapelle m.fl, 2008).

Det antas at erkjennelse dannes, og videreutvikles gjennom menneskets kognisjon, det vil si persepsjon og fortolkning, som løpende foregår under innflytelse av lagrede erfaringer og dermed forutintagelser (Mørch & Rosenberg, 2005).

Erkjennelse er et resultat av tankemessig bearbeidelse (Ordnett, 2009). Kognisjon er hvordan mennesker oppfatter, tenker, løser problemer, utvikler språk og begrep, hukommelse og glemsel (Bunkholdt, 2003). Persepsjon er et område i psykologien som viser hvordan vi oppfatter andre mennesker og sosiale situasjoner, og kan defineres som vår personlige og subjektive opplevelse av sanseintrykk (Bunkholdt, 2003).

I kognitiv adferdsterapi bearbeides meningsdannelse som fører til hemmende, selvundertrykkende og lidelsesfulle konstruksjoner (Mørch & Rosenberg, 2005).

Kognitiv adferdsterapi omfatter tre overordnede strategier:

- *En innsiktsgivende strategi* som tilsier at pasienten oppnår økt kjennskap til sin egen tenkning og dennes innflytelse på symptomer eller problemer.
- *En pedagogisk strategi* som tilsier at pasienten dels oppnår økt viten om sin lidelse og problemer, og dels får kjennskap om anvendte metoder med henblikk på å selv bli i stand til å benytte disse.
- *Problemløsnings- eller mestringsstrategi* som har som formål at pasienten oppnår bedre metoder og teknikker for å løse sine problemer (Mørch & Rosenberg, 2005).

Den sentrale metoden i terapien er to - faset:

- En problemsituasjon analyseres, med tanke på situasjonens objektivitet. Pasientens følelser og tenkning skilles.
- Den problemskapende eller forverrende delen av tenkningen omstruktureres. Dermed oppstår det alternative tanker som medfører følelsesmessig lettelse og muliggjør problemløsning (Mørch & Rosenberg, 2005).

For å forbedre fibromyalgien er det nødvendig å se på hele livssituasjonen med personens egenskaper, ressurser og hvor personen kommer til kort, livsmønster og relaterte omgivelser

under ett. Alle faktorene påvirker smerteopplevelsen, og det å få hjelp med innsikt over langvarige stressfaktorer, så som energikrevende relasjoner, konflikt mellom vilje og mål, vanskeligheter med grensesetting og problemløsning kan være like viktig som å lære seg å håndtere problemene. Det å kunne styrke de følelsesmessige sidene og det å kunne slappe av og nyte er viktig for å minske smerteopplevelsen (Anderberg & Bjoner Horwitz, 2007).

Bevisene tyder på at kognitiv adferdsterapi er effektiv i behandlingen av fibromyalgi. Det store målet ved denne behandlingen er å hjelpe pasientene til å forstå at tanker, forestillinger og forventninger har sine symptomer. En av de mest nyttige adferdsferdighetene er å prioritere slik at balansen mellom meningsfylt arbeid, fritid og aktiviteter i dagliglivet oppnåes (Chakrabarty & Zoorob, 2007).

Tiltak innenfor kognitiv adferdsterapi for pasienter med fibromyalgi kan være utdanning, avslapping, målinnstilling og bruk av støtteperson (Sarzi – Puttini m.fl, 2007). Dette er tiltak som kan være med på å redusere stress som er en utløsende faktor, og noe pasienter med fibromyalgi har mye problemer med. Kognitiv adferdsterapi kan også være med på å gjøre pasienten oppmerksom på hvilke faktorer som utløser stress situasjoner slik at disse kan unngås.

3.4.2 Fysisk aktivitet

Etiologi er læren om sykdomsårsaker, og patogenese er læren om hvordan en sykdom oppstår og utvikles (Ordnett, 2009). Ved fibromyalgi er etiologi og patogenese uklar, og behandling er for det meste symptomatisk og ustandarisert. Resultatet av smerten og trettheten som blir rapportert av personer med fibromyalgi, gir utslag i en sedat livsstil og dermed dårlig fysisk form (Kurtze, 2004).

Med fysisk aktivitet menes all kroppslig bevegelse som produseres av skjelettmusklene og resulterer i energiforbruk (Svantesson, Cider, Jonsdottir, Stener–Victorin & Willèn, 2007). Med fysisk trening menes den delen av fysisk aktivitet som er planlagt, strukturert og overholdt, og som har som formål å forbedre eller beholde en viss funksjon (Svantesson m.fl, 2007).

I klinisk arbeid med pasienter er det vanlig å tenke på fysisk aktivitet som en del av behandling, habilitering og rehabilitering av skader og sykdommer i muskelskjelettsystemet. Klinisk erfaring og forskning tilsier at det kan være fordelaktig, og i mange tilfeller

nødvendig, med mer fokus på hva en kan gjøre av fysisk aktivitet i opptreningsperiode eller som forebygging av ulik art (Østerås, 2006).

Trening har blitt foreslått som behandling for fibromyalgi siden 1976 da Modolfsky først demonstrerte at trente personer hadde mindre sannsynlighet for å utvikle fibromyalgi symptomer (Sarzi – Puttini m.fl, 2007).

Målet med trening hos pasienter med fibromyalgi er:

- Å vurdere bevegelighet
- Tilpasse individuelle tiltak
- Hjelp pasienten å engasjere seg i den aktuelle treningen uten at de får smerter
- Å oppfordre dem til å bruke trening i det dagligdagse livet (Schaefer, 2004).

Trening kan forbedre styrke og fleksibilitet, funksjon, utholdenhet, humør, søvn og livskvalitet samt redusere trøtthet og smerte (Schaefer, 2004). I en studie av Burckhardt og medarbeidere (1993) går det frem at 83% av pasienter med fibromyalgi ikke deltar i regelmessig fysisk aktivitet, og en stor del av dem er inaktive. Dette skyldes blandt annet at mange klager over økt smerte etter fysisk aktivitet, og at denne forsterkede smerteopplevelsen ikke er restituert etter 1-2 døgn. Fysisk inaktivitet kan være uheldig for den generelle helsetilstanden hos friske personer, og dette gjelder trolig også personer med fibromyalgi (Burckhardt og medarbeidere, 1993).

En systematisk gjennomgang har vist at veiledet trening har gunstig effekt på fysisk kapasitet og fibromyalgisymptomer, spesielt hvis pasienten selv får bestemme tempoet. Med for høy intensitet skal trening brukes med varsomhet (Sarzi – Puttini, 2007). For mye eller for lite trening kan føre til større smerter for pasienten. For lite trening kan føre til stivhet og smerte, mens for mye trening kan føre til muskelskader som fører til økt smerte og muskeltrøtthet (Schaefer, 2004). En vurdering av fysisk aktivitet hos pasienter med fibromyalgi er viktig fordi det er vanlig med funksjonsvekkelse, og for å finne ut hvilket nivå pasienten ligger på.

En oversiktsartikkel viser at søk på ”exercise and fibromyalgia” i Cochranes register for kotrollerte forsøk gir 32 treff. 17 av disse ble valgt ut til å se nærmere på effekten av fysisk

trening hos pasienter med fibromyalgi (Kurtze, 2004). Treningsformer som trening med ergometersyssel, gange, jogging, styrke, aerobic og dans og kombinerte treningsformer ble tatt med (Kurtze, 2004). De kombinerte treningsformene satter fokus på fysisk trening i kombinasjon med ulike programmer om opplæring og/eller kognitiv adferdsterapi. Gjennom oversiktsartikkelen kan det se ut som om det er få programmer med ren styrketrening for pasienter med fibromyalgi. Dette kan komme av smertene pasientene har i muskulaturen. Belastningen i de ulike studiene varte fra 1-3 ganger i uken, med variasjon fra 25 minutter til 90 minutter per økt (Kurtze, 2004). Ved fysisk trening ble antall ømme punkter og myalgisk score redusert, mens tretthet og søvn i liten eller ingen grad ble påvirket (Kurtze, 2004). Studiene viser at fysisk aktivitet gir begrenset smertelindring. Kombinerte treningsformer med opplæring bedret funksjon, symptomer, livskvalitet og mestringsforventninger.

4.0 Funn og drøfting

Oppgavens problemstilling går på om ikke-medikamentell behandling kan forebygge eller redusere smerte hos pasienter med fibromyalgi. Teoridelen har tatt for seg sykepleie til pasienter med smerte, fibromyalgi, medikamentell smertebehandling og ikke-medikamentelle metoder for smertebehandling med fokus på fysisk aktivitet og kognitiv terapi.

Ljoså & Rustøen (2007) mener at for å ivareta helhetlig lindring av kronisk smerte er hovedprinsippet å administrere medikamenter sammen med andre typer behandling. Utsagnet blir tolket i den retning av at det er medikamenter som er hovedbehandlingen. Teoridelen har presentert at fibromyalgipasienter i gjennomsnitt bruker tre forskjellige medikamenter, og kun et fåtall har vist seg å være effektive. Det er for tiden ikke noen medikamenter godkjent for behandling av fibromyalgi.

I dagens helsevesen er det et stort forbruk av medikamenter, noe som er sett gjennom egne praksisperioder. Man kan av og til begynne å lure på om dagens helsevesen inneholder for mye medikamenter. Medikamenter kan være en lettvinnt måte å prøve å forebygge eller redusere smerte, men når det ikke viser den store effekten på fibromyalgipasienter, hvorfor skal de ta dem da? Glemmer sykepleierne at det finnes alternative metoder til medikamentbruk?

Det nevnes en rekke ikke - medikamentelle metoder for smertebehandling, hvorav noen er nevnt i teoridelen. Hovedfokuset i denne oppgaven ligger på fysisk aktivitet og kognitiv adferdsterapi, og videre vil studier som har fokusert på disse punktene bli presentert og drøftet.

En studie av García, Simón, Durán, Cancellor & Aneiros (2006) tar for seg forskjellene mellom virksamheten av kognitiv adferdsterapi og farmakologisk behandling hos pasienter med fibromyalgi. For å få et lite fokus på hvordan medikamenter virker i forhold til kognitiv terapi hos pasienter med fibromyalgi var dette en spennende artikkel å se på.

Studien ble gjennomført ved at 28 fibromyalgipasienter ble delt opp i fire grupper med følgende eksperimentelle betingelser:

- Farmakologisk behandling (cyclobenzaprine)
- Kognitiv adferdsterapi (opplæring for å redusere stress)
- Kombinert farmakologisk og kognitiv behandling
- Ingen behandling

Studien gjennomførte en serie definerte faser: Vurdering før behandling, behandling (ni uker), vurdering etter behandling og oppfølging tre måneder senere (García m.fl, 2006).

Resultatene som ble oppnådd i studien viste at kognitiv adferdsterapi reduserte vanskeligheter pasienter har i forbindelse med fibromyalgi, målt i FIQ. I studien endret FIQ seg positivt kun i forbindelse med kognitiv adferdsterapi (García m.fl, 2006). Andre variabler som viste tilstedeværelsen av sykdommen viste ingen betydningsfulle endringer i noen av forsøksgruppene, og kombinert behandling var heller ikke mer effektiv enn kognitiv adferdsterapi eller farmakologisk behandling alene (García m.fl, 2006). I studien økte ikke effektiviteten ved behandlingsmetoden som kombinerer adferdsterapi og farmakologiskbehandling, og kognitiv behandling var den mest effektive (García m.fl, 2006). En mulighet for dette var at gruppen som representerte kognitiv adferdsterapi hadde færre psykiske lidelser i forbehandlingen enn den kombinerte gruppen. Det ble midlertidig funnet at depresjonsnivået var likt i gruppene og angst scoren var noe høyere i gruppen som kun mottok kognitiv behandling (García m.fl, 2006). Denne studien kan tyde på at kombinert farmakologisk behandling og adferdsterapi ikke er mer effektiv enn kognitiv terapi alene. Dette er noe som motsier Ljoså & Rustøens (2007) utsagn om helhetlig behandling i lindring av kronisk smerte.

Studien av García m.fl (2006) har kun hatt 28 forsøkspersoner fordelt på fire behandlingsmetoder. Dette er et lite antall forsøkspersoner, noe som kan ha påvirket resultatet. Det gir også lite grunnlag for å komme med påstander om hvilken behandling som er best da det kun har vært syv personer i hver forsøksgruppe. Påstandene virker likevel sannsynlige. Fibromyalgipasienter lider blandt annet av økt stress, samt angst og depresjon. Kognitiv adferdsterapi har som utgangspunkt å innlemme aksept for diagnosen og danne erkjennelse. Terapien skal gi pasienten økt kjennskap til egen tenking, og hvordan dette

påvirker symptomer. Pasienten skal også tilegne seg kunnskap om lidelsen, samt få kjennskap til metoder med henblikk på selv å bli i stand til å benytte disse. Dette vil igjen kunne gjøre pasienten bevisst på hva som påvirker den i hverdagen. Ved å luke ut faktorer som forverrer situasjonen vil pasienten kunne få en bedre hverdag. Energikrevende relasjoner, vanskeligheter med grensesetting og problemløsning er problemer pasienter med fibromyalgi opplever. Dette er punkter som er med på å forsterke smerteopplevelsen. Ved å tilegne seg mer kunnskap om disse relasjonene og problemene, samt å akseptere diagnosen, vil pasienten i større grad kunne unngå slike forverrende situasjoner på dager hvor formen ikke er på topp.

Med økt forståelse og aksept av diagnosen vil det gjerne bli lettere å skape åpenhet rundt diagnosen, slik at pasienten ikke undertrykker den og skjuler den for andre, noe som kan bli en belastning.

Burckhardt og medarbeideres (1993) studie forteller at 83% av pasientene med fibromyalgi ikke deltar i regelmessig fysisk aktivitet. Tallene er gamle, men studien forteller videre at mange klager over økt smerte etter den fysiske aktiviteten. Dette er en opplysning som trolig fortsatt er aktuell. Burckhardt og medarbeidere (1993) sier videre at fysisk inaktivitet er uheldig for den generelle helsetilstanden hos friske personer, og at dette trolig også gjelder personer med fibromyalgi. Fysisk aktivitet gir jevnt over bedre styrke og funksjon, bedre humør, søvn og livskvalitet.

Mengshoel (2004) sier derimot i sin studie at ved fibromyalgi kan trening for å styrke kroppen, det vil si øke kroppens yteevne eller kapasitet, bli en belastning i et allerede belastet liv. Om en skal trene eller ikke trene blir derfor noe en må overveie i hvert enkelt tilfelle, og treningen må ikke bli en standardisert behandling som skal passe for alle (Mengshoel, 2004). Det er vanskelig å tro at en pasient ikke skal klare noen som helst form for fysisk aktivitet, men denne bør tilpasses hver enkelt, og sykepleieren bør vurdere pasientens fysiske form. Studien av Burckhardt og medarbeidere (1993) presenterer at fibromyalgipasienter klager over økt smerte etter fysisk aktivitet. Den sier også at 83% av pasientene ikke trener regelmessig. Ved å unngå fysisk aktivitet vil kroppen ved en treningsøkt bli sliten og trenge restitusjon i større grad enn hos en person som trener regelmessig. Ved å begynne i det små kan fibromyalgipasienter trene seg opp, og gjerne få en bedre opplevelse av den fysiske aktiviteten. Dette vil igjen kunne minske smerteopplevelsen over tid. Å gå en kort tur hver dag kan være en begynnelse som etterhvert kan bygges på. Etter hvert som pasienten kommer i bedre form kan det bli aktuelt å være med på treningstimer, eller ha større treningsøkter, så

lenge dagsformen er bra. Om pasienten er utmattet eller har mye smerter kan også treningen deles opp, men personen skal aldri presse kroppen sin.

Ved å la pasienten være med i å planlegge den fysiske aktiviteten kan sykepleieren få en bedre innsikt i pasientens nivå, når pasienten får smerter, og hvilken treningsform som passer pasienten best.

En studie av Wigers & Finset (2007) om rehabilitering ved kroniske myofasielle smertetilstander omfattet 200 pasienter med kronisk myofasiell smerte og/eller fibromyalgi. Pasientene deltok i et fire ukers flerdimensjonalt rehabiliteringsprogram som bestod av undervisning og smertemestring i en kognitiv ramme, avspenning, kondisjonstrening, myofasiell smertebehandling og medikamenter ved behov (Wigers & Finset, 2007). Resultatene viste bedring på alle områder i oppfølgingsperioden. 30% av personene med fibromyalgi tilfredsstilte ikke lenger diagnosekriteriene ved avreise, og livskvaliteten viste bedring over tid. Et år senere var flere tilbake i arbeid, og færre var sykemeldt (Wigers & Finset, 2007).

Kombinerte treningsformer med opplæring og/eller kognitiv adferdsterapi i studien av Kurtze (2004), presentert tidligere i oppgaven, gav bedret funksjon, symptomer, livskvalitet og mestringsforventninger. Kurtze (2004) mener derfor denne kombinerte treningsformen ser ut til å være med effektiv enn trening alene. Det blir også nevnt at tretthet og søvn i liten grad påvirkes av fysisk aktivitet, men at antall ømme punkter og myalgisk score ble redusert (Kurtze, 2004).

Disse to studiene tar for seg kombinerte behandlingsformer, og konkluderer med at dette er det mest effektive for fibromyalgipasienter. Slik det kan sees gir kognitiv adferdsterapi kunnskap og bevisstgjøring. Pasientene lærer mer om sykdommen og hva som påvirker og styrker dem. Dette kan igjen gjøre pasientene oppmerksom på at fysisk aktivitet er nødvendig for å oppnå god helse og smertelindring. En oppfatning er at pasienter med fibromyalgi er redd for økt smerte, og derfor ikke utfører fysisk aktivitet, noe som igjen bryter ned kroppen. Dette er noe sykepleieren bør oppfordre og motivere pasienten til.

Det skal taes i betraktning at hver enkelt pasient skal behandles individuelt. Treningsformer som passer for noen, passer ikke alle. Pasientene vil ha forskjellig kondisjonsnivå og motivasjon, og sykepleieren bør være en støtte i leten etter den treningsformen som passer den enkelte best.

Så langt er det ikke funnet noe som gir et helt klart svar om at kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet alene gir en optimal smertelindring. Om ikke behandlingsmetodene gir en 100% smertelindring vil det være trolig at de spiller en rolle i behandlingen, og er med på å redusere eller forebygge smerte. Det er liten grunn til å tro at fysisk aktivitet ikke gir bedre styrke og funksjon, humør, søvn og livskvalitet også hos pasienter med fibromyalgi, så lenge den fysiske aktiviteten er godt tilpasset.

Det skal også nevnes at sykepleierne bør bli mer observante på fibromyalgipasientene. Sykepleierne har en stor rolle i smertebehandling, og er de som setter i gang tiltak, observerer og følger opp pasientene. Almås m.fl (2001) forteller at sykepleiere og sykepleierstudenter opplever kronisk smerte uten synlig årsak som svakere enn hos dem med synlig årsak til smerten. Hva er det som gir sykepleierne grunn til å vurdere dette?

Mennesker reagerer forskjellig på smerte, men det er ikke noe som tilsier at pasienter med kronisk smerte ikke har like vondt som dem som har en synlig årsak. Det er også farlig å påstå at pasienter med kronisk smerte blir vant til smerten. Den vil i like stor grad være der, samt være et problem, selv om pasienten har levd flere år med smerter. Så lenge en pasient opplever smerte er dette et problemområde hos pasienten som sykepleieren skal hjelpe den med.

Pasientrettighetsloven (1999) har som formål å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Det skal etableres tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste, og respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd skal ivaretaes. Denne loven er nødvendig å huske på i arbeidet med fibromyalgipasienter og andre med kronisk sykdom.

Å ikke bli trodd er verre enn selve smerten (Almås m.fl, 2001). Dette er noe pasienter med fibromyalgi i stor grad opplever, og som er en egen erfaring. Ved å ikke ta denne typen pasienter på alvor vil gjerne symptomer som stress, søvn og depresjon påvirkes. Pasienten kan føle seg mindre verdig enn andre og føle at helsevesenet driver med forskjellsbehandling. Hverdagen deres blir vanskeligere, samtidig som de får mindre tiltro til helsevesenet, og tillitsforholdet mellom pasient og helsevesen forsvinner. Dette kan igjen føre til forverring av sykdommen, samt at de ikke får kontroll over den og får vanskeligheter med å akseptere diagnosen. Det er derfor nødvendig at en sykepleier i møte med disse pasientene ser pasienten og dens smerte i like stor grad som hos pasienter med en synlig smerteårsak. Dette er noe som er lovfestet gjennom Pasientrettighetsloven (1999), og som kan forbedres i dagens helsevesen.

5.0 Avslutning/Konklusjon

Oppgaven har i korte trekk tatt for seg smertebehandling til pasienter med fibromyalgi. Fokuset har vært rettet mot kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet, satt opp mot medikamentell behandling.

Teoridelen har presentert en generell del om fibromyalgi, sykepleie til pasienter med smerter, medikamentell behandling og ikke – medikamentelle metoder for smertebehandling.

Drøftingsdelen har tatt for seg forskningsresultater og utsagn basert på medikamentell behandling, kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet til fibromyalgipasienter.

Gjennom litteraturen, og det som er presentert i drøftingsdelen kan det konkluderes med at kognitiv adferdsterapi og fysisk aktivitet er med på forebygge eller redusere smerte hos pasienter med fibromyalgi. Sykepleierens rolle vil være å gjøre pasienten bevisst sin egen diagnose, vurdere det fysiske nivået samt gi opplæring, motivasjon og oppfølging.

Det er ikke sagt at dette fjerner smerten hundre prosent, og det er nødvendig å tilpasse behandlingen den enkelte pasient. Noen pasienter vil ha behov for medikamentell behandling, men her bør det vises forsiktighet ved narkotiske stoffer.

Videre skal det nevnes at det generelt er for lite kunnskap i helsevesenet når det kommer til kronisk sykdom og fibromyalgi. Dette sees på at pasientene føler seg stigmatiserte, og at sykepleierne vurderer smerten deres som lavere enn hos dem med patologisk forklarlig smerte. Dette er noe som bør føre til ettertanke. Denne problemstillingen er ikke rettet opp mot selve hovedfokuset i oppgaven, men sees som en nødvendighet å få med. Pasientrettighetsloven (1999) har lovfestet at befolkningen skal ha lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Altså har pasienter med fibromyalgi på lik linje med andre pasienter rett på å bli tatt på alvor, samt å få en tilfredsstillende smertelindring. Slik det oppfattes at de blir behandlet nå skyves de ut, eller unngår å oppsøke helsevesenet selv på grunn av stigmatiseringsfølelsen. Dette er ikke ideelt for deres situasjon, og skal den bedres bør sykepleierne og helsevesenet selv på generelt grunnlag ta disse pasientene mer på alvor.

6.0 Litteratur

- Almås, H, Valand, E, Bilicz, J.A, Berntzen, H (2001) Sykepleie til pasienter med smerter, i Almås, H (Red) (2001) *Klinisk sykepleie bind 1*, Oslo: Gyldendal Akademiske forlag
- Anderberg, U A & Bjoner Horwitz, E (2007) *Fibromyalgi – på grund av stress?* Västerås : ICA bokförlag
- Bunkholdt, V (2003) *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere*, Oslo: Universitetsforlaget
- Burckhardt og medarbeidere (1993) I Kurtze, N (2004) Fibromyalgi – effekt av fysisk trening, *Tidsskrift for Den norske legeförening Nr 19/2004*
- Chakrabarty, S & Zoorob, R (2007) Fibromyalgia, *American Family Physician Vol 76, Nr 2/2007* Hentet 11. februar fra: <http://www.aafp.org/afp/20070715/247.html>
- Dalland, O (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo: Gyldendal Akademiske forlag
- Dobkin, P.L, De Civita, M, Abrahamowicz, M, Baron, M & Bernatsky, S (2007) Predictors of Health Status in Women With Fibromyalgia: A Prospective Study [Elektronisk versjon], *International Journal of Behavioral Medicin Vol. 13, Nr 2/2006*
- Ehlers, L (2000) *Vondt i livet – Kvinner og de nye sykdommene*, Smedjebacken: Forlaget Klarskov & Jørgensen
- Einarsson i Einarsson, J.H & Einarsson, J (2002) *Må jeg leve med det? En helsedokumentar om kroniske smerter*, Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Fosseberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnads forskning*, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

- García, J, Simón, M.A, Durán, M, Cancellor, J & Aneiros, F.J (2006) Differential efficacy of a cognitive – behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome [Elektronisk versjon], *Psychology, Health & Medisin Nr 11/2006*
- Halvorsen, K (2005) *Å forske på samfunnet – en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Kurtze, N (2004) Fibromyalgi – effekt av fysisk trening, *Tidsskrift for Den norske legeforsening Nr 19/2004* Hentet 02. februar fra:
http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1076270
- LaChapelle, D.L, Lavoie, S, Boudreau, A (2008) The meaning and process of pain acceptance: Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia [Elektronisk versjon], *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society Vol 13, Nr 3/2008*
- Ljoså, T.M & Rustøen, T (2007) Kronisk smerte, lidelse og håp i Gjengedal, E & Hanestad, B.R (2007) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*, Oslo: Cappelen Akademiske
- Malmstrøm, L (1995) *En gang i mellem sker det – et udvalg af tekster om sygepleje*, Danmark: Gyldendal
- Martin, G (1999) *At leve med Fibromyalgi*, Fredriksværk: Ørnens Forlag
- McCaffery, M & Beebe, A (1996) *Smerter – Lærebok for helsepersonell*, Oslo: Gyldendal AS
- Mengshoel, A.M (2004) Å bli bedre av fibromyalgi – noen tanker rundt erfaringer fra forskning og praksis [Elektronisk versjon], *Fysioterapauten nr 2/2005*
- Mørch & Rosenberg i Mørch, M M & Rosenberg, N K (Red) (2005) *Kognitiv terapi – Metoder og modeller*, København: Hans Reitzels Forlag
- NOU 1999:13 *Kvinnens helse i Norge*, Oslo: Statens forvaltningstjeneste

- Olsson, H & Sörensen, S (2006) *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*, Oslo: Gyldendal akademiske forlag
- Ordnett (2009) Brukt 14. Januar 2009, tilgjengelig fra www.ordnett.no
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter av 02.juni 1999 § 1-1*, Hentet 19. Februar 2009 fra: <http://www.lovdatabasen.no/all/tl-19990702-063-001.html>
- Rustøen, T (2007) Sykepleie, smerte og smertelindring i Ambø, A (Red) (2007) *Smarter, smerteopplevelse og adferd*, Oslo: Cappelen akademiske
- Sarzi – Puttini, P, Buskila, D, Carrabba, M, Doria, A & Atzeni, F (2007) *Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where are we now?* Hentet 30.01.09 fra: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WWX-4R1FS6F-2&_user=3331846&_coverDate=06%2F30%2F2008&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000059321&_version=1&_urlVersion=0&_userid=3331846&md5=0ef3da3d2c34bf366bf21a1cf80a8006
- Schaefer, K M (2004) Caring for the Patient with Fibromyalgia: The Rehabilitation Nurse's Role [Elektronisk versjon], *Rehabilitation Nursing, Vol 29, Nr 2/2004*
- Svantesson, U, Cider, Å, Jonsdottir, J.H, Stener-Victorin, E, Willén, C (2007) *Effekter av fysisk trening ved ulike sjukdomstillstand*, Stockholm: SISU Idrottsböcker – idrottens förlag
- Teitelbaum, J (2008) From fatigued to FANTASTIC! *Total Health Vol.30/feb.2008* Hentet 27. Januar 2009 fra: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1454539021&SrchMode=2&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234968129&clientId=72807>
- Tveiten, S (2001) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, Bergen: Fagbokforlaget
- Wigert, S. H (2002) Fibromyalgi – hvor står vi i dag? [Elektronisk versjon] *Revmatikerens Nr 2/2002*

- Wigers, S.H & Finset, A (2007) Rehabilitering ved kroniske myofasielle smertetilstander, *Tidsskrift for Den norske legeforening Nr 5/2007* Hentet 07. Januar 2009 fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1497325
- Østerås, H (2006) Trening som behandling – fortida og framtida i fysioterapi, I Størksen, J.H, Granbo, R, Kolsrud, S & Østerås, H, *Bevegelse – fysisk aktivitet – helse*, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Vedlegg

Vedlegg 1:

Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), hentet 13.02.09, tilgjengelig fra:

www.myalgia.com/FIQ/fiq.pdf

Vedlegg 2:

The McGill Pain Questionnaire, hentet 13.02.09, tilgjengelig fra:

community.ocr.org.uk/core/community/public/download_file?rid=474

Vedlegg 1

FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ)

Name: _____ Date: / /

Directions: For questions 1 through 11, please circle the number that best describes how you did overall for the *past week*. If you don't normally do something that is asked, cross the question out.

Always Most Occasionally Never

Were you able to:

Do shopping? 0 1 2 3

Do laundry with a washer and dryer? 0 1 2 3

Prepare meals? 0 1 2 3

Wash dishes/cooking utensils by hand?..... 0 1 2 3

Vacuum a rug?..... 0 1 2 3

Make beds? 0 1 2 3

Walk several blocks? 0 1 2 3

Visit friends or relatives? 0 1 2 3

Do yard work?..... 0 1 2 3

Drive a car? 0 1 2 3

Climb stairs? 0 1 2 3

12. Of the 7 days in the past week, how many days did you feel good?

0 1 2 3 4 5 6 7

13. How many days last week did you miss work, including housework, because of fibromyalgia?

0 1 2 3 4 5 6 7

(continued)

Vedlegg 2

The McGill Pain Questionnaire

- Is used to quantify a patient's pain experience.
- It consists of a series of 102 pain descriptors that are grouped into classes and subclasses describing different aspects of the pain experience.
- The McGill questionnaire usually takes around five to ten minutes to complete.

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

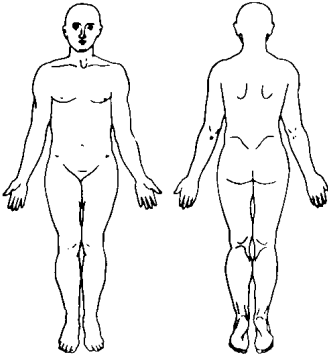
<p>1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDING</p> <p>2 JUMPING FLASHING SHOOTING</p> <p>3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</p> <p>4 SHARP CUTTING LACERATING</p> <p>5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</p> <p>6 TUGGING PULLING WRENCHING</p> <p>7 HOT BURNING SCALDING SEARING</p> <p>8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</p> <p>9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</p> <p>10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</p>	<p>11 TIRING EXHAUSTING</p> <p>12 SICKENING SUFFOCATING</p> <p>13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</p> <p>14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</p> <p>15 WRETCHED BLINDING</p> <p>16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</p> <p>17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</p> <p>18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</p> <p>19 COOL COLD FREEZING</p> <p>20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</p> <p style="text-align: center;">PPI</p> <p>0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">BRIEF</td> <td style="width: 33%;">RHYTHMIC</td> <td style="width: 33%;">CONTINUOUS</td> </tr> <tr> <td>MOMENTARY</td> <td>PERIODIC</td> <td>STEADY</td> </tr> <tr> <td>TRANSIENT</td> <td>INTERMITTENT</td> <td>CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <p>E = EXTERNAL I = INTERNAL</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>COMMENTS:</p> </div>	BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS	MOMENTARY	PERIODIC	STEADY	TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT
BRIEF	RHYTHMIC	CONTINUOUS									
MOMENTARY	PERIODIC	STEADY									
TRANSIENT	INTERMITTENT	CONSTANT									

FIG. 2. McGill Pain Questionnaire. The descriptors fall into four major groups: sensory, 1 to 10; affective, 11 to 15; evaluative, 16; and miscellaneous, 17 to 20. The rank value for each descriptor is based on its position in the word set. The sum of the rank values is the pain rating index (PRI). The present pain intensity (PPI) is based on a scale of 0 to 5. Copyright 1970 Ronald Melzack.

The Short Form McGill Pain Questionnaire

This is a short form of the original McGill Pain Questionnaire designed to take less time to complete.

It appears to give almost equally valid information.

Descriptors 1 - 11 represent the sensory component, 12 - 15 the affective component.

The patient's pain experience can then be "quantified" by summing the indicated values.

The Short Form of the McGill Pain Questionnaire

Patients Name

Date

	None (0)	Mild (1)	Moderate (2)	Severe (3)
Throbbing				x
Shooting				
Stabbing				
Sharp			x	
Cramping				
Gnawing				
Hot - burning				

Aching			x	
Heavy				
Tender				
Splitting				
Tiring - Exhausting				
Sickening		x		
Punishing - Cruel				

Patient Information. Please tick any word that applies to your pain experience under the heading of None, Mild, Moderate, Severe.

Score by adding the values.

The example above Sensory component = 7, Affective component = 1.