**Studieophold på University Collage London Hospital fra d. 1.-5. Oktober**

Jeg takker legatudvalget i DUGOF for økonomisk støtte til mit studieophold i London.

Til dagligt består mit eget arbejde i blandt andet, at undersøge, vurdere og behandle kvinder og mænd med smerter relateret til underlivet, smerter i abdomen, smerter ved samleje, interstitiel cystit og endometriose. Jeg var derfor nysgerrig efter at lære mere omkring behandling til denne gruppe patienter.

Jeg har via kontakt til fysioterapeut Katrine Petersen på University Collage London Hospital Pain Management Clinic, været privilegeret ved at få mulighed for, at observere arbejdet med behandling og træning af kroniske smertepatienter. Katrine er ansat som smertefysioterapeut med speciale i Pelvic Pain. Tilgangen til behandlingen er primært Cognetive Behavioural Therapy (CBT), tværfagligt orienteret behandling. Mange forløb afvikles i grupper. Dog findes der individuelle forløb for patienter, der ikke findes egnet til gruppeforløb.

Det overordnet mål er, patienterne skal kunne mestre deres smerter og højne funktionsevnen trods smerter. Det vil sige, at patienterne ”uddannes” til at forbedre relevante mestrings-strategier.

UCL Hospital er et gigantisk hospital, der spreder sig over flere områder af London. Hospitalet er under det offentlige system.

Pain Management Center er en ambulant enhed, der ligge som en isoleret enhed midt i byen.

Der er 40-50 personer ansat fra forskellige sundhedsfaggrupper, men mest overvejende psykologer (virkelig mange), læger, fysioterapeuter og sygeplejersker. Organisationen er ”flad” uden (synlig) hierarki i forhold til de ansattes faglige baggrund eller uddannelsesniveau.

Enheden fungerer stort set som en Smerteenhed/Smertecenter herhjemme, med en imponerende ensartet tilgang til principper for mestring af smerter. Faggrænserne var omtrent udvisket. Sygeplejerske underviste fx i operationer med sacral- eller rygmarvsstimulatorer, fysioterapeuten i søvnproblemer, men psykologen lavede mindfulness-øvelser. Ofte var der flere sundhedspersonaler, der sam-underviste på Smerteskolerne.

Lektionsplan (for mig) for ugen:

Mandag: LINK ”Male abdomino-pelvic pain management Program” (En hel dag med gruppeforløb for mænd med kroniske smerter i mave- og/eller underliv)

Tirsdag: COPE ”General Pain Management” (En hel dag med gruppe)

Onsdag; ”Joint Clinic” (Individuel konsultation af kvinder med smerter relateret til underlivet i et samarbejde mellem 3 læger: Urolog, Gynækolog, Smertelæge (professor)

Torsdag: Formiddag: Klinik (individuelle patienter) med læge Poul Langly. Eftermiddag med Fysioterapeut Rachel Joe (holdtræningstilbud til alle typer af smertepatienter) og Clinical Scientific Meeting

Fredag: Clinic med individuelle patienter med Fysioterapeut Kathrine Petersen.

**Patientskolerne** løb en dag om ugen over 8 uger og varede det meste af dagen. Ofte en veksling mellem et oplæg fra underviserne, interaktiv undervisning, parøvelser og praktiske øvelser som fx mindfulness-øvelser. Der stilles krav til patienterne om at være aktive i undervisning, være reflekterende i måden at tænke og handle på, blive bevidst om eventuelle barrierer og arbejde med opgaver i form af delmål fra gang til gang hjemme. Nogle af de anvendte strategier nævnes nedenfor:

**Grundlæggende undervisning i smertefysiologi:** Forskellen på akut og kronisk smertemekanisme. Hvad kan tune op/tune ned for smerten i forhold til hvordan vi tænker og bekymrer os. Hvordan stress af forskellig art, har stor indflydelse på smerteoplevelsen.

**Afspænding/Mindfulness:** Alle patienterne på Smerteskolen gennemgik flere gange øvelser i form af Mindfulness. Ofte indledningsvis når undervisningen begyndte og efter pauserne. Det hjalp til, at samle fokus og opretholde opmærksomhed. De fleste patienter arbejdede med Mindfulness hjemme, fx ved hjælp af en app. Mindfulness anvendes i situationer, der kan virke uoverskuelige og hvor patienterne er udfordret med katastrofetænkning (som vi kender det hos kvinder med fx vulvodyni eller LS i forbindelse med sex).

**Pacing:** At bryde aktiviteter op i flere mindre portioner. Gradvist at kunne progrediere i en aktivitet i form af fx flere gentagelser, længde af en aktivitet (fx at sidde) eller med øget belastning uden blivende smerteforværring. Begreber som ”Desensibilisering” bliver ofte brugt i pacing (som vi fx kender fra gyn-patienters træning med dilatorer).

En mand i gruppeundervisning satte det delmål, at han skulle turde gå ud i offentligheden og spørger, om han kunne låne toilettet (overaktiv blære). Han fik den opgave i samarbejde med psykologen, at gå på museet og komme tilbage igen uden at gå på toilettet under selve patientskole. Det var virkelig interessant at se, hvordan de brugte Pacing i praksis.

**Goal planning:** En tilbagevendende opgave var, at sætte udfordrende delmål fra gang til gang. Patienten skulle identificere en aktivitet i deres liv, som de havde svært ved at ændre på eller fandt udfordrende (barriere). Undervisningen begyndte altid med opfølgning af, hvordan det var gået med de personlige delmål i ugens løb (fx ”jeg vil arbejde med mine strækøvelser hver morgen” eller ”jeg vil bruge mine mindfulness-øvelser mere, hvis jeg oplever perioder med smerteforværring” eller ”jeg vil gå ud og spise med min familie, selv om jeg har svært ved at sidde ned, grundet mine smerter”).

**ACT:** At fokusere på vigtige værdier i livet (ofte tæt sammenkædet med mål og delmål) som fx hobbier, sociale relationer, familie, sundhed, karriere, kærlighed. At forstå kontrasten i hjernens evige kamp med, at opfatte smerte som en trussel, der sætter patienten i konstant alarmberedskab og fastholder fx spænding, ubehag, begrænsning, frygt og angst.

Det var spændende at iagttage undervisningen. Jeg har selv arbejdet en del år på Smerteklinik og kender noget til de anvendte begreber. Dog må jeg sige, at de fagfolkene der varetog undervisningen var imponerende dygtige. De var så fagligt vel-funderet i det de foretog sig. Principperne for CBT blev bragt ”hele vejen rundt” til træningslokalet, gruppeundervisningen og den individuel behandling af samtlige fagpersoner. Det var ikke altid fagpersonerne havde de rigtige svar til patientens problem. Det blev patienten opgave og ansvar, at arbejde med problematikkerne ud fra de redskaber/værktøjer de fik lært.

Fagpersonerne forsøgt ikke at komme med løsningforslag, men søgte hele tiden at inddrage værktøjerne. Et gennemgående værktøj der blev anvendt, kaldes ”Hot Cross Bond”

**Hot cross bun**: Er en model, som patienterne bliver skolet i at bruge. De ”tvinges” hermed til at mærke hvordan tanker, følelser, adfærd og krop påvirkes i forskellige situationer. Læringsmålet her er selvfølgelig at mærke og registrere hvordan negative tanker påvirker/forstærker bio-psyko-socialt, og omvendt.



Blev patienten fanget i en negativ præget tanke (som ”Hvad hvis jeg ikke kan klarer det”, ”Hvad hvis nu min smerte bliver endnu værre ved at prøve”, ”folk kigger hvis jeg bliver nød til at stå op i biografen”) kunne man ved at anvende modellen godt se, hvordan det påvirkede ens følelser (frygt/angst), ens fysik (smerterne) og dermed ens adfærd (fx avoidence).

På samme måde kunne man anvende modellen til, at vende det positivt (”handleplan hvis jeg får forværring”,” hvis jeg holder pauser, kan jeg mere, ”hvis jeg anvender mindfulnessøvelser får jeg mere kontrol”) hvilket kan sænke bekymring og angst, mindske smerten og højne funktionsevne og adfærd.

**Joint Clinic:** Ud over disse patientgrupper observerede jeg individuelle behandlinger. Det mest imponerende var ”Joint Clinics” som bestod af 3 højtuddannet speciallæger, der udøvede fælleskonsultation til smertebehandling af 1 patient.

Jeg så en patient med Endometriosesmerter, en med Interstitiel Cystit og en med en ryglidelse der gav neuropatiske smerter til blære, tarm og det ene ben. Det var meget imponerende, at se hvordan de 3 læger praktiserede i samarbejde med patienten, fik lagt mål og plan. Tænk at kunne mobilisere så gode tværfaglige ressourcer og kompetencer, i behandling for, at øge et menneskes funktionsevne.

**Konklusion**

Dette var en lille del, af hvad jeg har oplevet. Jeg kunne skrive meget mere.

Jeg er i den grad blevet påmindet om, hvor vigtig hele undervisningsdelen omkring smertefysiologi- og mekanismer er for patienternes evne til, at forstå deres smerter. Hvordan forståelse kan minimere katastrofetænkning, der igen påvirke smerter. Hvordan patienten kan få en oplevelse af øget kontrol ved, at arbejde med positive cirkler kontra negative cirkler og dermed bedre mestring (impowerment og self efficacy) af smerten.

At, som vi ved med komplekse smerter, det er vigtig at arbejde tværfagligt. Til trods for, at mange af os fysioterapeuter arbejder monofagligt, sagtens kan øge kommunikationen med læger, sygeplejersker, psykologer.

At vi ikke skal ”fikse” smerterne og at vi som fysioterapeuter skal lade være med, altid at være problemløsene.

**Hvad vil jeg ændre i praksis:**

Øge tværfagligheden endnu mere, når det er muligt

Endnu mere undervisning om smerter til patienten

Fortsat fokus på de-sensibilisering og arousel

Arbejde mere med ACT og Pacing-teknikker (oplagt til sexuelle smerter)

Inddrage patienten partner meget mere

Anvende Hot Cross Bun

**Levede det op til mine forventninger**

Jeg havde nok forventet, at se lidt mere ”fysioterapi” i form af specifikke øvelser og træning i relation til abdominal-underlivsområdet. Jeg er dog stadig meget glad for, at jeg tog af sted og synes, at have fået noget med mig. Er styrket i områder som jeg/vi allerede kender til, men som tåler at blive skærpet samt nogle nye teknikker til at beherske smerten.

Hvem ved, måske kan drømmen om at starte egne ”smertehold” til kvinder med smerter i relation til underlivet” en dag blive en realitet?

Dorthe Svarre

Urogynækologisk fysioterapeut

[www.urogyn-fysio.dk](http://www.urogyn-fysio.dk)