

MYCKET ATT VINNA PÅ KBT I SMÅRTREHABILITERING

Ökade resurser till kognitiv beteendeterapi i multiprofessionell smärtrehabilitering bör ge stora vinster för de smärtsjuka, primärvården och samhället.



JAN LIDBECK, med dr, överläkare, Smärtrehab, VO
Planerade operationer,

Helsingborgs lasarett
jan.lidbeck@helsingborgslasarett.se

De långvarigt smärtsjuka med stort vårdbehov uppskattas utgöra 7 procent av befolkningen [1]. Huvuddelen är patienter med nack-/skuldersmärta, rygg-/bäckensmärta eller generell smärta/fibromyalgi. Långvarig smärta (duration >6 månader) är en »folksjukdom« som medför stort lidande och låg livskvalitet [1, 2]. Täta vårdkontakter och långvarig sjukskrivning leder till höga kostnader för både sjukvården och samhället [2].

Men den långvariga smärtan är lågt prioriterad och vårdresurserna motsvarar inte vårdbehoven [3]. Detta är en viktig förklaring till att smärta i rörelseapparaten ännu är den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning och sjukpension. Väntetider till smärtrehabilitering på upp till ett år eller mer är idag regel på många håll. Detta ökar risken för behandlingsresistens och utslagning från socialt liv och arbete. Smärtsjukvården har försämrats trots att tidigare rapporter från Socialstyrelsen och SBU pekat på positiva behandlingseffekter [1, 4]. Multiprofessionell smärtrehabilitering, särskilt med kognitiv beteendeterapi (KBT), har visats medföra minskad smärtupplevelse, ökad fysisk aktivitet och återgång i arbete. Innebörden och användningen av KBT i smärtsjukvård skall belysas i denna artikel.

Bred definition av KBT i smärtrehabilitering

Någon snäv definition av begreppet KBT använd i smärtrehabilitering finns inte [5]. Ibland avses endast smärtpedagogik (smärtskola) kombinerad med inlärande av avspänningstekniker som kan ses som en enkel form av ett kognitivt förhållningssätt. I andra sammanhang avses mer avancerad och individuell psykoterapi genomförd av utbildad KBT-terapeut (egentlig KBT). I denna artikel definieras KBT i det bredare perspektivet.

Något förenklat kan KBT sägas omfatta två skolbildningar inom psykoterapi, den kognitiva och den beteendeterapeutiska. Båda har i smärtrehabilitering väsentligen samma mål, vissa terapidelar gemensamma och den ena kompletterar den andra. Föreningen av de båda i KBT ter sig därför logisk [6].

Kognitiv teori

Kognition (från latinets *cognitio*; inlärande) betyder närmast »kunskap« eller »känedom«. I terapeutiska sammanhang har dock begreppet kognition mer fått innebörden av »föreställning« eller »tanke«. Enligt kognitiv teori präglas den smärtsjukens tankeinnehåll av dysfunktionella (negativa) föreställningar om värken och dess konsekvenser. Destruktiva tankar (katastroftankar), som dessutom ständigt återkommer (automatiska tankar), kan till exempel handla om att värken antas bero på svår sjukdom (»jag kommer att bli handikappad«) eller förlorad

livskvalitet (»jag klarar ingenting, kan inte ens leka med mina barn«). Den smärtsjuka ser inga alternativ och fastnar i en ond cirkel av negativa föreställningar (tankefallor). Detta leder till känslor som frustration och rädsla, vilka i sin tur medför passivitet, undvikande beteende och fysisk inaktivitet [7]. Grundantagandet är sålunda att tankar, känslor, fysiologi och beteenden ömsesidigt styr och påverkar varandra (Figur 1).

Men det finns andra sätt att se på verkligheten; den långvariga värken kan vanligen förklaras, den beror inte på livshotande sjukdom och det går att komma tillbaka till ett fungerande liv. Med kognitiv pedagogik försöker man medvetandegöra de felaktiga tankar som värken lett till. Syftet är att få den smärtsjuka att upptäcka andra sätt att förhålla sig till verkligheten (kognitiv omstrukturering). Detta leder till mindre frustration (ändrade känslor) vilket i sin tur medför bättre smärtkontroll (coping) och ökad fysisk aktivitet (förändrat beteende). I mycket handlar därför KBT om att ge den smärtsjuka kunskaper för att bättre hantera sitt smärtlidande och dess negativa konsekvenser [6, 8].

Beteendeterapeutisk teori – inte utan problem

I tidig beteendeterapeutisk teori [9] sågs långvarig smärta som resultat av en betingad inlärningsprocess (»operant conditioning«). Enligt den modellen förmodades välmenande men överdriven uppmärksamhet från närstående leda till abnormt verbalt och kroppsligt smärtbeteende. Men omgivningens omsorg antogs även, enligt Freuds neuroslära, medföra minskat lidande (sjukdomsvinst) hos den smärtsjuka. På så sätt kom smärtbeteende och sjukroll att successivt förstärkas och kon-

SAMMANFATTAT

Svår och långvarig smärta drabbar en stor del av befolkningen och medför stort lidande samt förlust av funktion och livskvalitet, men har försumrats av sjukvården.

Brett utformad kognitiv beteendeterapi (KBT) använd i multiprofessionell smärtrehabilitering har psykobiologiska effekter och evidensgrundad, ofta bestående, positiv inverkan på smärta, fysisk aktivitet, medicinförbrukning och arbetslivsåtergång.

Smärtförklaringen (»att få en diagnos«) har stor betydelse i KBT, och mycket av innehållet bygger på pedagogik, bekräftande dialog och patientens egenansvar.

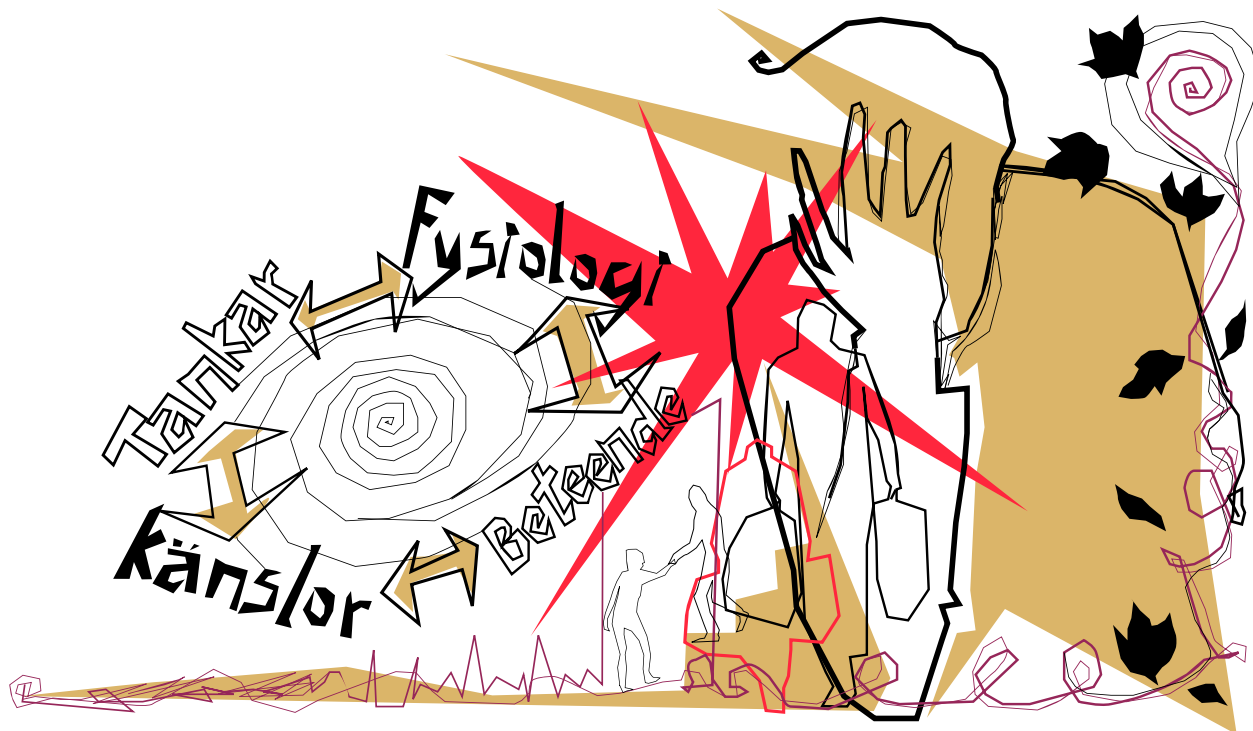
Enkla modeller av KBT kan även användas av mindre primärvårdsteam bestående av till exempel allmänläkare, sjukgymnast och arbetsterapeut, och med lika goda effekter.

KBT i smärtrehabilitering behöver sålunda inte vara komplex och resurskrävande och innebär inte en återgång till en ensidig psykiatrisering av kronisk smärtproblematik.

Enbart arbetslivsinriktade insatser utan föregående medicinsk teambaserad och kognitiv inriktad smärtrehabilitering återför inte de svårt smärtsjuka till arbetslivet.

Den i år aktuella SBU-rapporten om evidensgrundad behandling av långvarig smärta har verifierat tidigare goda behandlingsresultat med bland annat minskad sjukskrivning och ökad arbetslivsåtergång.

Att bättre än hittills stödja smärtsjukvården ligger därför i såväl sjukvårdens som samhällets intresse.



Figur 1. Ömsidig påverkan mellan tankar, känslor, fysiologi och beteende.

serveras. I mycket har därför tidig beteendeterapi varit inriktad på att motverka abnormt smärtbeteende, bland annat för att reducera sjukdomsförstärkande social kommunikation av smärta. Ytterst har målet varit att öka den fysiska aktiviteten och därmed livskvaliteten.

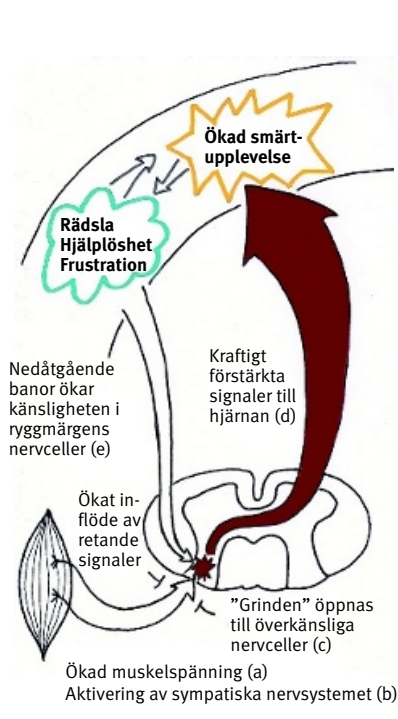
Men detta synsätt, som varit vanligt inom främst amerikansk

ryggrehabilitering, har kritiserats [10, 11]. En ensidigt använd beteendemodell har till exempel hävdats inte kunna ge svar på om det finns ett verkligt smärtlidande eller på vad som är skillnaden mellan fysiologisk smärtpåverkan och psykologiskt smärtbeteende. Modern smärtsfysiologisk forskning har dessutom visat, att vad som tidigare uppfattats som ett i huvudsak psykologiskt beteende (till exempel abnorma avvärjningsreaktioner vid muskelpalpation) till väsentlig del även kan orsakas av objektivt verifierbar överretbarhet i den nociceptiva smärtnoduleringen inom ryggmärg och hjärna [12]. Resultat från kvalitativ rehabiliteringsforskning tyder också på att många smärtsjuka inte utvecklar ett abnormt smärtbeteende, och om det förekommer så är det snarare medvetet än betingat och är dessutom övergående [13]. På vår klinik är erfarenheten den, att abnormt smärtbeteende är ett mindre problem och sällan motiverar särskilda behandlingsinsatser. Empatiskt bemötande och smärtpedagogik leder vanligen till ett spontant upphörande av avvikande smärtbeteende.

Beteendeförändring har dock fortfarande en viktig plats i KBT. Men då handlar det i huvudsak om insatser för återvinande av fysisk aktivitet. Smärta med förändrat och hämmat rörelsemönster leder till strukturella förändringar av kortikala motorneuron [14], vilket ökar risken för långvarigt handikapp. Bakom fysisk inaktivitet finns rörelserädsla och katastroftänkar. På många smärtkliniker anses därför det kognitiva innehållet i KBT ha störst betydelse. Ett förändrat beteende i form av ökad fysisk aktivitet får man så att säga på köpet.

KBT som pedagogisk metod

Hos många smärtpatienter finns sålunda rädsla som kan reduceras genom ökade kunskaper. För att möjliggöra och påbörja en kognitiv omstrukturering är det till exempel nödvändigt att förklara bakomliggande smärtemekanismer, varför värken blivit svårbehandlad och vad man kan göra själv för ökad smärt-



Figur 2. En förenklad patientpedagogisk modell kan illustrera hur rädsla och frustration leder till smärtförstärkning. Muskelspänning (a) [43] och sympatikuspåslag (b) ökar inflödet av retande signaler [44], »grinden öppnas« (c) i ryggmärgen förstärker uppåtgående signaler (d). Även i hjärnan uppkommer en ökad smärtekänslighet [59]. Rädsla och ångest kan även aktivera nedåtgående smärtförstärkande signaler (e) som ökar känsligheten i ryggmärgsneuronen [58]. Information om att det även finns förbindelser mellan cerebral affektiv-kognitiv och sensorisk smärtperception [61] är en viktig del i pedagogiken.

FAKTA 1

Exempel på innehåll i kognitiv smärtpedagogik [60]

- Störningar i patient-läkare relationen vid långvarig smärta
- Smärtans kostnader
- Den fysiska aktivitetens betydelse
- Psykologiska aspekter (ryggmärgens »grindteori»; rädsla ger ökad värk)
- Smärtbeteende
- Hur rädsla för smärta styrs av feltankar
- Kognitiv omstrukturering

(finna alternativa förhållningssätt)

- Problemlösningsteknik och att sätta upp mål
- Stresshantering
- Strategier för bättre sömn
- Depressionshantering
- Metoder för bättre kommunikation
- Hantering av frustration/vrede
- Hantering av tillfälliga försämringar
- Fortsatt hemprogram

kontroll. En del i den pedagogiken kan även vara att visa på en modell för hur destruktiva tankar och rädsla förstärker fysiologiska smärtmekanismer (Figur 2).

Smärtanalysens och smärtförklaringens betydelse

Ibland hävdas att man skall undvika att ge smärtpatienter diagnoser som »medikaliserar och binder i sjukrollen« [15]. Det kan vara riktigt om patienten inte ges någon förklaring till bakomliggande smärtmekanismer eller får besked om att ingen behandling finns och att prognosen är dålig. Men i professionell smärtrehabilitering är diagnostisering en viktig del av pedagogiken och en förutsättning för kognitiv omstrukturering [16, 17]. Med diagnostisering avses i detta sammanhang att göra en smärtanalys och förklara smärtmekanismerna. Vår erfarenhet är att ingen patient vill ha en diagnos i betydelsen av en »sjukdomsetikett«. Vad man i stället önskar är att få en förklaring till sin värk. Det är sålunda smärtförklaringen som är »diagnosen«, inte namnet på smärttillståndet. Smärtpsykologer som Williams och Keefe [18] hävdar, att så länge smärtan förblir oförklarad så fortsätter den smärtsjuka att präglas av katastroftänkande och påverkas mindre av KBT. I Sverige har även Gullacksen [19] visat att den kognitiva processen påbörjas först när smärtpatienterna fått en »diagnos«. Bekräftelse och samtidig förståelse av smärtans orsaker upplevs som en avgörande vändpunkt. I en annan studie av Jeppsson-Grassman [20] var slutsatsen att smärtsjuka som inte ges en smärtdiagnos är svårare att rehabilitera tillbaka till arbete. Smärtförklaringen är sålunda en viktig del i KBT och en förutsättning för motivationsgrundat egenansvar och arbetslivsåtergång.

Informera och förklara – för ökat egenansvar

Att erbjuda en smärtförklaring innebär till exempel att informera om centralt störd smärtmodulering [21-23] och dess associerade symtom som allodyn, hyperalgesi, dysestesi, abnorm eftersmärta (»abnormal aftersensation«) och refererad smärtutstrålning [24]. Väsentligt är att även informera om att känslor som rädsla, stress och frustration negativt påverkar den centralnervösa smärtmoduleringen och leder till ökad värk (Figur 2). Därmed undviks en ensidig biologisering till förmån för en biopsykosocial sjukdomsmodell. Detta öppnar för tillåtande samtal kring emotionella faktorerens betydelse, ett område som tidigare kan ha varit dolt för den smärtsjuka. Kompletterande information kan ges om negativ inverkan av stressorer i livssituationen, värdet av avspänningsmetodik, den kognitiva processen och nödvändigheten av fysisk aktivering. Ett viktigt syfte med denna pedagogik är att tydliggöra nödvändigheten av patientens delaktighet och medansvar i den fortsatta rehabilite-

FAKTA 2

Exempel på hemuppgift för att medvetandegöra feltankar och finna alternativa förhållningssätt

Hemuppgift

Beskriv en aktuell vardags-händelse som gav dig kraftigt ökad värk. Vilka känslor väcktes? Försök att även beskriva dina tankar i den situationen. Vad gjorde du? Kan du idag se något annat sätt att hantera en liknande situation? Vilka känslor och tankar skulle det leda till? Skriv ner och tag med till nästa gruppträff.

Händelse: Handlade och bar tunga matkassar. Fick panik-ont.

Tankar: Det måste vara något allvarligt fel. Jag kan inte ens

åka och handla. Ingen kan hjälpa mig. Allt är hopplöst. **Alternativa tankar:** Min oförsiktighet har väckt de känsliga nervcellerna. Om jag planerar bättre så kan jag faktiskt handla. Jag kan be om hjälp. I morgon känns det bättre, det finns hopp.

Känsla: Blev arg och ledsen. **Alternativ känsla:** Det var jobbigt, men jag blev inte så frustrerad.

Vad gjorde du? Ringde efter min man. Låg hela kvällen. **Vad kan du göra i stället?** En snabbavspänning, tala lugnande till mig själv. Använda en avlastande kundvagn. Avstå från att handla tyngre varor.

ringen. I regel ges informationen i så kallad smärtskola (Fakta 1) av det multiprofessionella teamet och under dagvårdsrehabilitering.

Kognitiv terapi

Förutom bred smärtpedagogik används även mer direkt kognitiv samtalsmetodik. Patienterna får beskriva konkreta vardags-situationer som resulterat i ökad smärta. I samtalen fokuseras på samspelet mellan tankar, känslor, smärtfysiologi och beteende. Syftet är att hjälpa patienterna att finna alternativa, mindre destruktiva sätt att betrakta händelsen [25]. Patienterna får sedan själva vara aktiva med hemuppgifter, där nya situationer bokförs och även vilka känslor och tankar som aktiverades. När sambandet mellan tankar och känslor blivit mer tydligt ges uppgiften att pröva alternativa förhållningssätt i nya situationer (Fakta 2). Kognitiva samtal kan genomföras individuellt eller i grupp.

Alla smärtpatienter behöver inte KBT

Att drabbas av långvarig smärta innebär att ställas inför en svår sjukdoms- och livskris som vanligen tar år att genomgå. Den omställningsprocessen [19] karakteriseras i sitt tidiga stadium av frustration och dålig coping. I senfasen, när nya insikter vunnits, är copingförmågan i regel god. Bedömning av var patienten befinner sig i denna omställningsprocess kan därför styra behovet av KBT. En liknande longitudinell diagnostisering kan göras med hjälp MPI (multidimensional pain inventory) [26] för att särskilja patienter med dålig (dysfunktionell) coping från de med god smärthantering (»adaptive copers«). De tidiga »dysfunktionella« kräver i regel ett intensivt rehabprogram med KBT, medan de mer anpassade och längre komna »adaptive copers« inte alltid ens behöver genomgå medicinsk smärtrehabilitering [27]. Alla smärtpatienter har sålunda inte samma behov av KBT. En annan aspekt är att svårt deprimerade smärtsjuka inte är tillgängliga för KBT utan samtidig medicinering med depressionsläkemedel.

En konkret modell

På vår klinik, som är en multiprofessionell smärtrehabenheter

FAKTA 3

Brett kognitivt förhållnings-sätt vid multiprofessionell smärtehabilitering (exempel från Smärtehab, Helsingborgs lasarett). Även olika fysioterapier och farmakologisk behandling ingår i modellen.

Vårdideologisk grund

- gemensam sjukdoms- och människosyn (biopsykosocial och existentiell).

Noggrann somatisk undersökning och mekanismbase-rad smärtanalys

- av läkare och sjukgymnast (en förutsättning för kognitiv pedagogik).

Insatser för kognitiv omstrukturering

- förklaring av smärtans mekanismer (att »ge en diagnos«)
- information om behandlingsmöjligheter, delaktighet och eget ansvar

- smärtpedagogik (24 lektioner) inklusive kognitiv teori
- gruppsamtal med kognitiv inriktning

Tillämpad avspänningsteknik

- inlärnin g av muskulär avspänning med föreställningsträning (visualisering) och operant avspänningsteknik (»snabbavspänning«)

Modifiering av smärtbeteende

- avbrytande av onödigt eller felaktigt läkemedelsbruk
- individuellt fysiskt aktivitetsprogram

Praktisk målformulering

- enkla och konkreta mål för ökad smärthantering och livskvalitet
- strategier för genomförande

FAKTA 4

Några exempel på metodik i gruppsamtal med kognitiv inriktning

Allmänt. Tala om situationen som gav ökad värk, kartlägg vad som hände, »gräv«.

Lyssna och ifrågasätt. »Jag duger inte ens.« Vad menar du med att duga? Är det verkligen sant? Vad kan du göra? Medvetandegör att tankar-känslor-beteende är sammanlänkade. »Jag är inte värd...« Hur mår du när du tänker så?

Fråga om innebörder. »Jag kan inte se någon framtid.«

Vad menar du? Vad är det värsta som skulle kunna hända?

Fråga de andra i gruppen – någon annan kan ge lösningen. »Jag får alltid ont i benen. Kan bara gå 100 m.« Får ni andra lika ont? Hur långt går ni?

Lyft fram och förtydliga. Där ser du att det dyker upp olika tankar när man har ont och det ger dig olika känslor.

Peka på att upplevda negativa

följder inte behöver vara katastrofala. »Hur skall det bli om 5–10 år?« Vad händer då? Blir det verkligen så?

Lyft fram historiska incidenter. Hur mår du när du försöker göra det? »Bättre.« Där ser du, och det vet du ju.

Medvetandegör den egna dialogen. Vad säger du till dig själv i den situationen (för att klara av den)?

Fokusera på att man kan ge sig själv stöd. Hur kan du ge dig själv uppmuntran när det händer?

Ge hjälp att finna alternativen. Hur skulle du kunna göra istället?

Lyft fram och bekräfta goda strategier. Hur har du kommit fram till det?

Avslutning. Repetera och summera vad som framkommit, tydliggör olika reaktioner och visa på alternativen. Verifiera kognitiv teori utifrån patienternas egna exempel. Ge hemuppgift.

[22], används ett brett kognitivt förhållningssätt (Fakta 3). Detta grundar sig samtidigt på en salutogen pedagogik där den vårdideologiska grunden är »att bemöta patienten utifrån hennes sätt att se på världen« [28, 29]. Den djupavspänningsteknik som används bygger på progressiv (muskulär) avspänning [30] och visualiseringsträning för ökad smärtkontroll [22, 31]. Tillämpad avspänning (snabbavspänning) lärs även ut för att kunna användas i akuta vardagssituationer [32]. Insatser för modifiering av abnormt smärtbeteende är, som redan påpekats, sällan nödvändiga då det knappast förekommer eller snabbt upphör. I smärtpedagogiken (24 lektionstimmar) läggs stor vikt vid att förklara smärtans perifera och centrala mekanismer (»att ge en smärtdiagnos«) och hur dessa påverkas av emotionella faktorer. Ytterst har denna kognitiva pedagogik som mål att medvetandegöra nödvändigheten av delaktighet och egenansvar. Patienterna deltar även i gruppsamtal med kognitiv inriktning [25]. På vår klinik introducerades den metodiken (Fakta 4) genom handledning av KBT-utbildad psykiater. Varje samtalsgrupp består av tre patienter med smärtiläkare eller socionom som samtalsledare. Avsikten är att patienterna skall varsebli automatiska feltankar och finna alternativa förhållningssätt. I det multimodala programmet ingår även fysikaliska terapier, farmakologisk behandling, psykosocialt stöd och bedömning av funktionsförmåga i relation till arbetslivsåtergång.

Behandlingseffekter

Vilka är då behandlingseffekterna? Socialstyrelsens expertgrupp [1] rapporterade redan 1994 att KBT i »en stor mängd kontrollerade studier« visats medföra kliniska förbättringar med minskad smärtupplevelse (med runt 30 procent), ökad fysisk aktivitet (50–100 procent) och minskad medicinförbrukning (50–100 procent minskning). Andelen patienter som återgår i arbete har visats vara dubbelt så stor som för obehandlade kontroller [1, 5]. KBT utövad av ett helt smärtehabteam tycks dessutom leda till bestående förbättringar [33–35]. En-

bart individuell kognitiv terapi tycks halåg till måttlig effekt, till exempel på kvinnor med fibromyalgi [36]. Det är sålunda det breda kognitiva förhållningssättet utövat av ett multiprofessionellt behandlingsteam som ger bäst resultat. I en sådan aktuell behandlingsstudie på kvinnor med fibromyalgi visades sjukfrånvaron reduceras med två tredjedelar, och den samhällsekonomiska vinsten var 1,2 miljoner kr per patient [37]. Andra kostnad-effekt-analyser har visat på stora vinster för sjukvården och samhället [38–40]. SBU har nyligen rapporterat [41] att de goda resultaten av KBT utövat av ett multiprofessionellt smärteam (multimodal rehabilitering) är vetenskapligt väl dokumenterade (evidensgrad 1–2).

Psykobiologiska effekter

KBT har visats kunna ge smärtlindring genom psykobiologisk påverkan [14, 42] i form av minskad muskelspänning [43], reducerad sympatikusaktivitet [44] och ökad endorfinaktivitet [45]. Även störningar inom den centrala smärtregleringen tycks kunna påverkas. Den descenderande smärtinhiberingen kan möjligen förstärkas [46]. Även aktiviteten inom cerebralt smärtmodulerade områden har med bland annat regional blodflödesmätning (rCBF) visats kunna reduceras [47]. Studier med användande av annan funktionell avbildningsteknik (fMRI) pågår [Predrag Petovic, Stockholm, pers medd, 2005].

KBT i primärvården

De flesta patienter med långvarig smärta i öppen vård erbjuds idag endast farmakologisk behandling och fysioterapi. Detta är otillräckligt och leder inte sällan till långvarig sjukskrivning. Samtidigt kommer kraven på ett bättre omhändertagande i primärvården att öka, liksom behovet av smärtehabilitering [48]. Idag finns endast ett fåtal fungerande smärtehabteam i primärvården och många har avvecklats. Ett sådant var smärtea-

met vid Hjällbo vårdcentral i Göteborg (SMIL-projektet), som rapporterade minskade symtom, reducerat läkemedelsbruk, färre sjukskrivningar och ökad livskvalitet hos de behandlade patienterna [49]. Dessutom minskade arbetsbelastningen på vårdcentralen. Tidigare har enkla modeller av KBT (med pedagogik, gruppdiskussioner och djupavspänning) använts i behandlingsstudier på primärvårdspatienter med multipelsymtom [50]. Resultaten har varit goda även långsiktigt [51]. För smärtsjuka kan till och med kortprogram under en och en halv dag ge positiva effekter [52].

En enkel design för primärvårdbaserad smärtrehabilitering med ett brett kognitivt förhållningssätt omfattande smärtanalys, smärtförklaring och annan pedagogik, fysikalisk behandling, avspänningsteknik och hemprogram kan sålunda förväntas ge goda resultat. Teamet kan bestå av intresserad allmänläkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och socionom. Läkarens insatser kan begränsas till att informera om smärtsfysiologi och analgetika. Andra kolleger som remitterar patienter till smärtteamet behåller sitt behandlingsansvar. Pedagogiken kan reduceras till att ge allmän information om smärtproblematik, smärtsfysiologi, smärtmekanismer, behandlingsmöjligheter inklusive läkemedelsterapi, stressteori, sjukdomskrisens olika skeenden (livsomställningsprocessen) och det egna ansvaret (cirka åtta lektionstimmar). Fortsatt hemprogram, uppföljning och utvärdering är viktiga delar. Gemensam bedömning av funktionsförmåga (i relation till arbetslivsåtergång) görs tillsammans med patientansvarig läkare. Detta avlastar behandlande läkare den ofta omöjliga uppgiften [53]. Utbildningsprogram för primärvårdsteam enligt ovan beskriven modell finns idag [54].

Några missuppfattningar

Avslutningsvis finns det skäl att diskutera några vanliga felaktiga föreställningar om KBT.

En sådan är att multiprofessionell smärtrehabilitering, baserad på kognitivt beteendeterapeutiska principer, jämföras med individuell KBT så som den utövas av legitimerad KBT-psyko-

terapeut inom specialistpsykiatri. Det är vanligt att KBT i smärtrehabilitering uppfattas på detta sätt och därför antas vara komplex och resurskrävande.

En annan vanlig missuppfattning är att legitimerad KBT-psyko-terapeut, om sådan finns tillgänglig, främst skall inrikta sig på individuell patientterapi. Utnyttjande av psyko-terapeutens kompetens i handledning av hela personalteamet i kognitivt förhållningssätt kan ge samma resultat och vara mer kostnads-effektivt [55].

Ytterligare en felaktig uppfattning är, att »eftersom KBT har effekt måste ju långvarig smärta vara psykogent betingad«. Men KBT är effektiv även vid knäledsartros [56] och reumatoid artrit [57], utan att dessa tillstånd betraktas som ensidigt »psyko-gena«. Användningen av KBT i smärtsjukvården innebär sålunda inte en återgång till en ensidig psykiatrisering av långvarig smärta.

Resursförstärkning nödvändig

Långvarig smärta är sammanfattningsvis den vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning och sjukpensionering. Insatser mot de höga sjuktalen har idag givits hög prioritet. Men enbart arbetslivsinriktade åtgärder, en striktare tillämpning av sjukförsäkringens regelverk eller försäkringsmedicinsk utbildning av öppenvårdsläkare kommer inte att hjälpa de långvarigt smärtsjuka. De måste i första hand erbjudas medicinsk behandling i form av teambaserad kognitivt inriktad smärtrehabilitering. Den nu aktuella SBU-rapporten om långvarig smärta [41] har verifierat att multiprofessionell smärtrehabilitering långsiktigt leder till ökat välbefinnande, minskad sjukskrivning och ökad arbetsåtergång. Andra studier har visat att även mindre behandlingsprogram i primärvården kan ge liknande resultat. Att bättre än hittills stödja befintlig smärtsjukvård och tillföra resurser till primärvården för inrättandet av rehabteam ligger därför i såväl sjukvårdens som samhällets intresse.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994. SoS 1994:4.
2. Lidbeck J. Smärtsjukvården är satt på undantag! Varför agerar inte Socialdepartementet? Läkartidningen. 2004;101:3654-5.
3. Lidbeck J. Uppgivna röster om svensk smärtvård: »Situationen känns dystert, jag har övervägt att sluta som smärtläkare«. Läkartidningen. 2001;98:2024-30.
5. Turner JA, Romano JM. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain patients. In: IASP Subcommittee on refresher courses. Refresher course syllabus. Seattle: IASP Publications; 1993. p. 87-90.
8. Turner JA, Romano JM. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In: Loeser JD, editor. Bonica's management of pain. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 1751-8.
10. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. Qual Life Res. 1994;3(Suppl 1):S69-76.
12. Henriksson KG. Muscle activity and chronic muscle pain. Journal of Musculoskeletal Pain. 1999;7:101-9.
13. Gullacksen AC, Lidbeck J. The life adjustment process in chronic pain: psychosocial assessment and clinical implications. Pain Res Manag. 2004;9:145-53.
14. Flor H. Cortical reorganisation and chronic pain: implications for rehabilitation. J Rehabil Med. 2003; Suppl 41:S 66-72.
16. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA. 2004;292:2388-95.
17. Petrie KJ, Frampton T, Large RG, Moss-Morris R, Johnson M, Mechan G. What do patients expect from their first visit to a pain clinic? Clin J Pain. 2005;21:297-301.
18. Williams DA, Keefe FJ. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. Pain. 1991;46:185-90.
22. Main CJ, Spanswick CC. Pain management: an interdisciplinary approach. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
24. Lidbeck J. Central hyperexcitability in chronic musculoskeletal pain: A conceptual break-through with multiple clinical implications. Pain Res Manag. 2002;7:881-92.
25. d'Elia G. Kognitiv psykoterapi i primärvården. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
28. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
41. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk översikt. Stockholm: SBU; 2006.
48. Linton SJ, Bradley LA. Strategies for the prevention of chronic pain. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York: Guilford Press; 1996. p. 438-57.
50. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioural treatment model. Acta Psychiatr Scand. 1997;96:14-24.
55. Jensen I, Nygren Å, Gamberale F, Goldie I, Westerholm P, Jonsson E. The role of the psychologist in multidisciplinary treatment for chronic neck and shoulder pain: a controlled cost-effective study. Scand J Rehab Med. 1995;27:19-26.