



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskaplige fakultet

Rapport: MED 3950 Masteroppgaven/Kull 2012

Pasienters forventninger til behandling ved en tverrfaglig smerteavdeling

Marte Anitadatter Karlstad

Tromsø: profesjonsstudiet i medisin juni 2017

UiT Norges arktiske universitet, 2017



Forord

Denne masteroppgaven i medisin skrives for UiT Norges arktiske universitet og har vært et samarbeid med Smerteavdelingen på UNN. Selv om langvarig smerte ikke er et felt som har blitt særlig fokusert på i løpet av studien, har jeg i løpet av studieforløpet blitt bevisst på at det er et høyst aktuelt tema. Tilstanden rammer en vesentlig del av befolkningen og er en hyppig årsak til at pasienter kontakter helsevesenet (1). Jeg ønsket å bruke arbeidet med masteroppgaven til å oppnå økt kunnskap om et fagfelt jeg kan få bruk for uansett hvilken spesialisering jeg senere velger. Jeg håper at denne innsikten vil gjøre meg bedre forberedt i møte med denne viktige pasientgruppen, enten på et allmennlegekontor eller i spesialisthelsetjenesten.

Jeg utformet problemstillingen i samarbeid med mine tre veiledere, overlege Aslak Johansen og overlege professor Gunnvald Kvarstein på Smerteavdelingen samt overlege Niklas Stabell på Barneavdelingen. Vi fant ut at det ville vært interessant å kartlegge hvilke forventninger, men også erfaringer, pasientene ved Smerteavdelingen har knyttet til behandlingen. Dette er noe avdelingen ikke har undersøkt tidligere. Aslak har vært min hovedveileder både i forbindelse med oppgaveutforming, datainnsamling, skriving og ikke minst framdrift. Gunnvald og Niklas har vært til god hjelp i forbindelse med ulike vurderinger gjennom prosessen samt vært viktig for å få utført den analytiske delen av oppgaven. En stor takk til hjelpsomme og støttende veiledere. Smerteavdelingen har vært svært behjelpelig med innsamling av data, utlån av kontor og har svart på spørsmål jeg måtte ha om pasientbehandling. Jeg vil rette en takk til Lena Danielsson og Elisabeth Nordnes ved Smerteavdelingen som har vært til god hjelp under prosessen. Jeg vil også takke Overlege Elfrida H. Kvarstein for hjelp med oversettelse av spørreskjema fra engelsk til norsk.

Det har vært få økonomiske kostnader knyttet til gjennomføringen av prosjektet, foruten porto i forbindelse med utlevering av spørreskjema og reiser mellom praksissted og veiledere. Reiser er finansiert av universitetet i Tromsø, mens postutgifter er dekket av Smerteavdelingen ved UNN.

Marte Anitadatter Karlstad

Storvik, 06. juni 2017

Innholdsfortegnelse

V	Sammendrag	
1	Bakgrunn	1
2	Materiale og metode	5
2.1	Prosedyrer	5
2.2	Studiedesign og studiepopulasjon	5
2.3	Behandlingsformer	6
2.3.1	Tverrfaglige gruppebehandlinger ved Smerteavdelingen på UNN	6
2.4	Variabler	6
2.4.1	Faktorer assosiert med forventninger og tro på betydningen av egeninnsats	7
2.4.2	Resultater assosiert med forventninger og egeninnsats	9
2.5	Analyse	10
2.5.1	Statistikkprogram	10
2.5.2	Statistikk	10
2.6	Etikk	10
3	Resultater	11
3.1	Pasientflyt	11
3.2	Beskrivelse av populasjonen	11
3.3	Forventning	12
3.4	Tro på betydning av egeninnsats	13
4	Diskusjon	14
4.1	Forventninger til behandling	14
4.2	Tro på betydning av egeninnsats og tro på bedring	15
4.3	Prediksjon av behandlingseffekt	15
4.4	Styrke og svakheter med oppgaven	16
4.4.1	Styrke:	16
4.4.2	Svakheter:	16
4.5	Interessekonflikter	17
5	Konklusjon	17
5.1	Viktigste funn knyttet til forskningsspørsmål:	17
5.2	Mulige implikasjoner av funnene	18
6	Referanser	19
7	Tabeller	21

8	Figurer.....	24
8.1	Flytskjema for studieinklusion.....	24
9	Vedlegg.....	25
9.1	Smerteavdelingens vurderingsskjema.....	25
9.2	Skjema 1: Original SETS	35
9.3	Skjema 2: Norsk versjon av SETS.....	36
9.4	Godkjennelse fra personvernombudet	37
9.5	Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.....	39
10	Sammendrag av kunnskapsevaluering av nøkkel-/hovedartikler på referanselisten:.....	41

Sammendrag

En rekke studier viser at pasientens forventninger har betydning for resultatet av medisinsk behandling. Ved Smerteavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) utføres det rutinemessig en kartlegging av en rekke faktorer som kan ha betydning for smertetilstanden, men pasientenes forventninger er ikke blitt undersøkt.

Hensikten med masteroppgaven var å undersøke forventningene pasienter med langvarig smerte har til behandlingen på Smerteavdelingen. Jeg ville i tillegg undersøke om forventninger forut for behandling var assosiert med effekt av behandling og pasientenes egeninnsats.

Denne studien inkluderer en pasientserie med langvarige smerter og som var til behandling ved Smerteavdelingen ved UNN i 2016. Pasientenes forventninger ble målt ved hjelp av to spørreskjemaer utarbeidet av Smerteavdelingen og oppgavens forfatter. Et tredje spørreskjema ble gitt til pasientene som var kvalifiserte til å få oppfølgingskjema etter 6 måneder. Med få unntak bestod skjemaene av validerte måleverktøy.

Median positiv forventning på 4,67 (IQR 4,00 - 5,67) innenfor en skala på 1,00 – 7,00. Det ble funnet positiv signifikant assosiasjon mellom «positive forventninger» og NRS 0-10 «svakeste smerter den siste uka» og grensesignifikant assosiasjon med høyt utdanningsnivå. Median negative forventningsverdien til samme studiepopulasjon lå på 1,33 (IQR 1,00 - 2,67). Det ble funnet positiv signifikant assosiasjon mellom «negative forventninger» og psykologisk belastning, NRS0-10 «svakeste smerter den siste uka» og «gjennomsnittlige smerter».

Denne studien har vist at forventninger lar seg måle hos våre pasienter og at det på enkelte områder ser ut til å være en viss forskjell i forventningene mellom ulike grupper i studiepopulasjonen. Det er dermed grunn til å diskutere om forventninger til behandling skal inn i Smerteavdelingens rutinemessige kartlegging. Det viste seg derimot vanskelig å måle sammenheng mellom forventninger og effekt av behandlingen på grunn av vanskeligheten med å opprettholde en høy svarprosent gjennom en langsgående innsamling av data. En ny utvidet studie kan kanskje gi et bedre svargrunnlag senere.

1 Bakgrunn

En norsk prevalensstudie i 2004 viste at 24,4 % av den norske befolkningen oppfylte kriteriene for kronisk smerte (2). Vi vet at kroniske smerter hindrer både pasientens arbeidsevne og funksjonsevne og er assosiert med dårlig psykisk helse og søvn (3,4,5). Med så mange personer med langvarige smerter i befolkningen kan en regne med at dette gir høye økonomiske kostnader for samfunnet i tillegg til problemene tilstanden gir individene som rammes. Dette er bekreftet i ulike studier (6).

Utkastet til den 11. utgave av det medisinske kodeverket International Classification of Diseases, ICD-11, definerer kronisk smerte som «vedvarende eller tilbakevendende smerte som varer lengre enn 3 måneder». Her er kronisk smerte delt inn i følgende grupper: kronisk primær smerte, kronisk kreftsmerte, kronisk postkirurgisk og posttraumatisk smerte, kronisk nevropatisk smerte, kronisk hodepine og orofacial smerte, kronisk visceral smerte og kronisk muskelskjelettsmerte (7). Begrepet «kronisk smerte» kan gi assosiasjon til en tilstand som er utelukket uhelbredelig og håpløs. Derfor har man i Norge for en stor del gått over til å bruke benevnelsen «langvarig smerte», som har samme meningsinnhold som «kronisk smerte», og som jeg i hovedsak vil benytte i oppgaven. Likevel vil betegnelsen «kronisk smerte» forekomme når det refereres til kilder som har valgt å bruke dette begrepet.

En dansk studie fra 2002 har konkludert med at det er lønnsomt å behandle pasienter med kroniske ikke-maligne smerter på tverrfaglige smertesentre (8). I følge Den norske legeforeningens retningslinjer for smertelindring fra 2009, tilbys det i Norge behandlingsmetoder med varierende vitenskapelig dokumentasjon. Utenom medikamentell behandling tilbys fysioterapi, psykoterapi, avspenning og invasive tiltak/blokader. Behandlingen kan skje i førstelinjen eller ved smerteavdelinger/-klinikker på norske sykehus (1).

Flere av de psykologiske behandlingsformene har som mål å øke livskvaliteten og redusere plagene smertetilstanden gir dem. En terapi som brukes er såkalt kognitiv atferdsterapi. ACT (acceptance and commitment therapy/aksept og forpliktelsesterapi) er en nyere form for kognitiv adferdsterapi som er utviklet av Steven Hayes, og beskrives som følgende: «ACT is a behavioral and cognitive intervention that uses acceptance and mindfulness processes, and commitment and behavior change processes, to produce psychological flexibility. Treatment

attempts to build the acceptance and mindfulness processes that undermine excessive literality and create a more conscious, present, flexible approach to psychological experiences; it also attempts to strengthen the commitment and behavior change processes that enhance values-based action.» (9). En amerikansk randomisert kontrollert studie viste at pasienter med non-maligne smerter hadde god nytte av ACT og annen kognitiv adferdsterapi. Pasientene som fikk en av disse behandlingsformene viste signifikant bedring i hvor mye smerten påvirker pasientens normalfunksjon, depresjon og smerterelatert angst (10). En annen terapiform som tilbys langvarige smertepasienter er oppmerksomhetstrening i form av kurs basert på MBSR (mindfulness-based stress reduction). MBSR er et systematisk oppbygd treningsprogram for å lære pasienter å mestre stress og følelsesmessige konflikter. Metoden ble utviklet av dr. Jon Kabat-Zinn (11).

I følge en kvantitativ studie fra New Zealand forventer de fleste pasienter en smertereduksjon etter behandling (12). Da bare halvparten av pasientene faktisk opplever dette, og da kun i beskjeden grad, kan det ofte føre til skuffelse. For at de ikke skal bli skuffet, miste tillitten til helsevesenet og i verste fall oppleve en forverring av smertetilstanden med redusert livskvalitet, er det viktig å tilpasse pasienters forventninger i forhold til det som er realistisk. Forfatterne foreslår derfor at pasienten i større grad bør ha fokus på økt smertekontroll fremfor helbredelse. Helsearbeidere bør endre pasientforventningene fra *kur* til *aksept* og *mestringsfokus*, som er mer realistiske mål. Dette kan a) øke sannsynligheten for et vellykket resultat og b) bidra til at pasientene raskere gjenopptar sine normale aktiviteter.

En kanadisk pasientseriestudie, med en studiepopulasjon på 2272 langvarige smertepasienter, har funnet en signifikant positiv assosiasjon mellom forventninger og de fleste kliniske resultater (13). Tilsvarende sammenheng ble også observert i ulike undergrupper definert av kjønn, alder, varighet og smerteintensitet. Man så de beste kliniske resultatene hos dem som hadde forventet mest positivt resultat av behandlingen. Sammenlignet med dem som hadde lav eller moderat forventning til smertereduksjon, hadde pasienter med høy forventning til smertereduksjon signifikant bedre resultat i 6 av faktorene som ble målt ($P \leq 0,005$), utenom faktoren «changes in depressive symptoms» ($P \geq 0,89$). En sekundær analyse av en RCT fra USA, med en studiepopulasjon på 444 pasienter, viste samme assosiasjon (14). Her hadde pasienter med akutt nedre rygg smerter og generelt høyere forventninger til forbedring i helsetilstand og signifikant bedre funksjonell forbedring enn dem med lavere forventninger.

En RCT fra Belgia og Nederland (15), med en studiepopulasjon på 309 pasienter, har vist sammenheng mellom forventninger og behandlingsresultater om enn noe svakere enn de overnevnte studiene (13,14). Studien fant ut at lavere forventninger var assosiert med høyere nivå av smerterelatert frykt og utstrålende smerte. Analyse av måleverktøyet «Global perceived effect» viste at forventninger predikerte effekt av fysioterapi, men ikke effekt av kognitiv terapi. Studien viste dessuten at det er signifikant positiv assosiasjon mellom forventning og økt behandlingseffekt når man benyttet «Roland Disability Questionnaire». For de øvrige kliniske resultatene målt i studien fant man ingen signifikant positiv assosiasjon med forventninger.

En amerikansk RCT, med en studiepopulasjon på 256 pasienter, stilte spørsmål til behandlingsresultatet hos pasienter med langvarig smerte (16). Det første spørsmålet var om noen pasienter opplevde mer eller mindre nytte av behandling enn gjennomsnittet. Neste spørsmål var om det finnes evidens for at denne behandlingen i større grad kan anbefales til pasienter med en bestemt demografisk eller klinisk egenskap. Tredje spørsmål var om man bør endre behandlingen for dem med egenskaper som ikke viser seg å ha samme grad av behandlingseffekt. Studien kom blant annet frem til at behandlingsresultatet ga 5 signifikante faktorer, deriblant forventning til behandlingsresultat. Selv om de fleste pasientene allerede før behandling hadde positive forventninger før behandling så var det de med moderate og høye forventninger som hadde størst nytte av behandlingen. Her ser vi at pasientforventning var en av faktorene med betydning for behandlingsresultatet. Sammenhengen mellom forventninger forut for behandling og resultatet av behandlingen kan i fremtiden få konsekvenser for fremtidig utvelgelse av pasienter. Man kan identifisere pasienter med lave og moderate pasientforventninger og kartlegge deres behandlingspreferanser og barrierer.

Et verktøy som kan brukes for å måle disse pasientforventningene er Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS), utarbeidet av Younger et al (17). Dette spørreskjemaet består av spørsmål som skal gi en separat skår for negativ forventning og en skår for positiv forventning, og besvares ut fra en 7-punktsskala. Tre studier ligger til grunn for utarbeidelsen av SETS. I en av studiene ble det testet på en studiepopulasjon på 431 pasienter (163 respondenter) hvorvidt disse to dimensjonene i SETS er egnet til å predikere behandlingsresultater. Denne studiepopulasjonen var et heterogent kirurgisk utvalg bestående

av bl.a. pasienter som ble operert med hofte- og kneprotese, fjerning av svulster, kirurgi mot ryggsmarter, brokkkirurgi og tonsillektomier, samt pasienter fra en smerteklinikk. Måling av behandlingsresultatet ble gjort ved hjelp av «Patient Global Impression of Change (PGIC scale)». Man fant ut at positiv forventning korrelerte med ønskelige behandlingsresultat og predikerte 12 % av resultatet, mens negative forventninger kunne predikerte 18 % av variasjonen i selvrapportert behandlingsresultat etter kirurgiske intervensjoner. Positiv og negativ forventningsskår var ikke korrelert, og de to variablene må derfor brukes uavhengig av hverandre. I den siste substudien i utarbeidelsen av SETS fant de ut at deres studiepopulasjon, rekruttert på samme måte som studien over, hadde en gjennomsnittlig positiv forventning på 5,29 (SD=1,61), mens gjennomsnitt av negativ forventning var 4,06 (SD=1,76). Dette var en studiepopulasjon på 156 pasienter, med 69 respondenter. SETS er ment til å predikere forventningers effekt på resultater av behandling på tvers av mange ulike behandlingsmetoder (17).

I masteroppgaven ønsket jeg, ved hjelp av SETS, å undersøke og beskrive pasienters forventninger når de kommer til tverrfaglig undersøkelse ved Smerteavdelingen på UNN. Målet har vært å prøve ut om spørsmål om forventninger og egeninnsats kan være nyttig å inkludere i den rutinemessige informasjonsinnhenting ved Smerteavdelingen. Hvis pasientene viser vesentlige ulikheter i forventning og/eller motivasjon, kunne det bli aktuelt å videreføre datainnsamlingen for statistisk analyse av et større fremtidig materiale. Jeg ønsket også å undersøke om det var en tendens i retning av sammenheng mellom forventninger og resultatet etter gruppebehandling med aksept og forpliktelsesterapi (ACT) eller oppmerksomhetstrening (OT). Det var et ønske både fra Smerteavdelingen og fra min side å få informasjon om hva som hadde motivert pasientene til å søke behandling ved Smerteavdelingen. Smerteavdelingens inntrykk fra gruppebasert OT og ACT-behandling er at egeninnsats er svært viktig. Jeg ønsket derfor også å undersøke pasientens egen oppfatning om verdien av egeninnsats.

N1: Primær problemstilling: Hvilke forventninger har pasienter til utredning og behandling ved Smerteavdelingen?

N2: Sekundære problemstillinger: 1) Hvilken tro har pasientene på betydningen av egeninnsats? 2) Er forventninger forut for undersøkelse og behandling assosiert med

effekt av behandling? 3) Er tro på egeninnsats forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling?

2 Materiale og metode

2.1 Prosedyrer

Datainnsamling til denne oppgaven ble utført på Smerteavdelingen på UNN i samarbeid med overlege Aslak Johansen, som er oppført som ansvarlig for datainnhenting og overlege professor Gunnvald Kvarstein. Alle pasientene som var til behandling i 2016, fikk et spørreskjema med spørsmål om forventning og tro på egeninnsats forut for første behandling. Dette skjemaet kaller vi for FS (Forventningsskjema) i oppgaven. Pasientene fikk purring hvis de var sene med å svare.

Undersøkelsen baseres også på data som rutinemessig registreres av alle pasienter som tas inn til vurdering ved Smerteavdelingen. Dette gjøres med Smerteavdelingens vurderingsskjema angitt som S. Data fra skjemaet som pasienten fylte ut forut for behandling har jeg i oppgaven kalt S1 (Smerteskjema 1). Pasienter som er inkludert i analysen for hovedproblemstillingen (N1) er de pasientene som både har svart på S1 og FS. Pasientene som er inkludert i analysen for den sekundære problemstillingen (N2) fikk spørreskjemaet også 6 måneder etter behandling, og denne besvarelsen har jeg kalt for S2 (Smerteskjema 2).

Svarene fra de innsamlede spørreskjemaene ble gjennom hele 2016 plottet inn manuelt i en Excel og SPSS-matrise som lå på forskningsområdet O på UNNs server.

2.2 Studiedesign og studiepopulasjon

Denne studien er en pasientserie med langvarige smertepasienter som var til behandling ved Smerteavdelingen ved UNN i 2016.

Inklusjonskriterier for studien er: Alle pasienter ≥ 18 år som møtte til tverrfaglig vurdering ved Smerteavdelingen fra 1. januar fram til 31. desember 2016. Eksklusjonskriterier: Pasienter som var planlagt inkludert i annet forskningsprosjekt.

Inklusjonskriterier for del 2 og 3 i sekundær problemstilling: Alle pasienter som ble tilbudt - og takket ja til gruppebasert behandling ved Smerteavdelingen i perioden 1. januar – 31. juni 2016, og som har besvart både FS og S1.

2.3 Behandlingsformer

Etter at pasientene blir henvist til Smerteavdelingen på UNN blir det gjort en inntaksvurdering. Her blir det avgjort om pasienten blir tatt inn til behandling på Smerteavdelingen eller ikke og det blir avgjort om pasienten får komme inn til tverrfaglig vurdering eller til lege. Etter en tverrfaglig vurdering blir det bestemt om pasienten skal få tilbud om gruppebehandling med ACT (Acceptance and commitment therapy/Aksept og forpliktelsesterapi) eller OT (Oppmerksomhetstrening), få annen behandling, som fysioterapi, psykologsamtaler eller oppfølging av lege. Noen blir også her sendt tilbake til behandling hos henvisende instans.

2.3.1 Tverrfaglige gruppebehandlinger ved Smerteavdelingen på UNN

ACT utføres over tre måneder med tre samlinger som hver varer i 3 dager. Mellom hver samling får pasientene hjemmeoppgaver, som blant annet innebærer å sette av tid til meningsfulle aktiviteter.

OT utføres også over tre måneder med tre samlinger, der den første varer i 3 dager og de andre i 2 dager. Mellom samlingene får pasientene hjemmeoppgaver i forhold til oppmerksomhetstrening. Behandlingen følger et Mindfulness-Basert Stress Reduksjon (MBSE) program, som i utgangspunktet er standardisert til 8-uker, men som Smerteavdelingen har tilpasset ut ifra hva som er mulig for pasienter som bor langt ifra UNN. Fokusområder ved OT er: Pust i sittende stilling, oppmerksomhet i bevegelse, oppmerksomhet gående og kroppsskanning (bevisstgjøring ved å utføre en «mental reise» gjennom egen kropp). Våren 2016 hadde Smerteavdelingen på UNN 3 ACT-grupper med totalt 20 pasienter og én OT-gruppe med 12 pasienter.

2.4 Variabler

Variablene knyttet til demografi og smerte er knyttet til Norsk Smerteforenings Minimumskjema (NOSF MISS), et skjema som har vært brukt i flere år ved Smerteavdelingen på UNN og andre smerteklinikker i Norge (18). På Smerteavdelingen på

UNN er det lagt til noen ekstra sider i tillegg som et supplement til normalversjonen (Vedlegg 1)

Variabler knyttet til forventninger er validerte og hentet fra Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) (17). SETS er allerede introdusert i oppgavens bakgrunn, men vil bli nærmere beskrevet lengre ned.

Pasienten ble i tillegg bedt om å svare på tre egenformulerte spørsmål. De to første spørsmålene er: «Jeg tror egeninnsats er viktig for behandlingsresultatet» og «Jeg tror min hverdag vil bli lettere etter at jeg har fått hjelp på Smerteavdelingen». I det siste spørsmålet spurte vi om hvem som tok initiativet til at pasienten ble henvist til Smerteavdelingen. Disse spørsmålene er ikke validert, men er utarbeidet av ren nysgjerrighet. De vil bli beskrevet i oppgaven til tross for at det ligger noe utenfor hovedtema, «forventninger til behandling».

2.4.1 Faktorer assosiert med forventninger og tro på betydningen av egeninnsats

Avhengige variabler:

Positive forventninger og negative forventninger ble angitt med det amerikanske spørreskjemaet Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) publisert i 2012, som er et verktøy for å måle forventninger i kliniske studier (17). Det er vist at positive forventninger er korrelert med positive behandlingsresultat og negative forventninger er korrelert med alvorlighetsgraden av uønskede bivirkninger. Skjemaet består av 6 spørsmål, der 3 av spørsmålene representerer positive forventninger og de resterende 3 representerer negative forventninger. På originalspråket har skjemaet følgende svaralternativ: 1 «strongly disagree», 2 «moderately disagree», 3 «slightly disagree», 4 «neither agree nor disagree», 5 «slightly agree», 6 «moderately agree», 7 «strongly agree». Spørsmålene ble besvart med en 7-punkt Likert-lignende skala i samsvar med prosedyrene til det amerikanske spørreskjemaet. En positiv og negativ forventningsverdi ble kalkulert for hvert individ som gjennomsnitt av tre spørsmål som representerte hhv. positive og negative forventninger. Vi aksepterte inntil ett ubesvart spørsmål for å kunne kalkulere hhv. positive og negative skår. Gjennomsnittskårene for hhv. Positive og negative forventninger ble behandlet som kontinuerlige variabler.

Positive og negative forventingskår har vist seg å ikke være korrelert. Variablene må derfor benyttes uavhengig av hverandre og kan ikke summeres til en totalskår (17). Det ble innhentet

tillatelse fra skjemaets opphavsmann og skjemaet ble oversatt til norsk av hovedveileder. For validitetskontroll ble skjemaet oversatt tilbake til engelsk av en person med engelsk som morsmål (Vedlegg 2-3).

Etter forventningsspørsmålene fra SETS presenterte vi de to egenformulerte spørsmålene «Jeg tror egeninnsats er viktig for behandlingsresultatet» og «Jeg tror min hverdag vil bli lettere etter at jeg har fått hjelp på Smerteavdelingen». Vi benyttet her samme 7-punkts graderingsskala som for forventningsspørsmålene.

Et tredje egenformulerte tilleggsspørsmål er: «Hvem tok initiativet til at du ble henvist til Smerteavdelingen?» Denne variabelen har 5 ulike svarkategorier og det var mulig å krysse av for flere kategorier. Variabelen ble behandlet som nominalnivå.

Uavhengige variabler:

Demografiske karakteristika inkluderte: *kjønn (nominalnivå)*, *alderskategorier (nominale kategorier)*, *utdannelse (ordinalnivå)*, *trygdestatus (nominalnivå)* og «*pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet*» (nominalnivå).

Smertevarighet ble angitt ut fra spørsmålet «Når startet smertetilstanden?». Man hadde 8 ulike svaralternativer, der «0-3 måneder siden» var er kortest og «Mer enn 10 år siden» lengst varighet. Variabelen brukes på ordinalt målenivå.

Smerteintensitet ble angitt med tre numeriske smerteskalaer, en for «svakeste smerter i løpet av den siste uka», en for «sterkeste smerter i løpet av den siste uka» og en for «gjennomsnittlige smerter». Variabelen er ordinale, men analyseres som en kontinuerlig variabel. På hver skala representerer 0 «ingen smerte» og 10 «verst tenkelig smerte».

Angivelse av smertelokalisasjon ble gitt med avkryssing på kroppskartet fra Brief Pain Inventory (19). Vi benyttet kroppskartet til å kategorisere pasientenes smerteutbredelse hhv. lokalisert og generalisert, i henhold til ACR-kriteriene fra 1990. Kriteriene for generalisert smerte er at personen må ha smerter i alle de påfølgende områdene: smerter på venstre side av kroppen, smerter på høyre side av kroppen og smerter over midjen. I tillegg må individet ha aksiale skjelettsmerter (cervikale -eller torakale ryggrad eller fremre bryst eller nedre rygg

(20). Med denne variabelen kunne vi undersøke om det er forskjell i forventning hos personer med generalisert og lokalisert smerte. Variabelen behandles kategorisk på nominalt målenivå.

Søvnproblem den siste uken ble kartlagt med hjelp av en 4-punkts Likert-skala med svaralternativene: «ikke i det hele tatt», «litt», «en del» og «svært mye». Måleverktøyet er hentet fra skjemaet EORTC QLQ-C30 og måler helserelatert livskvalitet (21). Variabelen behandles kategorisk på ordinalt målenivå.

Fysisk funksjon: Ti spørsmål om fysisk funksjon, opprinnelig hentet fra det validerte spørreskjema *SF-36* som omhandler helserelatert livskvalitet (22). *SF-36* er validert på norsk (23, 24). Variabelen er en 3-punkts verbal skala (Likert-skala) med svaralternativene: «ja, begrenser meg mye», «ja, begrenser meg litt» og «nei, begrenser meg ikke i det hele tatt». Resultatene omkodes slik at sluttskåren for hver dimensjon resulterer i en skår fra 0-100, der 0 er dårligst mulig helse og 100 er best mulig helse (22). Manglende data på ett eller flere av de 10 spørsmålene ble erstattet med gjennomsnittlig skår av de andre spørsmålene fra samme respondent. Variabelen behandles som kontinuerlig variabel.

HSCL-25 (Hopkins symptom checklist – 25 item version), er et måleverktøy med 25 spørsmål som kartlegger angst, depresjon og somatisering. Pasienten svarer på hvert spørsmål med en 4-punkts Likert-skala med svaralternativene: «ikke i det hele tatt», «litt», «en god del» og «svært mye» (25). Gjennomsnittet av de 25 svarene utgjør en sumskår for hvert individ. Hvis mer enn 5 av spørsmålene står ubesvart, ble det ikke regnet ut en sumskår for vedkommende. Det er vist at en sumskår på > 1.75 er klassifiserte som symptomatiske (26). Sumskåren ble diktomisert på 1,75 og variabelen ble behandlet som kategorisk variabel.

2.4.2 Resultater assosiert med forventninger og egeninnsats

Avhengige variabler:

Før studiestart valgte vi domenet fysisk funksjon fra *SF-36* som den primære avhengige variabelen. Andre avhengige variabler i del 2 og 3 av den sekundære problemstillingen var *Smerteintensitet*, *søvnproblemer den siste uken* og sumskår *HSCL-25*. Behandlingseffekt ble definert som endring i skår på disse variablene fra S1 og S2.

Uavhengige variabler:

Som uavhengige variabler valgte vi gjennomsnitt av de positive forventninger (1,00-7,00) og de negative forventninger (1,00-7,00). Også spørsmål om tro på betydningen av egeninnsats og om pasienten tror at hverdagen vil bli lettere etter behandling (1,00-7,00), som er utarbeidet spesifikt for denne studien er tatt inn som uavhengig variabel.

2.5 Analyse

2.5.1 Statistikkprogram

Alle statistiske analyser ble utført ved hjelp av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0 (IBM Corp. Released 2016. Armonk, NY: IBM Corp.).

2.5.2 Statistikk

Normalfordelte data presenteres med gjennomsnitt og standardavvik, og ikke-parametriske data med median og interkvartil-range.

Frekvensanalyser ble utført med Chi²-tester, gruppesammenligninger (hypotesetesting) med Mann-Whitney rangsumtest, Student's t-test (normalfordelte kontinuerlige data) og Kruskal Wallis test (ANOVA) (ikke normalfordelt data) og Spearmans korrelasjonsanalyse (ikke normalfordelte data).

Selv om analyse er utført på rådata med Spearmans korrelasjon, blir data for smerteintensitet (NRS 0 – 10) i tabellene fremstilt i fire kategorier (ingen smerte, mild smerte, moderat smerte og alvorlig smerte). Det samme gjelder for variabelen SF-36, som også blir visuelt presentert i fire kategorier, mens analysene ble utført på den kontinuerlige skalaen som går fra 0 - 100.

Statistisk signifikans ble definert som $P < 0.05$. Det er ikke utført Bonferronis korreksjon for multiple analyser.

2.6 Etikk

Prosjektet ble definert som en kvalitetsstudie og godkjent av Personvernombudet på UNN (Vedlegg 4). Personvernet ble ivaretatt ved at alle data ble lagret og avidentifisert på et passordbeskyttet og sikret forskningsområde på UNNs server. Skriftlig samtykke ble innhentet før utfylling av forventingsskjemaet (Vedlegg 5).

3 Resultater

3.1 Pasientflyt

Flytdiagram for rekruttering, inklusjon og oppfølging av deltagere er presentert i Figur 1. Allerede ved tverrfaglig vurdering hadde 192 pasienter fått utdelt S1. Av disse fikk 186 pasienter FS. Det var kun 6 pasienter som ikke fikk FS, enten fordi de ikke var i stand til å svare eller fordi de var inkludert i et annet forskningsprosjekt. Totalt var det 119 stykker som besvarte FS, hvilket tilsvarer en svarprosent på 64,0 %. For N1 besvarte 109 deltagere både FS og S1, som gir en svarprosent på 56,8 %.

Av de inkluderte pasientene var det kun 17 som var til gruppebehandling våren 2016. Av disse besvarte 16 stykker S2, men det var kun 8 pasienter som kunne inkluderes i den sekundære problemstillingen (N2) da de resterende pasientene ikke hadde avgitt komplette svar på FS, S1 og S2.

3.2 Beskrivelse av populasjonen

Av de 109 som besvarte både FS og S1 (N1) var 109 pasienter (N1). 79 (72,5 %) er kvinner og 30 (27,5 %) er menn. Aldersspredningen var 19-73 år og median alder for kvinnene 42,0 (IQR 33,0 - 51,0) år og for menn 45,0 (IQR 37,5 - 53,3) år (Tabell 1).

Det ble utført statistiske analyser for å avklare om studiepopulasjonen avviker fra den populasjonen som ikke ble ekskludert eller ikke hadde besvart FS. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller for verken *kjønn, alder, utdanningsnivå, trygdestatus, pågående erstatningssak, søvnproblem, smertevarighet, intensitet for sterkeste smerte siste uka, intensitet for gjennomsnittlige smerte, fysisk funksjon, smerteutbredelse eller psykologisk belastning* mellom dem som ble inkludert i studien og dem som ble ekskludert eller falt ut på grunn av manglende utfylt forventningsskjema med unntak av intensitet for svakeste smerter siste uka ($P=0,04$) (Tabell 1).

Andelen med høyskole eller universitetsutdannelse var 26 %. 80 % av studiepopulasjonen mottok en eller annen form for trygdestønad og 9 % rapporterte en pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet.

95 % anga at de hadde hatt en grad av søvnproblemer den siste uka, mens 62 % av studiepopulasjonen skåret over 1,75 på HSCL-25, som kartlegger angst, depresjon og somatisering.

For spørsmålene om fysisk funksjon var gjennomsnittsskår 55,9 (SD=22,4).

Av studiepopulasjonen fylte 62 % kriteriene for generalisert smerte.

På de tre ulike smerteskalaene (0-10) var medianverdiene som følger: Svakeste smerter i løpet av den siste uka = 3,4; sterkeste smerter i løpet av den siste uka: 8,0; og gjennomsnittlige smerte: 6,00.

I det egenformulerte tilleggsspørsmålet «Hvem tok initiativet til at du ble henvist til Smerteavdelingen?» svarte 19 (10 %) «Jeg selv», 43 (22 %) «Min fastlege», 20 (10 %) «Annen legespesialist», 8 (4 %) «Annen helsearbeider», 2 (1 %) «Familiemedlem, venn, kollega eller annen bekjent» og 20 (10 %) krysset av for flere enn ett av de nevnte kategoriene.

3.3 Forventning

Studiepopulasjonen som helhet anga en median positiv forventning på 4,67 (IQR 4,00 - 5,67) og median negativ forventning på 1,33 (IQR 1,00 - 2,67) (Tabell 2).

Demografiske variabler: Det var ikke assosiasjon mellom forventning og de demografiske variablene kjønn, alder (Tabell 2), trygdestatus eller pågående erstatningssak. Jeg fant at gruppen med høyt utdanningsnivå hadde grensesignifikant høyere positiv forventning til behandling ($P=0,045$), men det var ingen sikker korrelasjon mellom «positive forventninger» og utdanningsnivå.

Kliniske variabler: Det var ikke assosiasjon mellom forventning de kliniske variablene søvnproblemer, smertevarighet, smerteutbredelse eller fysisk funksjonsnivå (Tabell 2).

I motsetning til «sterkeste smerter» og «gjennomsnittlige smerter» korrelerte «svakeste smerter» med positive forventninger ($P=0,01$). De pasientene som før behandling hadde

angitt at de hadde lave nivåer på «svakeste smerter siste uken» anga også høyere positive forventninger til behandling ved Smerteavdelingen enn de som anga høye nivåer på «svakeste smerter siste uken» (Tabell 2).

Det var statistisk signifikant positiv assosiasjon mellom «negative forventninger» og «gjennomsnittlige smerte den siste uka» ($P=0,002$), men ikke i forhold til variablene «svakeste smerte» og «sterkeste smerte». Det viste seg at pasientene som hadde lavest negative forventninger til behandling, hadde lavere gjennomsnittlige smerter enn de som hadde høye negative forventninger (Tabell 2).

Psykologisk belastning var assosiert med negative forventninger ($P=0,01$). Pasientene med høyest negative forventninger skåret høyt på HSCL-25 (Tabell 2).

3.4 Tro på betydning av egeninnsats

Pasientene i studiepopulasjon hadde en median tro på betydningen av egeninnsats på 7,00 (IQR 6,00 - 7,00), mens «Tro på at hverdagen vil bli lettere» hadde en median på 6,00 (IQR 4,00 - 7,00) (Tabell 3).

Svarene viste ikke positiv signifikant assosiasjon med følgende uavhengige variabler: kjønn, utdanningsnivå, trykdestatus, pågående erstatningssak, søvnproblemer den siste uka, smertevarighet, smerteutbredelse eller psykologisk belastning (Tabell 3).

Det var positiv signifikant assosiasjon mellom tro på betydningen av egeninnsats og fysisk funksjon ($P=0,008$). Det var negativ signifikant assosiasjon mellom tro på betydningen av egeninnsats og «svakeste smerter den siste uka» ($P=0,004$). Her hadde de som hadde angitt laveste nivåer på svakeste smerter størst tro på at egeninnsats er viktig for behandlingsresultatet (Tabell 3).

Det var også negativ signifikant assosiasjon mellom «Tro på at hverdagen vil bli lettere» og «svakeste smerte den siste uka» ($P=0,01$). De som hadde angitt lave nivåer av svakeste smerter hadde større tro på at hverdagen ville bli lettere etter at de hadde fått hjelp på Smerteavdelingen enn de som hadde angitt høye nivåer på svakeste smerteintensitet. Det var grensesignifikant positiv assosiasjon mellom «Tro på at hverdagen vil bli lettere» og sterkeste

smerte den siste uka ($P=0,048$). De som hadde angitt høyest smerteintensitet, hadde mindre tro på at hverdagen ville bli lettere etter at de hadde fått hjelp på Smerteavdelingen (Tabell 3).

På grunn av flere faktorer viste det seg å bli vanskelig å få komplette svar på både FS, S1 og S2. Med antall respondenter på bare 8 pasienter (N2) gjorde det vanskelig å utføre del 2 «Er forventninger forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling?» og del 3 «Er grad av tro på betydningen egeninnsats forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling?» av den sekundære problemstillingen.

4 Diskusjon

Bakgrunnen for denne kvalitetsstudien er basert på funn fra flere høy-kvalitetsstudier. Det finnes god dokumentasjon på at pasienters forventninger er assosiert med resultat av behandling. Denne studien har vist at forventninger lar seg måle hos Smerteavdelingens pasienter, og at det på enkelte områder ser ut til å være en viss forskjell på forventningene hos ulike grupper i studiepopulasjonen. Det er dermed mulig å inkludere spørsmål om forventninger i Smerteavdelingens rutinemessige kartlegging i fremtiden.

4.1 Forventninger til behandling

Det var en svak tendens til at økt smerteintensitet var assosiert til lavere positive forventninger og høyere negative forventninger. Assosiasjonene var statistisk signifikant for kun to av analysene; hhv. intensitet av «minste smerte» og positive forventninger ($P = 0,01$) og intensitet av «gjennomsnittlig smerte» og negative forventninger ($P = 0,002$), men tendensen var den samme for samtlige seks analyser (Tabell 2). Dette kan indikere at smerteintensitet påvirker forventningene, men kan også være resultat av en bias i rapportering.

Median positiv forventning i denne studien var 4,67 (IQR 4,00-5,67). I Younger et. al (17) ble det under utarbeidelsen av SETS gjort en studie på et lite pasientmateriale (69 respondenter) for å predikere gyldigheten til spørreskjemaet. De fant ut at deres studiepopulasjon hadde en gjennomsnittlig positiv forventning på 5,29 (SD 1,61). I begge undersøkelsene fant man en moderat grad av positiv forventning, mens de negative forventningene var noe mindre uttalt blant pasienter ved Smerteavdelingen på UNN med

median på 1,33 (IQR 1,00-2,67) sammenlignet med Younger's materiale med gjennomsnitt 4,06 (SD 1,76) (17).

I motsetning til Younger et al.'s materiale, var SETS-skårene ikke normalfordelt i vår pasientpopulasjon. Vi har derfor benyttet ikke-parametriske metoder i beskrivelser og analyser. Våre resultater er derfor ikke direkte sammenlignbare, men man kan spørre seg om årsaken til de mindre negative forventningene i vår studiepopulasjon. Pasientene ved UNN besvarte forventningsskjemaet etter at de hadde vært til tverrfaglig samtale og var derfor sannsynligvis «betrygget» på at behandlingen ikke er noe å uroe seg over. I studien til Younger der de fleste pasientene ventet på en kirurgisk behandling, som for mange kan virke skremmende.

På lignende måte som for forventninger, fant vi svake, negative assosiasjoner mellom selvrappertert smerteintensitet og hhv. tro på betydning av egeninnsats og tro på bedring. Tendensen var den samme i samtlige seks analyser, og statistisk signifikant for tre av analysene (Tabell 3). Igjen kan man få inntrykk av at økt opplevd smerteintensitet har en viss sammenheng med mer negative tanker om fremtiden og om potensialet for bedring.

4.2 Tro på betydning av egeninnsats og tro på bedring

Studiepopulasjonen syntes å ha stor tro på at egeninnsats er viktig for behandlingsresultatet. Spørsmålet er ikke validert. En mulig årsak til troen på egenmotivasjonens rolle for et godt behandlingsresultat kan være at tidligere behandlere, samt de som var tilstede under tverrfaglig vurdering kan ha fokusert på viktigheten av dette. En annen årsak kan være at det kun er pasienter med høy tro på egeninnsats som har ønsket å bli henvist til Smerteavdelingen eller blitt vurdert som aktuelle kandidater for avdelingen. Spørsmålet er egenformulert og er ikke validert, og vi kan derfor verken referere til hva som er normalskår i en vanlig populasjon eller i en populasjon med langvarig smerte.

4.3 Prediksjon av behandlingseffekt

Det ble ikke gjort analyser i forhold til assosiasjon mellom forventning forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling. Årsaken er at datamaterialet var for lite til at planlagte analyser ville få statistisk verdi. I likhet som for forventninger, ble det ikke gjort

analyser i forhold til assosiasjon mellom grad av tro på betydning av egeninnsats forut for undersøkelsen og effekt av behandling på grunn av et lite datamateriale.

4.4 Styrke og svakheter med oppgaven

4.4.1 Styrke:

Selv om vi med 109 besvarte forventningsskjema (svarprosent på 64,0 %), mangler data fra en vesentlig andel pasienter henvist til Smerteavdelingen, gir datamaterialet fortsatt viktig informasjon fra et stort antall pasienter som gir grunnlag for å kunne besvare den primære problemstillingen; «Hvilke forventninger har pasienter til utredning og behandling ved Smerteavdelingen?»

Gjennom hele prosessen med datainnsamling er det gjort nøye rede for pasientflyten i studien og årsaken for frafall er grundig dokumentert (Figur 1). Populasjonen som bare besvarte smerteskjemaet før behandling, og ikke forventningsskjemaet var begrenset til et lavt tall (n:58) og de statistiske analysene viste ingen vesentlige forskjeller fra gruppen som hadde besvart begge spørreskjemaene (FS og S1) (n:109). Alle smertepasienter på Smerteavdelingen, uavhengig av diagnose hvilken behandling de tidligere har mottatt og medikamentbruk, er inkludert i denne studien. Dette gjør populasjonen mer representativ.

4.4.2 Svakheter:

Opgavens svakheter er nært knyttet til administrative utfordringer som dukket opp underveis, og som besvarelsen måtte tilpasse seg. Likevel ble utfordringen tidlig identifisert slik at den primære problemstillingen ikke ble påvirket.

Det oppsto visse avvik i prosessen når pasientene fylte ut forventningsskjemaet. Alle fylte ut skjemaet en gang mellom tverrfaglig vurdering og oppmøte for behandlingsstart, men tidsrommet her kunne være på opptil flere måneder. Det er også et viktig faktum at ulike pasienter fikk tilbud om ulik behandling på Smerteavdelingen. Dette kan ha farget forventningene deres ut ifra hvilke erfaringer og preferanser de hadde til den spesifikke behandlingstypen og bidratt til at studiepopulasjonens forutsetninger for forventninger til behandling var heterogen. Det vil være vanskelig å reprodusere en studie med en så heterogen studiepopulasjon.

Vi forstod tidlig at det ikke nødvendigvis var de samme individene som falt fra på begge spørreskjemaene FS og S1. Med frafall fra begge skjemaene ble det ekstra mange som ikke kunne inkluderes i studiepopulasjonen for den primære problemstillingen. Dette kan løses i en senere studie med er å inkludere forventningsskjemaet som en del av selve Smerteskjemaet. Da vil pasienten mest sannsynlig besvare begge deler.

Av flere årsaker er det viktig å ikke bare vurdere datamaterialet ut ifra de oppgitte p-verdiene i oppgaven. For det første er datamaterialet lite og det kreves da store forskjeller mellom gruppene for å oppnå statistisk signifikans. Det andre momentet er at det er gjort mange analyser ("multiple comparisons") og at enkeltstående signifikante funn derfor må tolkes med forsiktighet. Det ble ikke utført Bonferronikorreksjoner.

På grunn av at studien endte opp med kun 8 pasienter (N2) som svarte på både på S1, FS og S2, ble det vurdert at datamaterialet var for lite til at planlagte analyser ville få statistisk verdi. Dette resulterer i at deler av den sekundære problemstillingen «Er forventninger forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling?» og «Er grad av egeninnsats forut for undersøkelse og behandling assosiert med effekt av behandling?», til dels blir stående ubesvart.

4.5 Interessekonflikter

Ingen interessekonflikter å oppgi.

5 Konklusjon

5.1 Viktigste funn knyttet til forskningsspørsmål:

Denne studien har vist at forventninger lar seg måle hos Smerteavdelingens pasienter og at det på enkelte områder ser ut til å være en viss forskjell på forventningene hos ulike grupper i studiepopulasjonen. Det er dermed mulig å inkludere spørsmål om forventninger i Smerteavdelingens rutinemessige kartlegging i fremtiden.

Det viste seg derimot vanskelig å måle sammenheng mellom forventninger og effekt av behandling på grunn av vanskeligheten med å opprettholde en høy svarprosent gjennom en langsgående innsamling av data. En del av utfordringene var situasjonsbestemt og derfor

vanskelig å forutse. Likevel ville det kanskje vært mulig å få en høyere svarprosent med ytterligere planlegging og ressurser.

5.2 Mulige implikasjoner av funnene

På grunn av manglende data på effekt av behandling vet vi ikke hvorvidt positive og negative forventninger kunne ha predikert resultatet av behandlingen. Likevel ble det i oppgavens bakgrunn presentert studier som har kommet frem til at det er en positiv signifikant assosiasjon mellom høye forventninger og resultat av behandling (10,11,13). Hvis dette er tilfelle, kunne det vært aktuelt å påvirke pasientens forventninger forut for terapi, for eksempel ved å bearbeide urealistiske negative forventninger i forkant av behandlingen. Det kunne vært aktuelt å gjøre dette med de som har skåret høyt på negative forventninger: Den pasientgruppen med høyest skår på negative forventning er de som har høyest skår på NRS 0-10 «lavest smerte den siste uken» og «gjennomsnittlig smerte», samt de som har en pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet. Det kunne også vært aktuelt å foreta en slik intervensjon med dem som har skåret lavt på positive forventninger. Et annet forslag er å bruke måling av forventning som et verktøy for å identifisere de pasientene som mest sannsynlig vil ha størst nytteverdi av behandling. I denne studien er pasientgruppen med høyest skår på positive forventning de som har lavest skår på NRS 0-10 «lavest mulig smerte den siste uken». Ut ifra tidligere nevnte studier (10,11,13) er det ikke usannsynlig at denne gruppen ville hatt spesielt god nytte av behandlingen på Smerteavdelingen. Dette kan svares på ved å utføre en lignende studie som dette, men som inkluderer måling av behandlingseffekt.

6 Referanser

1. Retningslinjer for smertelindring. Den norske legeforening. [Internett]. Den norske legeforening;2009 [hentet 2017-04-25]. Tilgjengelig fra:
<http://legeforeningen.no/PageFiles/44914/Retningslinjer%20smertebehandling%20dnlf.pdf>
2. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, et al. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain* 2004; 8: 555-65.
3. Landmark T, Romundstad P, Dale O, et al. Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain* 4: 182-7.
4. McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 2004; 111: 77-83.
5. Tang NK, Wright KJ, Salkovskis PM. Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *Journal of sleep research* 2007; 16: 85-95.
6. Folkehelseinstituttet [Internett]. Folkehelseinstituttet;2015 [hentet 2017-05-21]. Tilgjengelig fra:
<https://fhi.no/fp/smerte/kroniske-smerter---faktaark-med-hel/#kroniske-smerter-og-psykisk-helse>
7. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain* 2015; 156: 1003-7.
8. Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, et al. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European journal of pain (London, England)* 2002; 6: 341-52.
9. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, et al. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy* 2013; 44: 180-98.
10. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011; 152: 2098-107.
11. de Vibe M. Oppmerksomhetstrening – en metode for selvregulering av helse. *Tidsskr Nor lægeforening* 2003; 123: 3062-3.
12. Bhana N, Thompson L, Alchin J, et al. Patient expectations for chronic pain management. *Journal of Primary Health Care* 2015; 7: 130-6.
13. Cormier S, Lavigne GL, Choinière M, et al. Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *PAIN* 2016; 157: 329-38.
14. Myers SS, Phillips RS, Davis RB, et al. Patient Expectations as Predictors of Outcome In Patients with Acute Low Back Pain. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23: 148-53. Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *PAIN* 2016; 157: 2115-23.
15. Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, et al. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The Clinical journal of pain* 2008; 24: 305-15.
16. Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? *PAIN* 2016; 157: 2115-23.

17. Younger J, Gandhi V, Hubbard E, et al. Development of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS): A tool for measuring patient outcome expectancy in clinical trials. *Clinical Trials* 2012; 9: 767-76.
18. Fredheim OMS, Borchgrevink PC, Landmark T, et al. Et nytt skjema for kartlegging av smerter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2082 – 4.
19. Tan G, Jensen MP, Thornby JI, et al. Validation of the brief pain inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain* 2004; 5: 133-7.
20. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and rheumatism* 1990; 33: 160-72.
21. Helena Michelson CBBNYB. Health-related Quality of Life Measured by the EORTC QLQ-C30: Reference Values From a Large Sample of the Swedish Population. *Acta Oncologica* 2000; 39: 477-84.
22. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care* 1992; 30: 473-83.
23. Loge JH, Kaasa S, Hjermstad MJ, et al. Translation and performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in clinical epidemiology 1998; 51: 1069-76.
24. Kopjar B. The SF-36 health survey: a valid measure of changes in health status after injury. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention* 1996; 2: 135-9.
25. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral science* 1974; 19: 1-15.
26. Winokur A, Winokur DF, Rickels K, et al. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *The British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 395-9.

7 Tabeller

Tabell 1: Beskrivelse av populasjonen

Tabell 2: Forventning til behandling

Tabell 3: Egeninnsats og tro på bedring

Tabell 1 Beskrivelse av populasjonen

	Komplette data ¹		Inkomplette data ² :		P
	N = 109		N = 58		
		†		†	
Kjønn, N (%)					P=0,99 ³
Kvinner (n = 121)	79 (72,5)		42 (72,2)		
Menn (n = 46)	30 (27,5)		16 (27,6)		
Alder - år, median (IQR)	43,0 (33,0-51,0)		44,5 (27,5-49,3)		P=0,24 ⁴
Utdanningsnivå⁵, N (%)		1		1	P=0,22 ³
<Høgskole/universitet (n = 117)	80 (73,4)		37 (63,8)		
≥ Høgskole universitet (n = 48)	28 (25,7)		20 (34,5)		
Trygdestatus, N (%)					P=0,17 ³
Sykemeldt eller aktiv sykemelding (n = 24)	12 (11,0)		12 (20,7)		
Medisinsk rehabilitering eller Yrkesrettet attføring eller AAP (n = 62)	42 (38,5)		20 (34,5)		
Sosialstønad eller uførepensjon eller annet (n = 46)	33 (30,3)		13 (22,4)		
Ingen stønad (n = 35)	22 (20,2)		13 (22,4)		
Uavklart erstatningssak, N (%)		3		2	P=0,92 ³
Nei (n = 147)	96 (88,1)		51 (87,9)		
Ja (n = 15)	10 (9,2)		5 (8,6)		
Søvnproblem siste uke, N (%)				1	P=0,85 ³
Nei (n = 8)	5 (4,6)		3 (5,2)		
Ja (n = 158)	104 (95,4)		54 (93,1)		
Smertevarighet, N (%)		2		3	P=0,50 ³
≤1 år (n = 39)	23 (21,1)		16 (27,6)		
1-5 år (n = 91)	61 (56,0)		30 (51,7)		
≥6 år (n = 32)	23 (21,1)		9 (15,5)		
Smerteintensitet - NRS[‡], median (IQR)					
Smerte, minimum	3,4 (2,0-4,0)		3,0 (2,0-4,0)	2	P=0,59 ⁴
Smerte, maksimum	8,0 (7,0-8,0)		7,0 (6,0-8,0)	2	P=0,24 ⁴
Smerte, gjennomsnitt	6,0 (5,0-7,0)		5,0 (5,0-6,0)	2	P=0,04 ^{4*}
SF-36E, gjennomsnitt (SD)	55,9 (22,4)		58,9 (22,4)	1	P=0,42 ⁵
Smerteutbredelse[§], N (%)				1	P=0,15 ³
Lokalisert smerte (n=66)	39 (35,8)		27 (46,6)		
Generalisert smerte (n=100)	70 (64,2)		30 (51,7)		
Psykologisk belastning[¶], N (%)		1		1	P=0,72 ³
HSCL-25 >1,75 (n=104)	67 (61,5)		37 (63,8)		
HSCL-25 ≤1,75 (n=61)	41 (37,6)		20 (34,5)		

† Manglende data

‡ NRS = Numeric rating scale 0 – 10 der 0 er «ingen smerte» og 10 er «verst tenkelige smerte»

§ SF-36 - 10 spørsmål som omhandler fysisk funksjon fra SF-36 som måler helserelatert livskvalitet

¶ Smerteutbredelse: Bruker definisjonen til generalisert smerte i henhold til ACR-kriteriene fra 1990 (18).

¶ Psykologisk belastning = Hopkins symptom check-list, 25 item (HSCL-25)

¹ Utfylt Forventningsskjema og Smerteskjema (Inkludert i studien)

² Utfylt Smerteskjema, men ikke Forventningsskjema (Ikke inkludert i studien)

³ Chi²-test

⁴ Mann-Whitney rank sum test

⁵ Student's t-test

* P<0,05

Tabell 2 Forventning til behandling

	Positiv forventning (1,00 – 7,00)			Negativ forventning (1,00 – 7,00)		
Median, (IQR)	Kjønn			Kjønn		
	Kvinner (n = 85) (4,00-5,66)	4,43 (4,00-5,33)	0,21 ^a	Kvinner (n = 85) (1,00-2,67)	1,50 (1,00-3,00)	0,77 ^a
Median, (IQR)	Alder, år			Alder, år		
	<44 år (n = 63) (4,00-5,33)	5,00 (4,00-5,67)	0,60 ^a	<44 år (n = 63) (1,00-3,00)	1,33 (1,00-2,33)	0,24 ^a
Median, (IQR)	Søvn			Søvn		
	Ikke søvnpromblem siste uke (n = 104) (4,00-5,67)	4,67 (4,00-5,67)	0,50 ^a	Ikke søvnpromblem siste uke (n = 5) (1,00-2,83)	1,33 (1,00-2,67)	1,00 ^a
Korrelasjon: Spearmans rho	Varighet av smerte, år			Varighet av smerte, år		
	-0,40		0,15 ^b	-0,10		0,37 ^b
Korrelasjon: Spearmans rho	Smerteintensitet, NRS 0 - 10					
Minste smerte	-0,24		0,01 ^{ca}	0,11		0,26 ^c
Sterkeste smerte	-0,16		0,09 ^c	0,13		0,13 ^c
Gj.sn. smerte	-0,14		0,14 ^c	0,29		0,002 ^{ca**}
Korrelasjon: Spearmans rho	Fysisk funksjonsnivå ^d (0 - 100)					
	0,06		0,55 ^b	-0,05		0,58 ^b
Median, (IQR)	Smerteutbredelse ^e			Smerteutbredelse ^e		
	Lokalisert (n = 39) (4,00-6,00)	5,00 (4,00-5,33)	0,77 ^a	Lokalisert (n = 39) (1,00-3,00)	1,00 (1,00-2,33)	0,12 ^a
Median, (IQR)	Psykologisk belastning ^f			Psykologisk belastning ^f		
	HSCCL-25 < 1,75 (4,00-5,33)	5,00 (4,00-5,67)	0,27 ^a	HSCCL-25 < 1,75 (1,00-2,00)	1,67 (1,00-3,00)	0,01 ^{ca}

† NRS = Numeric rating scale 0 – 10 der 0 er «ingen smerte» og 10 er «verst tenkelige smerte»
 ‡ SF-36 - 10 spørsmål som omhandler fysisk funksjon fra SF-36 som måler helserelatert livskvalitet
 § Smerteutbredelse: Bruker definisjonen til generalisert smerte i henhold til ACR-kriteriene fra 1990 (18).
 ¶ Psykologisk belastning = Hopkins symptom check-list, 25 item (HSCL-25)
 a Chi²-test
 b Mann-Whitney rank sum test
 c Student's t-test
 d Spearmans rho
 * P<0,05

Tabell 3 Egeninnsats og tro på bedring

	«Jeg tror egeninnsats er viktig for behandlingsresultatet» (1,00 – 7,00)		«Jeg tror min hverdag vil bli lettere etter at jeg har fått hjelp på Smerteavdelingen» (1,00 – 7,00)		
	Kjønn				
	Kvinner (n = 85)	Mennt (n = 34)	Kvinner (n = 85)	Mennt (n = 34)	P
Median, (IQR)	7,00 (6,00-7,00)	7,00 (6,00-7,00)	5,00 (4,00-7,00)	5,50 (4,00-6,00)	0,80 ^d
	Alder, år				
	<44 år (n = 63)	> 44 år (n = 56)	<44 år (n = 63)	> 44 år (n = 56)	P
Median, (IQR)	7,00 (7,00-7,00)	7,00 (6,00-7,00)	5,00 (4,00-7,00)	6,00 (4,25-6,75)	0,78 ^d
	Søvn				
	Ikke søvnproblem siste uke (n = 104)		Søvnproblem siste uke (n = 5)		
Median, (IQR)	7,00 (6,50-7,00)	7,00 (6,00-7,00)	6,00 (5,00-7,00)	6,00 (4,00-6,75)	0,31 ^d
	Varighet av smerte, år				
	P		P		
Korrelasjon: Spearman's rho	0,029		-0,123		0,21 ^e
	Smerteintensitet, NRS 0 - 10				
	P				
Korrelasjon: Spearman's rho	-0,275		-0,238		0,013 ^e
Minste smerte	-0,080		-0,190		0,048 ^e
Sterkeste smerte	-0,118		-0,176		0,07 ^e
Gj.sn. smerte					
	Fysisk funksjonsnivå (0 - 100)				
	P				
Korrelasjon: Spearman's rho	0,254		0,108		0,26 ^e
	Smerteutbredelse [‡]				
	P		P		
Median, (IQR)	Lokalisert (n = 39)	Generalisert (n = 70)	Lokalisert (n = 39)	Generalisert (n = 70)	P
	7,00 (6,00-7,00)	7,00 (6,75-7,00)	6,00 (4,00-7,00)	5,00 (4,00-6,00)	0,24 ^d
	Psykologisk belastning [‡]				
	P		P		
Median, (IQR)	HSCl-25 ≤ 1,75	HSCl-25 > 1,75	HSCl-25 ≤ 1,75	HSCl-25 > 1,75	P
	7,00 (6,00-7,00)	7,00 (7,00-7,00)	6,00 (5,00-7,00)	5,00 (4,00-6,50)	0,26 ^d

‡ NRS = Numeric rating scale 0 - 10 der 0 er «ingen smerte» og 10 er «verst tenkelige smerte»

‡ SF-36 - 10 spørsmål som omhandler fysisk funksjon fra SF-36 som måler helserelatert livskvalitet

‡ Smerteutbredelse: Bruker definisjonen til generalisert smerte i henhold til ACR-kriteriene fra 1990 (18).

‡ Psykologisk belastning = Hopkins symptom check-list, 25 item (HSCl-25)

^a Chi²-test

^b Mann-Whitney rank sum test

^c Student's t-test

^d Spearman's rho

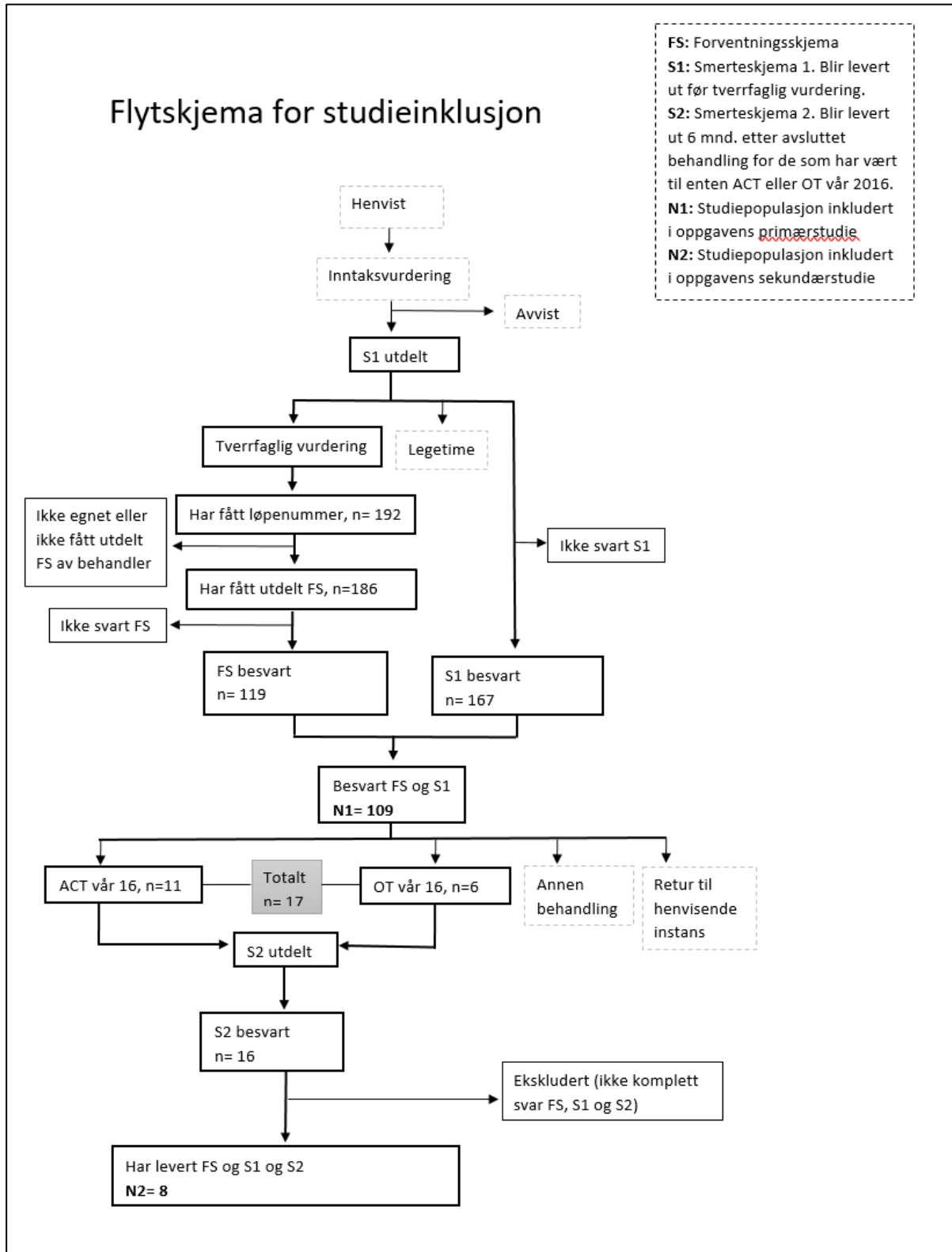
^e P<0,05

^{**} P<0,01

8 Figurer

8.1 Flytskjema for studieinkludering

Figur 1



9 Vedlegg

9.1 Smerteavdelingens vurderingsskjema

	<p>UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVISSU</p>	<p>Barkode klistres her</p>
		<p>Dato:</p>
<h1>SMERTEAVDELINGEN</h1> <h2>VURDERINGSSKJEMA</h2>		
<p>UNH HF Operasjons- og Intensivklinikken Smerteavdelingen Postboks 89 9038 Tromsø</p>	<p>TV. 0820 77003460</p>	

Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Vær vennlig å lese spørsmålene nøye før du svarer, og marker det svaret som passer best.

Kjønn: Mann Kvinne

Fødselsår:

Sivilstand; (sett bare et kryss)

Ugift Gift Samboer Partnerskap Enke/enkemann Skilt Separert

Har du barn? Ja Nei Hvis ja, hvor mange? 1 2 3 4 Flere

Barnas alder:

Hvem bor barna sammen med?

Mor Far Foreldre/steforeldre Utflyttet Annet: _____

Utdanning:

- Grunnskole
- Videregående skole
- Fagbrev/fagutdanning
- Høyskole/universitet inntil 4 år
- Høyskole/universitet over 4 år
- Påbegynt/ikke fullført utdanning
- Annet: _____

Yrke og arbeidsliv:

- Ansettelsesforhold (kryss av): Uten beskjeftigelse
- Heltidsjobb
 - Deltidsjobb
 - Under utdanning
 - Deltidsjobb og under utdanning
 - Ukjent
 - Alderspensjon
 - Trygdet/attføring (spesifiser på neste side)



Smerteenhetnr:

Pasientnr:

Trygdestatus:

Hvis du mottar trygd, attføring eller lignende -kryss av:

- Sykemeldt
- Aktiv sykemelding
- Medisinsk rehabilitering
- Yrkesrettet attføring
- Sosialstønad
- Uførepensjon
- Annet? Spesifiser: _____

Hvordan vurderer du din økonomi? God Middels Dårlig

Har du en pågående erstatningssak med utgangspunkt i det aktuelle smerteproblemet? Ja Nei

Har du søkt om eller planlegger du å søke om uførepensjon? Ja Nei

Når startet smertetilstanden? 0 - 3 måneder siden
 4 - 6 måneder siden
 7 - 12 måneder siden
 1 - 2 år siden
 2 - 4 år siden
 4 - 6 år siden
 6 - 10 år siden
 Mer enn 10 år siden

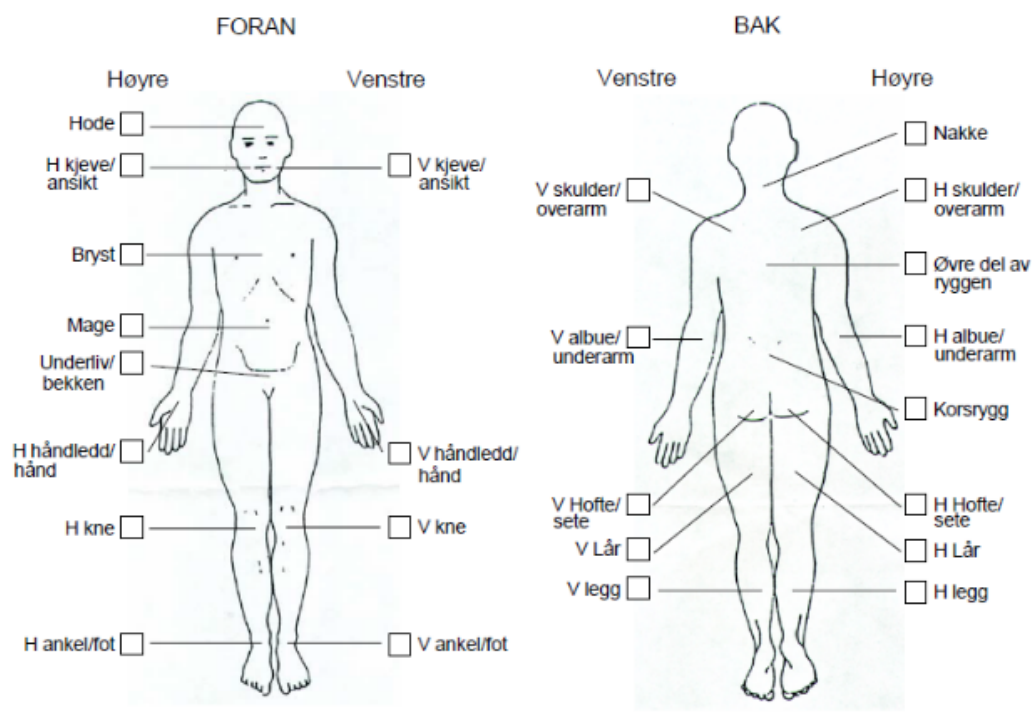
Hvor lenge har smertetilstanden vært på samme nivå som nå? 0 - 3 måneder
 4 - 6 måneder
 7 - 12 måneder
 1 - 5 år
 6 år eller mer



Smerteenheter:

Pasientnr:

Dersom du har hatt smerter siste uken, hvor har du hatt disse plagene? Vennligst sett et eller flere kryss.



Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de sterkeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen smerter											Verst tenkelige smerter

Vennligst sett et kryss under det tallet som best beskriver de svakeste smertene du har hatt i løpet av den siste uka.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen smerter											Verst tenkelige smerter

Vennligst sett et kryss under det tallet som best angir hvor sterke smerter du har i gjennomsnitt.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen smerter											Verst tenkelige smerter

Smerteenhetsnr: Pasientnr: **Når jeg har smerte....**

...er det forferdelig og jeg føler at det aldri kommer til å bli bedre.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

...føles det som om jeg ikke holder ut.

0 1 2 3 4 5 6
aldri av og til alltid

I løpet av den siste uka:

Ikke i det hele tatt Litt En del Svært mye

Har du hatt søvnproblemer? Har din fysiske tilstand eller medisinske behandling gitt deg økonomiske problemer? **Hvordan vil du stort sett vurdere din helsetilstand i løpet av den siste uka?**

Utmerket Meget god God Nokså god Dårlig Svært dårlig

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset fysiske helseproblemer dine vanlige fysiske aktiviteter (spasere, gå opp trapper)?

Ikke i det hele tatt Svært lite En del Mye Kunne ikke utføre fysisk aktivitet



Smerteenhetnr:

Pasientnr:

I løpet av den siste uka, hvor vanskelig var det for deg å utføre ditt vanlige arbeid (både i og utenfor hjemmet) på grunn av din fysiske helse?

Ikke i det hele tatt	Litt	Nokså	Meget	Kunne ikke utføre fysisk aktivitet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, hvor mye overskudd hadde du?

Svært mye	Ganske mye	En del	Litt	Ikke noe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad begrenset din fysiske helse eller følelsesmessige problemer din vanlige sosiale omgang med familie eller venner?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad har du vært plaget av følelsesmessige problemer som f. eks. å være engstelig, deprimert eller irritabel?

Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Mye	Svært mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av den siste uka, i hvilken grad hindret personlige eller følelsesmessige problemer deg fra å utføre ditt vanlige arbeid, skolegang eller andre gjøremål?

Ikke i det hele tatt	Svært lite	En del	Mye	Kunne ikke utføre daglige gjøremål
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av den siste uka?

Ingen	Meget svake	Svake	Moderate	Sterke	Meget sterke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Smerteenhetnr: Pasientnr:

De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er din helse slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå?

Hvis ja, hvor mye?

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en tur eller drive med hagearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Vaske eller kle på deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte i løpet av den siste uka har du...

	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
Følt deg veldig nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg rolig og harmonisk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor og trist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg glad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Vis hvilke utsagn som passer best på din helsetilstand i dag ved å sette et kryss i en av rutene utenfor hver av gruppene nedenfor.

Gange

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring.
- Jeg har litt problemer med å gå omkring.
- Jeg er sengeliggende.

Personlig stell

- Jeg har ingen problemer med personlig stell.
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg.
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg.

Vanlige gjøremål (f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter).

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål.
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål.

Smerte/ubehag

- Jeg har verken smerte eller ubehag.
- Jeg har moderat smerte eller ubehag.
- Jeg har sterk smerte eller ubehag.

Angst/depresjon

- Jeg er verken engstelig eller deprimert.
- Jeg er noe engstelig eller deprimert.
- Jeg er svært engstelig eller deprimert.

For å hjelpe folk til å si hvor god eller dårlig en helsetilstand er, har vi laget en skala (omtrent som et termometer) hvor den beste tilstanden du kan tenke deg er merket 100 og den verste tilstanden du kan tenke deg er merket 0.

Vi vil gjerne at du viser på denne skalaen hvor god eller dårlig helsetilstanden din er i dag, etter din oppfatning. Vær vennlig å gjøre dette ved å trekke en linje fra boksen nedenfor til det punktet på skalaen som viser hvor god eller dårlig din helsetilstand er i dag.

**Din egen
helsetilstand
i dag**

Best tenkelige
helsetilstand



Verst tenkelige
helsetilstand

Hvordan har du det?

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). Sett ring rundt tallet som passer best. Husk å sette en ring rundt aktuelt tall for hver plage/hvert symptom.

(sett ring rundt tallet)	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn.	1	2	3	4
2. Føler du deg engstelig.	1	2	3	4
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs.	1	2	3	4
4. Nervøs eller urolig.	1	2	3	4
5. Hjertebank.	1	2	3	4
6. Skjelving.	1	2	3	4
7. Føler deg anspent eller opphisset.	1	2	3	4
8. Hodepine.	1	2	3	4
9. Anfall av redsel eller panikk	1	2	3	4
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1	2	3	4
11. Føler deg slapp og uten energi.	1	2	3	4
12. Anklager deg selv for ting.	1	2	3	4
13. Har lett for å gråte.	1	2	3	4
14. Tap av seksuell interesse/opplevelse.	1	2	3	4
15. Dårlig appetitt.	1	2	3	4
16. Vanskelig for å sove.	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet mht. framtiden.	1	2	3	4
18. Føler deg nedfor.	1	2	3	4
19. Føler deg ensom.	1	2	3	4
20. Har tanker om å ta ditt eget liv.	1	2	3	4
21. Følelse av å være fanget.	1	2	3	4
22. Bekymrer deg for mye.	1	2	3	4
23. Føler ikke interesse for noe.	1	2	3	4
24. Føler at alt krever stor anstrengelse.	1	2	3	4
25. Føler at du ikke er noe verd.	1	2	3	4

HSCL-25

9.2 Skjema 1: Original SETS

Vedlegg 2

Pre-Treatment Assessment Form

Gender: _____ Age: _____ Today's Date: ___/___/_____

Participant #: _____

Instructions: The following questions are about a treatment you will soon receive. We want to know how you think you will respond to that treatment. Please indicate how much you agree with each statement by filling in the appropriate circle. For example, if you *strongly disagree* with a statement, fill in the circle on the far left. If you *strongly agree* with a statement, fill in the circle on the far right.

Your answers will be kept confidential, and will not be seen by the clinicians involved in your treatment. Your responses to these questions will not affect the treatment you receive in any way. We realize it may be difficult for you to guess how you will respond to a new treatment. If you are unsure about any statement, please give the best guess you can. There are no right or wrong answers.

	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Moderately Disagree</i>	<i>Slightly Disagree</i>	<i>Neither Agree Nor Disagree</i>	<i>Slightly Agree</i>	<i>Moderately Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>
1. This treatment will be completely effective	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I am worried about my treatment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. My condition will be completely resolved after treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I have fears about this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I have complete confidence in this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. I am nervous about the negative effects of this treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. What treatment are you going to receive?

8. What specific benefits (if any) do you expect to receive from this treatment?

9. What specific harms or negative side-effects (if any) do you think may occur because of this treatment?

10. Have you ever received this treatment before? Yes No

9.3 Skjema 2: Norsk versjon av SETS

Vedlegg 3

Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS) + 3 tilleggsspørsmål (7, 8 og 9)

Spørsmålene under dreier seg om undersøkelsen og det eventuelle behandlingstilbudet du vil få her på Smerteavdelingen. Vi ønsker å undersøke hvilken nytte du *tror* du vil ha av tilbudet vårt. Vi ber deg angi hvor enig eller uenig du er i hvert utsagn ved å sette et kryss i ringen under det svaret som passer. For eksempel: Hvis du er helt uenig, setter du et kryss i ringen helt til venstre, og hvis du er helt enig, setter du et kryss i ringen helt til høyre på linjen.

Dine svar er konfidensielle og vil ikke bli sett av dine behandlere. De skal brukes anonymt i forskning og kvalitetsforbedrende arbeid. Hva du svarer på spørsmålene vil ikke ha noen betydning for behandlingen du blir tilbudt. Vi vet at det kan være vanskelig for deg å gjette hvordan du tror du vil reagere på undersøkelse og behandling. Hvis du er usikker, ber vi deg om å sette et kryss ved det svaret som du antar at passer best. Det er ingen svar som er riktige eller gale.



	Helt uenig	Nokså uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Nokså enig	Helt enig
1. Behandlingen vil være meget effektiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Jeg er bekymret for behandlingen jeg vil få	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Jeg vil bli helt bra etter behandlingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Jeg er engstelig for gjennomføre behandlingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jeg har fullstendig tillit til dette behandlingstilbudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jeg er engstelig for negative effekter av behandlingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Jeg tror egeninnsatsen er viktig for behandlingsresultatet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Jeg tror min hverdag vil bli lettere etter at jeg har fått hjelp på Smerteavdelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Hvem tok initiativet til at du ble henvist til Smerteavdelingen?

- Jeg selv
- Min fastlege
- Annen legespesialist
- Annen helsearbeider
- Familiemedlem, venn, kollega eller annen bekjent
- Forklar evt. med egne ord:
-

9.4 Godkjenning fra personvernombudet

Vedlegg 4

	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU	
		PERSONVERNOVBUD
Aslak Johansen OPIN-klinikken 9038 Tromsø		
Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler/dir.tlf.:
	2015/6047	Per Bruvold / 77755855
		Dato:
		29.12.2015
ANBEFALING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER		
Det vises til Meldeskjema for forskningsstudier, kvalitetsstudier og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktig i henhold til helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter, mottatt 15.12.2015 Meldingen gjelder prosjektet/registeret:		
Nr. 0536		
Navn på prosjektet: <i>Pasienter ved en tverrfaglig smerteklinikk og deres forventninger til behandling.</i>		
Prosjektet er en <i>kvalitetsstudie</i> hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er behandlingsansvarlig. Studien inngår i en studentoppgave av Marte Anita datter Karlstad.		
Formål:		
<i>Vi ønsker å undersøke og beskrive pasienters forventninger til behandlingen de blir tilbudt etter tverrfaglig undersøkelse ved Smerteavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Målet er å prøve ut spørsmål om forventninger og motivasjon som det senere kan bli aktuelt å inkludere i rutinemessig informasjonsinnhenting ved Smerteavdelingen. Hvis pasientene viser vesentlige ulikheter i forventning og/eller motivasjon, kan det bli aktuelt å videreføre datainnsamlingen for statistisk analyse i et større fremtidig materiale. Som kartleggingsverktøy vil vi benytte spørreskjemaet «Stanford Expectations of Treatment Scale» (SETS)(4). I en pilotstudie ønsker vi også å undersøke om vi kan spore trender som peker i retning av en sammenheng mellom forventninger og resultatet av våre gruppebaserte behandlinger.</i>		
Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene vil være regulert av § 7-26 i Personopplysningsforskriften og hjemlet etter Helsepersonelloven § 26, jf. Personopplysningsloven § 33 fjerde ledd. Det innhentes et bredt samtykke fra pasientene. Godkjenning fra REK er ikke nødvendig.		
Postadresse: UNN HF 9038 TROMSØ	Avdeling: Besøksadr.: Fakturaadr.: UNN HF, c/o Fakturamottak, Postboks 3232, 7430 Trondheim	Fag- og forskningscenteret Telefon: 07700 Internett: www.unn.no E-post: personvernombudet@unn.no

PVO ber imidlertid prosjektleder vurdere siste setning i 3. avsnitt: «Svarene vil ikke få noen betydning for behandlingen». Denne setningen kan misforståes av pasientene.

PVO forutsetter at svarene som pasientene besvarer på papir er aidentifisert og skal ikke oppbevares i nedlåst skap, men skannes inn på dataområde. Arkene kan makuleres så snart skanning er gjennomført.

PVO forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodelista slettes.

PVO har på bakgrunn av og tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på [\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning\(o:\\)](\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning(o:\)) med navn 0536 hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres.

I tillegg er det opprettet et område på <\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\felles.avd\forskning\key> med navn 0536N

hvor nøkkelfil skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den som prosjektleder definerer. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal også ha melding dersom registeret ikke er slettet eller ikke ferdig behandlet innen 3 år.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

Per Bruvold
Sikkerhetssjef IKT/Personvernombud

Kopi: Klinikksjef Eva-Hanne Hansen
Marte Anitadatter Karlstad

9.5 Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 5

Pasienters forventninger til behandling ved en tverrfaglig smerteklinikk.
27. oktober 2015, versjon 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

PASIENTERS FORVENTNINGER TIL BEHANDLING VED EN TVERRFAGLIG SMERTEKLINIKK.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt for å kartlegge smertepasienters forventninger til tverrfaglig undersøkelse og evt. behandling ved Smerteavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Vi ønsker å undersøke- og beskrive pasienters forventninger før de kommer til tverrfaglig undersøkelse ved Smerteavdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Vi tror at bedre kjennskap til pasientenes forventninger før behandling kan være til hjelp for å tilpasse behandlingstilbudet vårt bedre til de enkelte pasientene. Målet med dette prosjektet er å prøve ut spørsmål om forventninger og motivasjon som det senere kan bli aktuelt å inkludere i rutinemessig informasjonsinnhenting ved Smerteavdelingen.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Det dreier seg om et kort spørreskjema med ni spørsmål om dine forventninger og tanker før du kommer til undersøkelse. Dine svar vil bli vurdert sammen med svar på andre spørsmål som du vil få som del av avdelingens rutine når du skal til undersøkelse og eventuell behandling hos oss.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Vi renger med at det vil ta 1-2 minutter å svare på spørsmålene. Svarene vil ikke få noen betydning for undersøkelse eller behandlingen som du vil få.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlende prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte overlege Aslak Johansen, telefon 77 66 92 02, epost-adresse aslak.johansen@unn.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, [REK-dokument-id: 654323].

Pasienters forventninger til behandling ved en tverrfaglig smerteklinikk.
27. oktober 2015, versjon 1

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

10 Sammendrag av kunnskapsevaluering av nøkkel-/hovedartikler på referanselisten:

Referanse: Broderick JE, Keefe FJ, Schneider S, et al. Cognitive behavioral therapy for chronic pain is effective, but for whom? PAIN 2016; 157: 2115-23.		Design: RCT	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Undersøke grad av behandlingsrespons hos ulike pasientsubgrupper med osteoartritt med kronisk smerte. Basert på eksisterende litteratur ville de undersøke om ulike behandlingsrespons kan forklares ut ifra noen demografiske og kliniske variabler som på forhånd av studiet ble spesifisert som mulige moderatører.	<p>Studiedesign: Flersteds RCT delt inn i behandlingsgruppe og kontrollgruppe.</p> <p>Datainnsamling: Pasienter frivillig rekruttert fra primærhelsetjenesten og raumatiske sentre fra 3 amerikanske byer.</p> <p>Inklusjonskriterier: Osteoartritt i kne eller hofte, ≥ 21 år, smertegrad ≥ 4 (1-10) i iløpet av siste 6 mnd., skrive og lese engelsk, mulighet til å delta 10 behandlingsøkter, ingen kognitive interaksjoner som vil interferere med deltagelsen, ingen forventede prosedyrer neste 2 år.</p> <p>Behandling: Behandlingsgruppe: PCST (Pain Coping Skills Training) utført av trente sykepleiere. Kontrollgruppe: Vanlig behandling.</p> <p>Mål: Demografiske variabler: Alder, kjønn, rase/etnisitet, utdannelse m. fl. Kliniske variabler: Sykdomsgrad, BMI, pasientforventning til behandling, depresjon, pasientens smertemestringsstil, m.fl.</p> <p>Dataanalyse: Analyser av kovariansmodeller for kategoriske moderatorvariabler og multiple regresjonsprosedyrer for kontinuerlige moderatorvariabler. Signifikant nivå=0,05.</p>	<p>N= 256, randomisert inn i kontrollgruppe (n=128) og behandlingsgruppe (n=129).</p> <p>Baseline data: Kontrollgruppe: Kvinne 78,9%, gjennomsnittsalder 66,37, i arbeid 39,7%, medisiner 1,6%. Behandlingsgruppe: Kvinne 74,4%, gjennomsnittsalder 68, i arbeid 21,1%, medisiner 0%.</p> <p>Demografiske resultater: Alder er en signifikant moderator for smerte etter behandling ($p<0,005$), og daglig gradering av «quality of life» (0,004). De yngste pasientene opplever ingen reduksjon i smerte etter behandling i motsetning til de eldre. Utdannelsesnivå modererer nivå av katastrofetanke etter behandling ($p=0,005$).</p> <p>Kliniske resultater: Pasienter med alvorligst organisk sykdom hadde en robust respons på behandling ($d= 0,51$). Høye forventninger var også en signifikant moderator for 5 av 15 utkomvariabler. Stress har 4 signifikante moderator effekter for behandlingsutkom.</p>	<p>Sjekkliste: Er formålet med studien klart formulert? Ja Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfeldigslende randomiseringsprosedyre? Ja Ble alle deltagerne gjort rede for ved slutten av studie? Ja Ble deltagerne, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet? Nei, både deltagere og behandlere var klare over hvilke behandling de fikk Var gruppene like ved starten av studien? Ganske lik. Noe forskjell i om pasientene gikk på medisiner og andelen i arbeid. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltakene som evalueres? Tja. Vanskelig med likebehandling ved helt ulik behandlingsmåte Hva er resultatene? Gode Hvor presise er resultatene? Gode</p> <p>Styrke - Ganske stor studiepopulasjon - RCT - Lang oppfølgingstid - Sitering i pubmed - Konsistens i forhold til andre studier</p> <p>Svakheter - Frivillig deltagelse</p>
Konklusjon			
Signifikante moderatører for behandlingsutkom: Smertekontrollstil, pasientforventninger for behandlingsrespons, radiografisk bestemt alvorlighet av sykdomsgrad, alder og utdanning. Lite nytte av behandling: De med mellommenneskelige problemer assosiert med smertemestring, unge og lavt utdanning. God effekt av behandling: Høye til moderate forventninger, moderat til høy alvorlighetsgrad av sykdom, eldre og høy utdannelse.			
Land	USA		
År data innsamling	2008-2013		

<p>Referanse: Bhana N, Thompson L, Alchin J, et al. Patient expectations for chronic pain management. Journal of Primary Health Care 2015; 7: 130-6.</p>		<p>Design: Kvalitativt studie</p>	
		Dokumentasjonsnivå IIb	
		Grade 1-4	2-3
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å identifisere og øke forståelsen for de forventningene pasientene har for de starter behandling på PMC (Pain Management Centre)</p>	<p>Populasjon: n=250</p> <p>Datainnsamling: Alle pasienter fra et bestemt smertesenter i en storby i New Zealand svarer på samme spørreskjema. 250 av disse pasienter ble elektronisk randomisert ved hjelp av computer-generert random number tables. Den totale mengden pasienter for randomiseringen er ikke nevnt.</p> <p>Mål: Spørreskjemaet besto av kvantitative mål av smerteintensitet, varighet, medikamentbruk og ulike psykometriske mål. I tillegg besto det av følgende åpne spørsmål: «What are your main goals or reasons for attending the Pain Management Centre?»</p> <p>Dataanalyse: Analyse av fritekst-kommentarer ble utført ved å bruke ECA (ethnographic content analysis).</p>	<p>Baseline data: Kvinner 153, menn 97. Varighet av smerte: 3 mnd.-39 år.</p> <p>Ut fra pasientsvar er det funnet ut at pasientenes forventninger består av hovedsakelig tre hovedtema:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økt forståelse av tilstanden sin - Leve med smerte og gjenvinne normaltilstand - Tema rundt medisiner <p>Ut fra svarene er pasientene delt inn i to subgrupper der pasientene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Har akseptert kronisiteten i høy grad og ønsker å øke mestringsevnen i forhold til smerten 2) Søker etter smertekur og smertereduksjon. 	<p>Sjekkliste:</p> <p>Er formålet med studiet klart formulert? Ja</p> <p>Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? Ja</p> <p>Er utvalgt hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? Ja</p> <p>Ble dataen samlet inn på en slik måte at at problemstillingen ble besvart? Uklart</p> <p>Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? Ja</p> <p>Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkning av data? Uklart</p> <p>Er det gjort forsøk på å underbygge funnene? Ja</p> <p>Er etiske forhold vurdert? Ja</p> <p>Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? Ja</p> <p>Styrke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et randomisert antall pasienter er hentet fra en stor populasjon - De utvalgte pasientene er representativ for den store gruppen i form av alder, kjønn, smertevarighet og kompensasjonsstatus. <p>Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data er hentet fra pasienter som er henvist til et smertesenter, dermed er det ikke nødvendigvis representativt/overforbart for alle kroniske smertepasienter i primærhelsetjenesten.
<p>Konklusjon</p> <p>1) Pasienter håper å returnere til det de ser på som normaltilstand og få klar relevant informasjon om deres diagnose, prognose og medikamenter.</p> <p>2) Pasientene som håper på en fullstendig kurering eller en klar smertereduksjon representerer en større utfordring for deres allmennleger og behandlende smertesentre enn de som har mer realistiske forventninger til hva de kan oppnå.</p>			
Land	New Zealand		
År data innsamling	2010-2011		

Referanse: Cormier S, Lavigne GL, Choimière M, et al. Expectations predict chronic pain treatment outcomes. PAIN 2016; 157: 329-38.		Design: Pasientserie (Kaller seg kohortstudie)	
		Dokumentasjonsnivå	IIIb
		Grade 1-4	2-3
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Formålet er å undersøke assosiasjonen mellom forventninger for behandling og ulike kliniske utfall hos pasienter som har kroniske smerter og som deltar i en tverrfaglig smertebehandling.	Seleksjon studiepopulasjon Alle pasienter: N= 5436 I smerteregisteret: N= 4178 Pasienter aktuelle N= 3110 Missing data N=838 Pasienter inkludert N=2272 Antall senter – rekruttert-pas=3 Varighet av smerter: 95% ≥ 3 mo. Pasienter under 18 år er ekskludert. Datainnsamling Fikk pre-sporreskjema Telefonsamtale med sykepleier angående smertevarighet og annen relevant sykehistorie. Fikk post sporreskjema Prediktorer for utkom-måling og mediator-variabler Modellene testet i dette studiet består av 9 variabler totalt. Variabler i pre-sporreskjema: Expected relief, expected improvement in quality of life and expected improvement in functioning. Variabler i post-sporreskjema: Changes in pain intensity, changes in depressive symptoms, changes in pain interference, pain catastrophizing, global impression of change and satisfaction with treatment. Dataanalyse: Resultater uttrykt i gjennomsnitt(SD) eller prosent. Blant annet utført SEM-analyser.	Smertebehandling pasientene har fått ≤ 6 mo, 4 beh. på smertesenner eller sykehus. Type behandling: Nerveblokkade eller andre anestetiske teknikker, psykologisk, fysiologisk (inkludert fysioterapi), og/eller andre intervensjoner. Antall pasienter 2 behandlingsmetoder: 61,1% Pasientenes forventninger til smertebehandling -Pasienter som forventet at smertelindringen (100%: 13,7%; ≥ 90%: 23,7%; 40- 80%: 60%; ≤ 30%: 16,3%; ingen 2,4% Resultat av mål av utkom og mediatorvariabler Expected relief: Sammenligning: 0-80% og 80-100% forv. til smertelindring er det en signifikant sammenheng mellom høye forventninger og gode helseresultater. P<0,005. Unntaket er forholdet mellom de med høye forventninger til utkom og endring i depressive symptomer (P≥ 0,89). Expected improvement in quality of life: Sammenlignet de som hadde lave og høye forventninger til «improvement in quality of life». Her er en signifikant sammenheng mellom høy forventning og total bedret utkom (P<0,001). Unntaket er endringer i depressive symptomer (≥0,18) Expected improvement in functioning: Variabel viser seg IKKE å være signifikant i forhold til utkommet.	Sjekkliste: Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Ikke tilfeldig Var det sikret at utvalget ikke var selektert? De som ønsker å være med Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? Gjort rede for eksklusjoner Er svarprosenten høy nok? 2272/3110=73% Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? Flere sykdomsgr. Var oppfølgingen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? 6 – mo – tilstrekkelig Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? TJA Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prog-nostiske faktorer fordeling beskrevet? Ikke relevant Var registreringen av data prospektiv? Ja Styrke - Stort sample size - Oppfølging på 6 måneder - Examination of various outcome - Bruk av standardiserte måleinstrumenter Svakheter - Variablene i studiet er basert på selv-rapport - Studien ble gjennomført i tertiærhelsetjenesten, så det kan være at funn ikke er overforbar til en større populasjon med kronisk smerte.
Konklusjon	Signifikant positiv sammenheng mellom forventninger og de fleste kliniske utkommene. Dette ble først og fremst forklart ut i fra det globale inntrykket av forandring. Samme sammenheng ble også observert i ulike undergrupper (kjønn, alder, varighet og smerteintensitet) At de beste kliniske utfallene ses hos de som har forventet størst positive utkom av behandlingen.		
Land			
Kanada			
År data innsamling			
01.11.2008-31.04.2012			

Formål		Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Referanse: Myers SS, Phillips RS, Davis RB, et al. Patient Expectations as Predictors of Outcome in Patients with Acute Low Back Pain. Journal of General Internal Medicine 2008; 23: 148-53.				
Design: Sekundær analyse av RCT				
			Dokumentasjonsnivå IIa	
			Grade 1-4	
<p>1. Finnes sammenhenger mellom forventninger hos pasienter med akutt nedre ryggsmarter for behandling og forbedring i funksjonsnivået etter behandling.</p> <p>2. Bel pasientstyrt behandlingsmetode påvirke en evt. sammenheng?</p> <p>Konklusjon</p> <p>1. Pasienter med akutt nedre ryggsmarter hadde høyere generelle forventninger til forbedring i helsestilstand enn de med lavere forventninger.</p> <p>2. Det var ikke funnet statistisk signifikant assosiasjon mellom spesifikke forventninger til egenvalgt behandlingsmetode og bedre funksjonell forbedring.</p> <p>3. Pasienter som kun fikk standardbehandling hadde generelt høyere assosiasjoner mellom forventninger og behandlingsutfall i form av funksjonsnivå enn de som i tillegg fikk velge mellom tre typer komplimentærbehandlinger.</p>		<p>Populasjon: Alle pasienter N= 3308 Totalt inkludert N= 444 Standard behandling N= 148 Standardbehandl+ egenvalgt komplimentærbehand. N= 296 Inklusjonskriterier: Pasienter ≥ 18 år med akutt nedre ryggsmarter (<21 dager varighet) og skårte mer enn 3 på en 0-10-smerteskala. Eksklusjonskriterier: Smarter andre steder enn i nedre rygg, smerter >21 dager, rygg eller nakkekirurgi de siste 5 årene, historie med rygggradsfraktur eller dislokering, uforklarlig feber eller vekttap etc. Datainnsamling: Pasientene fikk spørreskjema for behandling og etter 2, 5, 12, 26 og 52 uker. Mål: Forventninger: Pasientens generelle forventning: Hvor mye forventning forventer du i løpet av 6 uker (Skala 0-10). Pasientens forventning til de ulike behandlingsmetodene (Skala 0-10). Funksjon: Roland-Morris Disability Questionnaire (23 ja/nei-spørsmål). Randomisering: Stratified permuted-block design av clinical site. Dataanalyse: Ujusterte og justerte lineære regresjoner</p>	<p>Baseline data: Gjennomsnittsalder 43,0 år, kvinner 53%, hvit befolkning 65%, i arbeid 85%. Gjennomsnitt generell forventning av behandling 8, 6 (best skår er 10). Pasientenes forventninger til smertebehandling: Ingen signifikante forskjeller i distribusjon mellom kjønn, alder, inntekt, utdanning eller rase, men de med en partner hadde høyere forventninger enn de uten partnere. Sammenheng forventning og resultat: Den ujusterte, men ikke den justerte, analysen av forventninger viste statistisk signifikant assosiasjon mellom høy forventning og godt behandlingsresultat i form av pasientens funksjonsnivå. Smertebehandling pasientene har fått: Standardbehandling: NSAIDs, muskelavslappende, begrenset liggetid, opplæring og aktivitet. Pasienter som fikk velge behandling kunne velge mellom: Fysioterapi, kiropraktor og massasje. Diskusjon: Spørsmål som stilles angående konfunderende faktorer til forventninger i diskusjonsdel: Vil endring i terapeutisk intervensjon, inkludert å gi pasienten uassisterte valg, endre effekten av forventninger? Vil endring i pasientens forventninger endre resultatene deres?</p>	<p>Sjekkliste: Er formålet med studien klart formulert? JA Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? JA Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien? Nei, ikke de som falt ut undervveis Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåter blindet mht. gruppertilhørighet? Vanskelig med totalt blindet studie ved denne type undersøkelse Var gruppene like ved starten av studien? Ja, med unntak av at det ved randomisering ble stor forskjell i antallet mellom de 2 gruppene. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? Delvis Hva er resultatene? Gode Hvor presise er resultatene? Delvis Kan resultatene overføres til praksis? Til en viss grad, for eksempel når det gjelder å bestemme hvem som skal prioriteres for behandling. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien? Ikke alle, men de som er viktige for studiets formål Er fordelene verdt ulemper og kostnader? Ja Styrke: RCT, stort utvalg pasienter og flere oppfølginger av pasienter over 52 uker. Svakheter: 1) Er ikke oppsummert svakheter i oppgaven under diskusjonsdel. 2) Sekundæranalyse av RCT, slik at en må lese originalstudiet for å få kjennskap til hele historien bak datainnsamling.</p>
USA				
År data innsamling				
Rekruttering: 2001-2003.				

<p>Referanse: Smeets RJ, Beelen S, Goossens ME, et al. Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. The Clinical Journal of Pain 2008; 24: 305-15.</p>		<p>Design: RCT</p>	
		Dokumentasjonsnivå	Ib
		Grade 1-4	2-3
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>1) Å undersøke faktorstrukturen i spørreskjemaet CEQ i et utvalg av pasienter med kronisk nedre ryggsmerte ved hjelp av bekreftende faktoranalyser</p> <p>2) Undersøke assosiasjonen mellom behandlingskredibilitet og forventninger og pasientenes karakteristikk. 3) Å bestemme hvorvidt forventninger og kredibilitet til behandlingen er assosiert med utkommet av behandlingen</p> <p>Konklusjon</p> <p>Lavere kredibilitet var assosiert med høyere smertelatert frykt og lavere indre kontroll av smerte, og lavere forventninger med høyere nivå av smertelatert frykt og ikke-utstrålende smerte. Forventninger var signifikant assosiert med uførhet og tilfredshet. Kredibilitet var signifikant assosiert med pasientens spesifikke symptomer og tilfredshet. Assosiasjonene er lav til middels, men likevel signifikant. I forhold til utkommet «global perceived effect» var behandlingsforventning kun predektiv hos pasientene med aktiv fysioterapi, mens behandlingskredibilitet kun var signifikant prediktor i kombinasjonsterapi.</p>	<p>Populasjon: Totalt: n= 309. Inkludert: n=167, der pasientene ble randomisert inn i følgende grupper: aktiv fysioterapi (n=51), kognitiv adferdsterapi (n=57), kombinasjonsterapi (n=59).</p> <p>Inklusjonskriterier: Pasienter som for første gang ble henviset av allmennlege til 3 forskjellige rehabiliteringssenter i Nederland. Inklusjonskriteriet for deltagelse i studiet er nonspesifikk nedre ryggsmerte som har vart i mer enn 3 måneder og resultatet i uførhet, alder mellom 18 og 65 år og evnen til å gå minst 100 meter. 142 strykker har falt ut av studien underveis av grunner som er dokumentert i studiet.</p> <p>Datainsamling og mål: Mål for forventning og kredibilitet: CEQ (Credibility/Expectancy Questionnaire) ble levert ut rett etter første behandling. Mål av behandlingens utkom: Disability Questionnaire før og etter behandling, Patient-specific Complaints før og etter behandling, VAS før og etter behandling, Global Perceived Effect etter behandling, Satisfaction etter behandling.</p> <p>Dataanalyse: Ulike korrelasjonsanalyser og avanserte modeller</p>	<p>Baseline data: Gjennomsnittssader 41,78. Menn 54,5%, lavt utdannede 61,7%. Varighet av uførhet 37,13 måneder. Andre variabler.</p> <p>Pasientenes forventninger og kredibilitet til smertebehandlingen: Det var ikke stor signifikant forskjell på pasientenes forventninger og kredibilitet til de tre behandlingstypene.</p> <p>Prebehandling assosiasjon med kredibilitet og forventning: Selv om korrelasjonen er lav er det signifikant assosiasjon mellom flere pasientkarakteristikker og kredibilitet, men litt færre assosiasjoner mellom forventninger og pasientkarakteristikker.</p> <p>Assosiasjon mellom behandlingskredibilitet/forventning og utkom: En signifikant interaksjon mellom behandlingsforventning og type intervensjon var tilstede for global perceived effect (P0,021), samt økt behandlingstifredsstillelse i «Roland Disability Questionnaire», men ikke for de andre utkomene. For kognitiv adferdsterapi ble det ikke funnet signifikant assosiasjon til verken forventning eller kredibilitet og utkom.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <p>Er formålet med studien klart formulert? Ja</p> <p>Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? Pasientene var frivillig med på studiet. Et stort antall er utelatt fra studiet av ulike grunner.</p> <p>Ble deltagerne gjort rede for ved slutten av studien? Ja</p> <p>Ble deltagerne, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppertilhørighet? Tja</p> <p>Var gruppene like ved starten av studiet? Ja</p> <p>Hva er resultatene? Gode-middels</p> <p>Hvor presise er resultatene? Middels</p> <p>S styrke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studiedesign (RCT) - Bruk av standardiserte måleinstrumenter <p>Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavt sample size og mange som ikke fullførte hele studiet - Kun 10 ukers behandling - Ingen oppfølging. Det er ikke nevnt om pasientene fikk oppfølgingsspørsmål i forhold til utfall i ettertid
	<p>Land</p> <p>Nederland (og Belgia)</p>		
	<p>Ar data innsamling</p> <p>2006</p>		

<p>Referanse: Younger J, Gandhi V, Hubbard E, et al. Development of the Stanford Expectations of Treatment Scale (SETS): A tool for measuring patient outcome expectancy in clinical trials. Clinical Trials 2012; 9: 767-76.</p>		<p>Design: Samling pasientserier</p>	
		<p>Dokumentasjonsnivå IIb</p>	
		<p>Grade 1-4</p>	
		<p>2-3</p>	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Å lage et skjema (SETS: the Stanford Expectations of Treatment Scale) for å måle positive og negative forventninger til behandling. Dette skjemaet utvikles ved hjelp av 3 studier som gjøres i forbindelse med utvikling av skjemaet.</p> <p>Studie 1: Utvikling og testing av innledende «item pool». Studie 2: Videre pålitelighetstesting og innledende vurdering av prediktiv validitet. Studie 3: konvergent, diskriminant og prediktiv validitetstesting av SETS.</p>	<p>Studie 1: N=200 Pasientgruppen er hentet fra ulike behandlere som henviste pasientene til kirurgi på Standford Hospital. De utvalgte er de første 200 som meldte seg frivillig til prosjektet. Svarte på et SETS og tilleggs mål. Tester: Psychometric Evaluation, Factor analysis, Item reduction, internal reliability assessment.</p> <p>Studie 2: N=423 Samme datainnsamling som i studie 1, men her ble også behandlingsutkommet samlet inn. Tester: Confirmatory Internal Reliability og Initial Predictive Validity (N=163).</p> <p>Studie 3: N=69 Samme som i studie 1 og 2. Tester: Confirmatory Predictive Validity og Presictive Validity with Controls</p> <p>Eksklusjonskriterier: Ingen kjente, men senteret var kun for voksne (<18 år).</p> <p>Dataanalyse: Blant annet psykometriske analyser og faktoranalyser.</p>	<p>Studie 1: Baseline data: Gjennomsnittsalder 52,8 år og 46,2% kvinner.</p> <p>Studie 2: Baseline data: Gjennomsnittsalder 53,2 år og 49,5% kvinner.</p> <p>Studie 3: Baseline data: Gjennomsnittsalder 53,7 år og 45,5% kvinner, 39,1% menn, mens 15,4% ikke svarte på kjønn.</p> <p>Resultat: Studiet fant ut at SETS kan predikere rundt 12% av positivt utkomvarians og 18% av negativ utkomvarians.</p> <p>Diskusjon Dette studiet beskriver utviklingen av et instrument for å måle pasientforventning til ulike typer behandlinger.</p>	<p>Sjekkliste: Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? Delvis Var det sikret at utvalget ikke var selektert? De første som ønsket å være med Var inklusjonskriteriene for utvalget klart definert? Tror alle over 18 er tatt med, men noe uklart hvem som blir henvist Er svarprosenten høy nok? Ja, virker som om alle svarte Var alle pasientene i utvalget i samme stadium av sykdom? Flere sykdomsgrupper Var oppfølgingen tilstrekkelig (type/omfang/tid) for å synliggjøre endepunktene? Oppfølging er ikke nevnt i studiet Ble objektive kriterier benyttet for å vurdere/validere endepunktene? JA Ved sammenlikninger av pasientserier, er seriene tilstrekkelig beskrevet og prognostiske faktorer fordeling beskrevet? Ikke relevant Var registrering av data prospektiv? Ja</p> <p>Styrke - Ganske stort sample size - Høy svarandel - Gjort en serie med studier for å validere skjemaet og brukt flere tester på hver pasientserie.</p> <p>Svakheter - Lite informasjon om baseline data - Flere sykdomsgrupper= forskjellige typer kirurgisk behandling - Ikke randomisert utvalg</p>
<p>Konklusjon</p> <p>SETS kan brukes for å forbedre statistisk sensitivitet for å detektere behandlingsforskjeller eller i kliniske settinger for å identifisere pasienter med lave forventninger til behandling.</p>			
<p>Land</p>			
<p>USA</p>			
<p>År data innsamling</p>			
<p>2012</p>			