

GRUPPESAMTALER SOM PSYKOLOGISK BEHANDLING AF KRONISKE SMERTER

Kirsten Kaya Roessler

2009:3

MOVEMENTS

Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter

Erfaringer fra projektet "Tilbage til arbejdet"

Kirsten Kaya Roessler

**Gruppesamtaler som psykologisk behandling af kroniske smerter -
Erfaringer fra projektet ”Tilbage til arbejdet”**

Kirsten Kaya Roessler
Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund,
Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Udgivet 2009
ISBN 978-87-90923-37-2

Serie: Movements, 2009:3
Serieudgiver: Institut for Idræt og Biomekanik

Forsidefoto: Scanpix/Masterfile
Forsidelayout: Anne Charlotte Mouret
Opsætning: Lone Bolwig

Tryk: Print & Sign, Odense

Indhold

I. Introduktion til projektet ”Tilbage til arbejdet”	5
II. Den psykologiske intervention.....	7
1. Interventionen og deltagere	7
2. Viden om smerte.....	7
3. En 12-timers intervention mod kroniske smerter – koncept og første erfaringer	10
Modul 1: Introduktion	11
Modul 2: Målsætning	16
Modul 3: Aktivitetsplanlægning.....	20
Modul 4: Coping 1	22
Modul 5: Coping 2	25
Modul 6: Afslutning og forebyggelse af tilbagefald	29
III. Evaluering og perspektivering.....	32
1. Evaluering af frafald og gennemførelse	32
2. Erfaringer og resultater fra de fire gruppeforløb.....	33
3. Psykologens refleksioner	35
4. anbefalinger	36
IV. Referencer	38

I. Introduktion til projektet "Tilbage til arbejdet"

Det overordnede formål er at præsentere og evaluere den psykologiske behandlingsmetode, der blev udviklet i forbindelse med projektet "Tilbage til arbejde". Projektet forløb fra sommeren 2007 til marts 2009, og behandlingsgrupperne blev tilbudt mellem marts 2008 og november 2009. Projektet blev udviklet og gennemført af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) i samarbejde med Syddansk Universitet.

Inden for den kommunale ældrepleje har faggruppen Social- og sundhedshjælpere og -assistenter (SOSUere) et markant sygefravær. Det er en belastning for branchens ønske om at opretholde en velfungerende og kvalitetsmæssig tilfredsstillende ældrepleje. Den hyppigste årsag til sygefravær og specielt langtidssygefravær for social- og sundhedspersonale er bevægeapparatsygdomme og kroniske smerter.

Projektets overordnede antagelse var, at en arbejdspladsorienteret intervention og en psykologisk intervention kan være med til at nedbringe smerterne. Projektet indeholdt derfor to interventionsforløb. Den første intervention var en arbejdspladsintervention, mens den anden var et psykologisk rehabiliteringsforløb møntet på de langtidssygemeldte. Rapporten beskriver effekten og overvejelser i forbindelse med den psykologiske del af interventionen.

Arbejdspladsinterventionen startede med et møde mellem med den sygemeldte og lederen, hvor specifikke tiltag som kunne reducere de fysiske krav og dermed lette tilbagevenden til arbejdet for den sygemeldte medarbejder blev diskuteret. Dette kunne f.eks. være en delvis raskmelding med mulighed for at have korte dage, eller det kunne være en ændring af arbejdsopgaver, så den sygemeldte ville se frem til en mindre fysisk belastende arbejdsdag i rehabiliteringsperioden. Hvis der var behov for det, blev der som et 3. trin i interventionen foretaget en egentlig arbejdspladsvurdering. Dette indebærer, at en arbejdsfysiolog fra NFA fulgte med på arbejdspladsen med det formål at vurdere mulighederne for at reducere den daglige arbejdsbelastning.

Den **psykologiske intervention** bestod i en gruppintervention for de personer som ikke er tilbage i arbejde efter 8 ugers fravær. Interventionen bestod af et 6 ugers forløb á 2 timer per uge og blev varetaget af seniorforsker, cand.psych., ph.d. Kirsten Kaya Roessler, Syddansk Universitet. Interventionsforløbet var baseret på en kognitiv adfærdsmæssig tilgang til smerte, smerteoplevelse og smertehåndtering. Formålet var at hjælpe deltagerne til at tackle smerten og reducere frygten for, at arbejdet ville forværre smertetilstanden. Denne intervention blev udført som gruppeforløb i små hold af 2-6 deltagere og tog i høj grad udgangspunkt i den enkeltes sygehistorie.

I projektet deltog SOSUere eller personer med tilsvarende ældreplejeuddannelser, som var ansat i Odense Kommunes Ældrepleje. SOSU'erne blev inkluderet i databasen, når de havde været sygemeldte i 2 uger og årsagen til sygemeldingen var en bevægeapparatl-

delse. Alle Odense Kommunes 24 hjemmeplejegrupper og 24 plejecentre samt 4 servicegrupper blev inkluderet i projektet. I alt blev der inkluderet 113 personer i studiet, hvoraf 15 deltog i den psykologiske intervention. Hovedparten af deltagerne var kvinder, og årsagerne til sygefraværet rakte over et bredt spekter. 64 % var sygemeldt pga. uspecifikt bevægeapparatbesvær i ryg, arme, skuldre og knæ. 25 % havde brækket lemmer og 11 % havde forskellige lidelser, som hverken faldt ind under uspecifikt besvær, brækkede lemmer eller operationer.

II. Den psykologiske intervention

1. Interventionen og deltagere

Den psykologiske intervention havde det overordnede formål at afprøve en kognitiv-adfærdsorienteret tilgang, der kan mindske kroniske smerter i bevægeapparatet hos langtidsygmeldte social- og sundhedshjælpere. Kognitiv terapi er orienteret mod den måde mennesker tænker på. Man prøver ved en forandring af menneskers tankemønstre at ændre deres følelser og deres adfærd.

Til projektet blev der udviklet et interventionsforløb, og det er især overvejelserne og erfaringerne fra dette forløb som vil indgå i den nærværende rapport. Projektlederen har taget udgangspunkt i dansk litteratur om kognitiv terapi (Oestrich & Kolstrup, 2002; Mørch & Rosenberg, 2005) og erfaringer med et kursusforløb om psykologisk gruppearbejde. Forløbets konkrete udformning blev særdeles inspireret af og orienteret efter psykologen Steven J. Linton's manual om "Cognitive-behavioral therapy in the early treatment and prevention of chronic pain" (2000). Interventionen er foregået som 6 moduler à 2 timers varighed.

Projektet arbejder med gruppesamtaler som en interventionsform for personer med smerter. Undersøgelingsgruppen er lille, derved må resultaterne ses som en slags pilotprojekt. Smerter i bevægeapparatet er dog en væsentlig årsag til sygefravær og arbejdsophør, og også evalueringen af en forholdsvis lille gruppe kan give anledning til nye erkendelser.

I den psykologiske intervention deltog i alt 15 personer fordelt over fire interventionsgrupper med 2 til 6 medlemmer. Deltagerne var alle kvinder med en gennemsnitsalder på 42 år.

2. Viden om smerte

Smerte i bevægeapparatet er udbredt blandt mange mennesker. Smerterne kan både være akutte, men også kroniske som f.eks. slidgigt. Kroniske smerter er hyppige, alene omkring 220.000 slidgigtpatienter kontakter årligt det danske sundhedsvæsen. Arvelig disposition, overvægt, manglende fysisk aktivitet, tidligere ledsader og andre gigtsygdomme kan være medvirkende årsager til udvikling af slidgigt. Sygdommen udvikles oftest over en lang årrække (Østergaard, 2003).

Generelt har smerter en stor betydning for menneskers daglige livskvalitet. Det er derfor særdeles relevant for den enkelte patients trivsel at finde behandlingsforløb, som kan forebygge og reducere udviklingen af kroniske smerter. Videre er det centralt at forske i, hvordan mennesker kan lindre deres kroniske smerter. En smertepatient kan ikke (altid) reducere smerterne, men kan forsøge at tackle dem, både fysiologisk og psykologisk.

Man kan forsøge at mestre smerterne i sit daglige liv og prøve at skabe en slags balance. Men det er ikke nemt, og det kan ofte føre til svære kriser og depressioner. Disse depressioner, angst eller spændinger kan i sig selv føre til en øgning af smerteimpulser, så man kommer ind i en ond cirkel, også betegnet som 5-D-syndrom bestående af *dramatization, dysfunktion, drug misuse, dependency, disability* (Brena, 1983). Patienter med kroniske smerter har ofte en forhøjet aktivitet i deres muskler, og forsøg viser, at smertepatienter er hurtigere til at spænde muskulaturen (Baseler, 1996). De er altså mere tilbøjelige til at udvikle muskelspændinger end smertefrie personer. De psykiske processer kan føre til forandringer i det sympatiske nervesystem, til forhøjet svedsekretion eller øget gennemblødning i hud og indre organer. Når samarbejdet mellem krop og psyke er dårligt, kan det således føre til øgning af smerter og andre symptomer (Baseler, 1996). Derfor er det vigtigt at undersøge samspillet mellem kropslig aktivitet og psykisk velvære.

Smertens art og oplevelse

Akutte og kroniske smerter er komplekse, og behandlingen er afhængig af smertens art. Der kan skelnes mellem fire forskellige smerteformer: Inflammatoriske smerter, nociceptive smerter, neuropatiske smerter og psykogene smerter (Jensen, 1997). Kroniske smerter hører ofte ind under nociceptive smerter. De nociceptive smerter kan være forbundet med betændelser, men behøver ikke at være det. Ofte handler det om dybe, borende smerter, og de muskulære smerter er hyppigt ledsaget af kramper. Nociceptive smerter behandles oftest med NSAID (Non-Steroidal-Anti-Inflammatory Drugs) – også kaldt gigtpiller.

Smerter opleves og beskrives forskelligt fra menneske til menneske. Smerterne kommer fra knoglerne, leddets slimhinder og fra de muskler, der forsøger at modvirke ødelæggelsen af leddet. Smerterne kan være varierende fra dage med mange stærke smerter til dage, hvor man kun har få eller næsten ingen smerter. Kroniske smerter er en stor psykisk udfordring, idet der ikke kan forventes en hurtig og vedvarende lindring. Akutte smerter fører ofte til uro, stress og et behov for at gøre noget, mens de kroniske smerter ofte er forbundet med isolation og håbløshed. Mennesker med kroniske smerter kan blive afhængige af medikamenter og blive inaktive på grund af de mange smerter. De kan blive mere modtagelige for psykiske problemer eller få en tendens til at isolere sig fra deres medmennesker. Smertepatienterne kan opleve et tab af identitet i forhold til arbejde og fritidsinteresser samt en ændret rolle i forhold til familien. Der kan udspille sig et reaktionsmønster, der på mange måder ligner det, som ses ved depression (Frølich, 2004). Flere undersøgelser har vist, at patienter med kroniske muskel- eller skeletlidelser – herunder slidgigt – har hyppigere psykiske problemer, f.eks. svære depressioner.

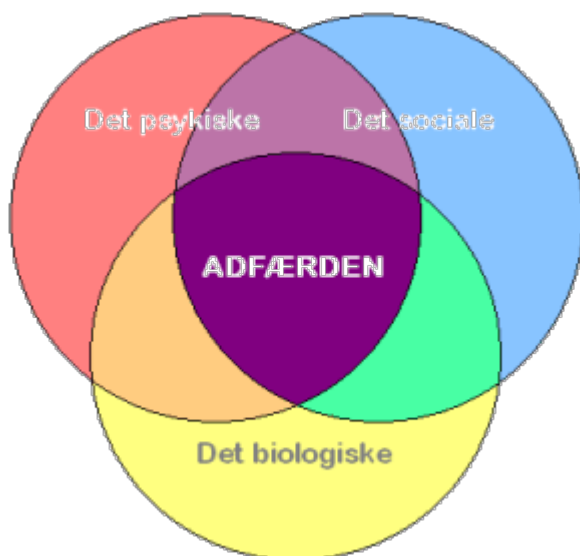
Smerterne behandles med medicin eller ved kirurgiske indgreb, men undersøgelser viser, at også afspændingsteknikker og fysisk aktivitet kan lindre de kroniske smerter. Det er derfor vigtigt, at der i smertebehandlingen sættes ind på flere fronter, da det på grund af de kroniske gigtsmerters kompleksitet er nødvendigt at anlægge en helhedsvurdering (Frølich, 2004).

En helhedsorienteret indsats – samtaler som social støtte

Inden for de sidste årtier har både den offentlige og private sektor haft en enorm fokusering på alternativer til medicinsk smertebehandling, herunder f.eks. fysisk aktivitet eller samtaler. Flere studier understreger den fysiske aktivitets betydning for individets sundhed (Pedersen & Saltin, 2003) og viser, at den fysiske aktivitet medfører en positiv effekt på patienternes smerter og deres evne til at klare sig i hverdagen (Van Baar et al., 2001).

Psykologisk rådgivning samt social omsorg kan også være central i forhold til at støtte patienterne i at mestre tilværelsen på trods af de kroniske smerter. Smerter er ofte multifaktorielle, og derfor bør der fokuseres på en tværfaglig tilgang, hvor den medicinske viden understøttes af sundhedspsykologisk forskning.

Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel understreger, at både biologiske, psykologiske og sociologiske fag bør inddrages, hvis man vil forstå de processer og faktorer, som spiller ind på sygdom og sundhed. I den bio-psyko-sociale sygdomsmodel tages der derved hensyn til den samlede livssituations betydning for udviklingen af symptomer, da mange faktorer har indflydelse på individets sundhed og evne til at ændre adfærd (se også: Roessler, 2009, White, 2005). Den bio-psyko-sociale tilgang er derved en god tilgangsvinkel, hvis smerte- og adfærdsmønstre skal undersøges.



Figur 1: Den bio-psyko-sociale model

Det er denne tværfaglige tilgangsvinkel, der er anvendt i det præsenterede projekt ”Tilbage til arbejdspladsen”, idet der fokuseres på samspillet mellem de fysiologiske (her arbejdes med ergonomiske) og psykologiske faktorer og indsatsområder i forbindelse med kroniske smerter og langtidssygefravær.

Følgende beskrives først det konkrete interventionsforløb, og bagefter evalueres de erfaringer der blev udledt af projektet.

3. En 12-timers intervention mod kroniske smerter – koncept og første erfaringer

Som beskrevet var det især den svenske psykologiprofessor Steven Lintons (2000) model for kognitiv-adfærdsmæssig intervention af muskuloskeletal smerte, der har været inspirationskilde. Linton's kursusforløb er udviklet på den arbejdsmedicinske klinik i Örebro (se også Linton et al., 2005). Forløbet er især udviklet til forebyggelse af kroniske smerter og har en psyko-edukativ orienteret tilgang. Da målgruppen i nærværende projekt allerede var langtidssygemeldt, er her ikke tale om en forebyggende, men snarere en behandlingsmæssig indsats. Linton's model er derfor blevet modificeret sådan, at den informative og edukative del er blevet lidt udvidet til fordel for en mere konkret handlingsorienteret tilgang.

- Modul 1: Introduktion
- Modul 2: Målsætning
- Modul 3: Aktivitetsplanlægning
- Modul 4: Coping 1
- Modul 5: Coping 2
- Modul 6: Afslutning og forebyggelse af tilbagefald

Modul 1: Introduktion

Målsætning

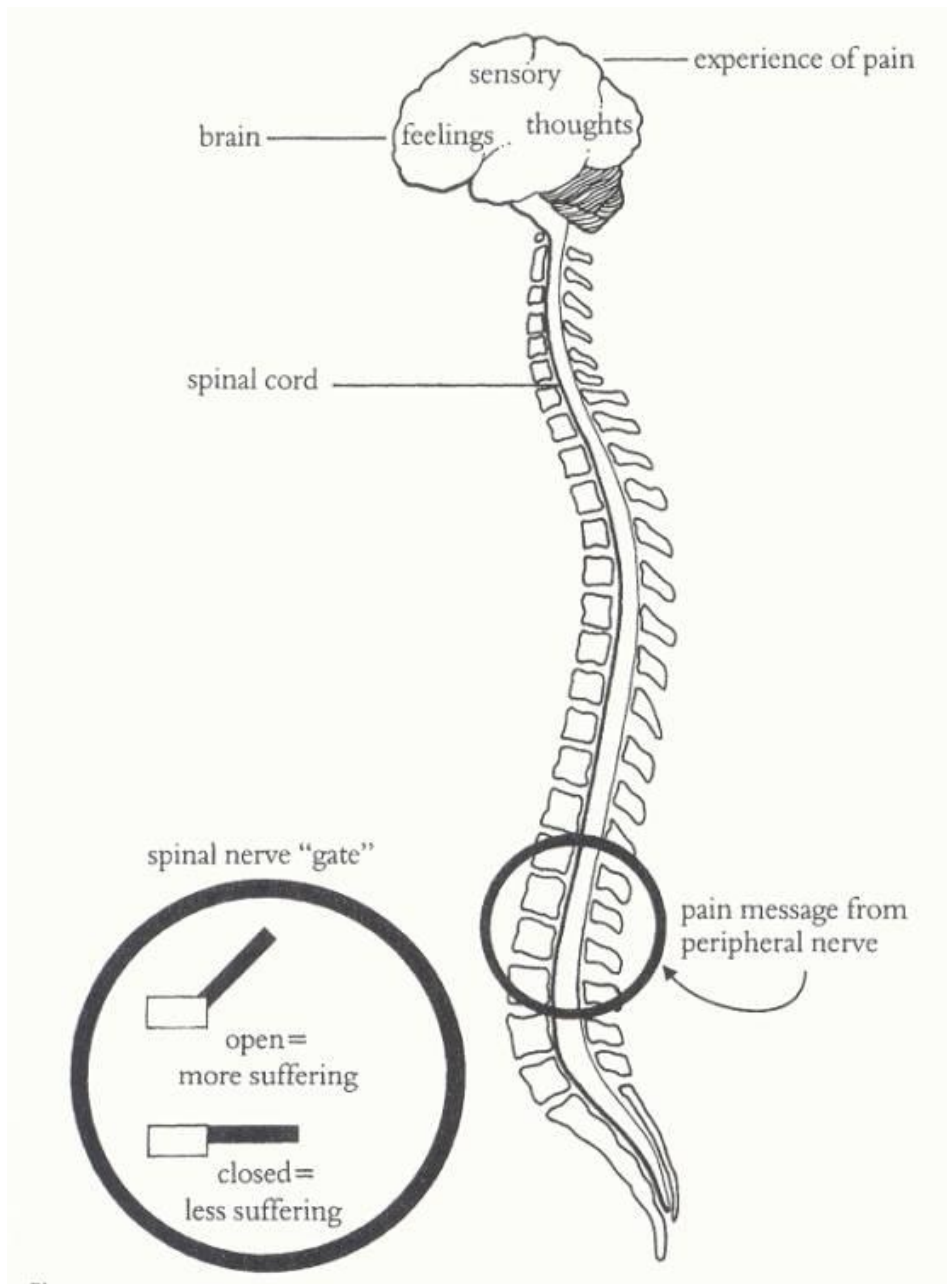
Målsætning i det første møde var at frembringe viden om og indsigt i akutte/kroniske smerteprocesser og muligheder for at behandle smerten farmakologisk, frembringe en positiv atmosfære ved at skabe tillid omkring gruppelederens rolle, introducere til årsager til og behandling af smerte (gate-control, smertefarmakologi) og fortælle og give information om risikoen ved at udvikle kroniske smerter.

Øvelse med deltagerne: Hvad arbejder du med. Hvor længe har du haft kroniske smerter. Hvad ønsker og forventer du her?

Viden

Mange smerteproblemer involverer meget mere end smerte. Typisk er mennesker bekymret for, om de vil være i stand til at komme tilbage i arbejde, udøve fritidsaktiviteter og være aktive i hjemmet. Endvidere er lidelserne såvel som funktion influeret af mange forskellige variabler. Mange af disse variabler kan måske forandres eller kontrolleres, helt eller delvist. Risikoen for at udvikle kroniske problemer er stor. Omkring 85 % af alle voksne søger hjælp for rygsmerter undervejs i deres arbejdskarriere. Smerter lader til at være tilbagevendende periodisk. Det er muligt at påvirke smerteintensiteten og at minimere konsekvenserne af smerte (f.eks. ved aktiviteter eller ved en forandring af stemning og humør). 5-10 % af alle smertepatienter udvikler kroniske problemer. Arbejde, familien og psykiske faktorer er relateret til udviklingen af vedvarende kronisk smerte. Det er ikke kun muligt, men ønskeligt at forhindre udviklingen af kroniske problemer.

Deltagerne bliver herefter introduceret i gate-control-teorien af psykologen Ronald Melzack (1965) som viser, at smertens oplevelse er afhængig af faktorer som angst, koncentration eller forventning. Smerter bliver bearbejdet i det centrale nervesystem. I rygmarven, talamus og i storhjernen sker en forarbejdning af smerteinformationer. Der er et gate, en dør i nervesystemet, som afgør, om smerteimpulser bliver videreført til hjernen og derved bevidstheden.



Figur 2: Gate-control Theory (efter Melzack, 1965)

Øvelse

Find situationer, hvor I er meget opmærksomme på smerten, hvor I forventer den kommer, og situationer, hvor I har oplevet at ”glemme” smerten.

Viden (fortsættelse)

Smerteformer og –behandling

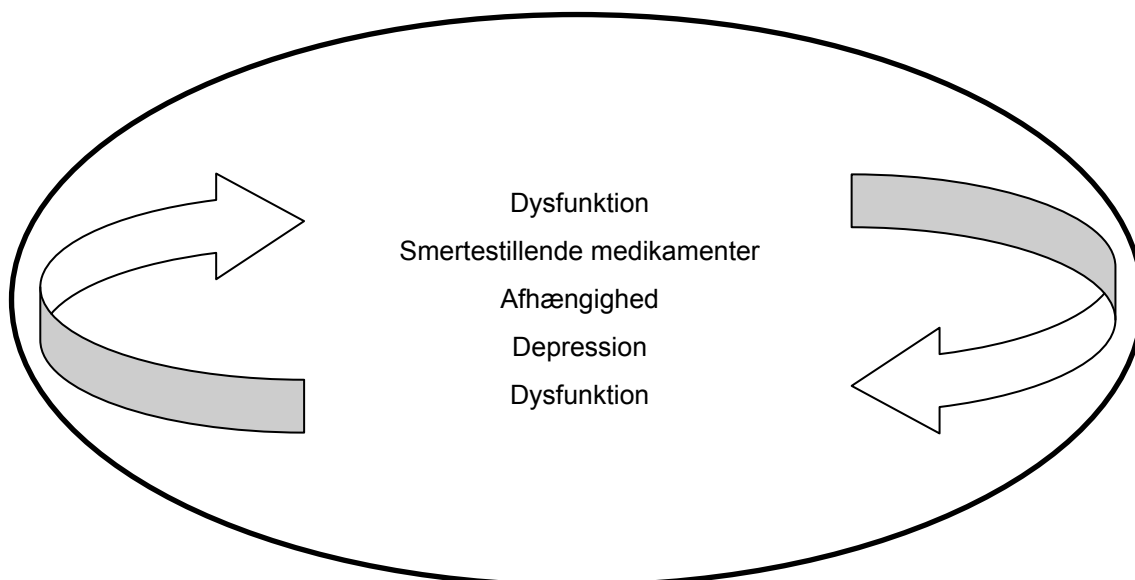
Der kan skelnes mellem fire forskellige former for smerte (Jensen, 1997).

- **Inflammatoriske smerter**
Smerter i forbindelse med betændelser. Behandlingen er betændelseshæmmende og smertestillende medikamenter (NSAID – non-stereoid-anti inflammatory drugs, navn: Ibuprofen, Voltaren). Bivirkninger: maveproblemer/tilsløring
- **Nociceptive smerter**
Dybe, borende smerter med/uden betændelse, f.eks. kræftsmerter – opioider (kodein, tramadol, morfin)
Ulemper: afhængighed
- **Neuropatiske smerter**
Nervebetændelser (Iskiassmerte eller lynsmerte). Disse behandles med Antidepressiva (medikamenter mod nedsat stemningsleje) eller Antikonvulsiva (krampeløsende medicin), typisk benzodiazepiner, krampemindrende), som virker stærkt vanedannende.
- **Psykogene smerter**
Smerter, hvor der ikke kan findes en fysisk årsag, f.eks. fibromyalgier eller lignende. Disse smerter behandles ofte med psykofarmaka eller opioider, dvs. angstdæmpende eller beroligende medicin. Bivirkninger er ofte, at patienterne lever i en konstant kemisk tåge.

Diskussion

Hvornår tager I medikamenter og i hvilke situationer? Spørgsmålet har formålet at gøre deltagerne opmærksomme på deres forbrug af smertestillende medikamenter og identificere situationer, hvor medikamenterne er nødvendige og hvor de er mindre vigtige.

Dertil introduceres smertens onde cirkel (Brena, 1983) for at vise, at der nemt kan udvikle sig en ond cirkel mellem smerte, medikamentforbrug, nedsat stemningsleje og dysfunktion og derved endnu mere smerte.



Figur 3: Smertens onde cirkel (efter Brena 1983)

Færdigheder

”Lad gå” afslapningsteknik:

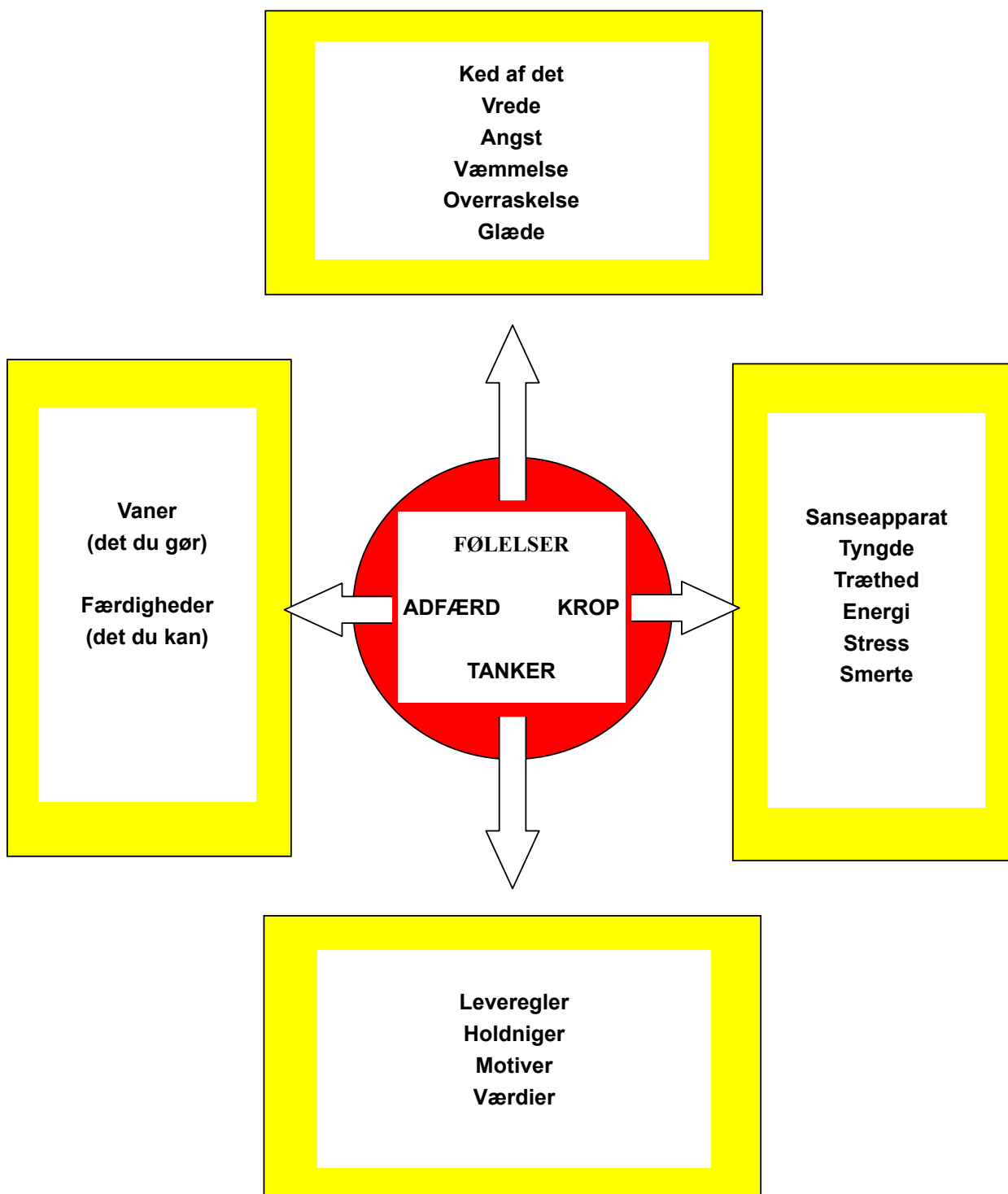
- find en behagelig stilling.
- tag to dybe vejrtrækninger, hold vejret i 10 sekunder og ånd ud.
- fokuserer på noget ensformigt (mantra: stille og rolig) og træk vejret stille og roligt.
- lad gå, når der åndes ud. Fokuser ikke på afslapning, men på at trække vejret

Denne afslapningsrespons kan relativt hurtigt udføres. Typisk vil det første forsøg tage 10-15 minutter plus den tid, der er nødvendig for en kort efterfølgende diskussion.

Den kognitive model

Til sidst bliver deltagerne introduceret i den kognitive model (efter Oesterich & Kolstrup, 2002, 28ff), som skelner mellem tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærden. Idéen med at introducere modellen er, at deltagerne skal lære at skelne mellem især deres tanker og følelser i forbindelse med smerter. I deres hjemmeopgave bliver de bedt om at iagttage og rapportere smertefulde og smertefrie perioder på en udvalgt dag i den kommende uge. De skal beskrive de smertefulde situationer meget nøjagtigt (hvad følte jeg, hvad tænkte jeg, hvad skete i min krop, hvad gjorde jeg)

Den kognitive model



Figur 4: Den kognitive model (efter Oesterich & Kolstrup, 2002, 28)

Afslutning

Hvad har I fået ud af i dag? Hvad vil I arbejde med næste gang?

Modul 2: Målsætning

Timen starter med at introducere deltagerne til Lena casen.

Lena casen

(Casen og opgave 1 er oversat efter bogen af Steven J. Linton: Cognitive-behavioral therapy in the early treatment and prevention of chronic pain, Örebro, Sverige 2000, 37ff.)

Lena er en 38-årig sekretær, som er gift og har to børn. Hun er en aktiv kvinde og hendes helbred er sammenligneligt med andre kvinder på den alders. En dag vågner Lena op med ondt i nakken. Selvom hun ikke har været involveret i nogen ulykke eller haft noget traume, kan hun relatere besværet til, at hun har arbejdet meget intensivt med data i flere dage for at færdiggøre en rapport. Hendes nakke er stiv, med smerte og ømme muskler hele vejen ud til hendes skuldre. Da hun stod op af sengen, fik hun en slem hovedpine. Det var svært for Lena at bevæge sit hoved normalt, og selv små bevægelser gjorde ondt.

Ikke desto mindre forsøger Lena at sende børnene i skole og gøre sig parat til at tage på arbejde. Dette går dog ikke så godt, da hun har mange smerter. Det er svært for hende at tænke på andet, og hun beslutter sig for at tage til læge. Hun tager også på arbejde.

Lægen undersøger hende og er ikke overrasket over de symptomer, som hun fortæller om. Hendes muskler er spændte, og hun beskriver sine smerter som stivhed og som en kniv, der hugger i nakken. Lægen konstaterer, at der ikke er sket nogen alvorlig skade, og at smerten kommer fra muskelspændinger og inflammation. Han råder Lena til at hvile nogle dage hjemme og derefter arbejde mindre intensivt ved computeren. Han udskriver en recept på nogle smertestillende tabletter, som også har en muskelafslappende effekt.

Hjemme har Lena svært ved at nå det huslige arbejde. I stedet for at lave de traditionelle retter køber Lena delvis tilberedte madvarer. Hun spørger sin mand, om han ikke vil gøre rent og handle ind. Da hendes mand er meget bekymret for hendes helbred, er han meget villig til at hjælpe hende. Hun har også besvær med at lege med sine børn som normalt. På arbejdet er kollegaerne også bekymret for Lena. Hun er en respekteret og effektiv kollega, og alle ønsker, at hun får det bedre, så hun kan komme tilbage på arbejdet. Gradvis får Lena det bedre, og hun er kun væk fra arbejdet i få dage.

Tre måneder efter har Lena et tilbagefald. Denne gang har hun så mange smerter, at hun nærmest ikke kan komme ud af sengen. Hun ved, at hun skal gøre noget ved det. Hun melder sig syg og besøger igen sin læge. Lægen undersøger kort Lena og siger, at det er de samme problemer som tidligere: muskelspændinger. Lægen udskriver en sygeerklæring og råder Lena til at hvile. Lena tror, at dette er klogt, siden hun får mere ondt, når hun arbejder. Hun beslutter sig for også at tage det stille og roligt i hjemmet. Derudover får hun en recept på nogle stærkere piller.

Uheldigvis forsvinder smerten ikke. Selvom Lena får det lidt bedre, fortsætter hendes nakkesmerter. Det er ikke længere muligt for Lena at nå alt på arbejdet, da firmaet er inde i en stressende og intensiv periode. Lena prøver at hvile mere hjemme, men hun føler sig skyldig over ikke at kunne deltage i aktiviteter med sine børn og sin mand, og over at de

skal udføre hendes arbejde i hjemmet. Hun undrer sig over, hvorfor hun ikke får det bedre. Er der en seriøs skade, som lægen har overset? Det gør ondt, hver gang hun bevæger sig i en bestemt retning, der må være en grund. Hun spørger sig selv: Skal jeg vente indtil skaden er komplet helet, kan jeg skade mig selv mere ved at arbejde?

Lena begynder på arbejdet igen, men hurtigt udvikler smerterne sig igen. Denne gang bliver smerterne gradvis værre. Hun beslutter sig for at nå til bunds i problemet og virkelig tage sig af sig selv, da hun er bange for, at smerten kan blive permanent, eller at den skyldes en farlig skade. Lena tager til lægen og modtager endnu en sygeerklæring og en recept. Disse tabletter er stærkere og hjælper, selvom Lena føler sig døsigt og træt, når hun tager dem.

Smerten varer ved. Efter tre uger hjemme har Lena en opfølgende konsultation hos lægen. Lena tænker meget på smerterne og hvorfor de ikke bliver bedre. Hun tænker på, om hun nogensinde vil blive i stand til at komme tilbage på arbejdet og tage ansvaret for sin familie igen. Lena er træt og nedtrykt, smerten har stjålet Lenas livskraft. Selvom Lena har hvilet meget, føler hun sig gnaven og irriteret.

Lægen siger, at der ikke er mere, han kan gøre og henviser Lena til en fysioterapeut. Endvidere er Lena begyndt at få ondt i sin ryg, hvilket har gjort det svært for hende at sove. Familiens rutiner i hjemmet har ændret sig betydeligt, og Lena føler, at hun ikke er i stand til at klare det sociale liv hun havde.

Efter endnu tre uger hjemme ringer forsikringslederen til Lena. Han undrer sig over, hvornår Lena vil blive i stand til at arbejde. Dette gør Lena meget ked af det. Hun sidder tilbage med en følelse af, at de ikke tror på, at hun virkelig er syg. Det er let for en sund manager at snakke om fordelene ved at komme tilbage på arbejdet.

Opgave 1

Efter gennemlæsning af casen bedes deltagerne besvare følgende spørgsmål:

- Hvorfor udviklede Lena kroniske problemer?
- Individuelle faktorer (f.eks. hun var svag, overvægtig, lav smertetærskel)
- Miljømæssige faktorer (hårdt arbejde, familiemæssige problemer)
- Medicinske faktorer (nedslidt diskus, skadet)
- Hvad synes du, at Lena skal gøre eller skulle have gjort for at forhindre smerten i at blive værre og måske blive kronisk?
- Hvorfor tror du, du har smerte?
- Hvad er din risiko for at udvikle kroniske smerter?
- Hvilke faktorer skal der arbejdes med? (Vær specifik, definer adfærdstermer).

Diskussionen centrerer om at definere forberedende mål og områder, som skal dækkes i forløbet. Forsøg at formulere disse områder og mål i de termer, vi har opstillet for den kommende sektion - f.eks. smertekontrol, fysisk træning osv.

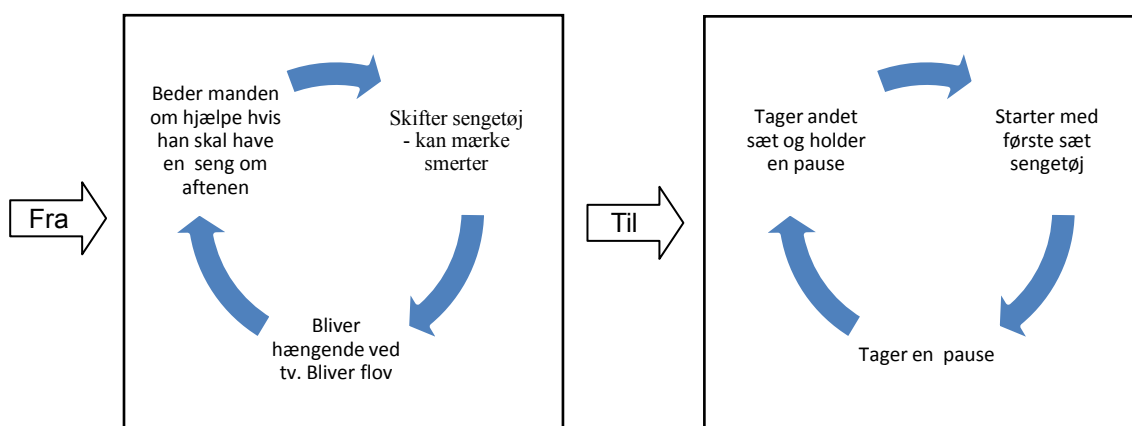
Opgave 2

Opfølgning på hjemmeopgaven hvor deltagerne skulle finde typiske situationer i en hverdag, hvor smerte spiller en rolle. Situationerne skulle sættes ind i elementerne fra den kognitive model for at skelne mellem tanker og følelserne.

Situation	Tanker	Følelser	Krop	Adfærd
Madlavning	- Jeg skal gøre det - Jeg må ikke vise smerte - Hvorfor kan ingen gøre noget?	Irritation Vrede Ked af det	Træt Tung	Trækker sig tilbage og vil være alene
Skifte sengetøj	- Jeg kan ikke tage betrækket af - Jeg har svært ved at bede om hjælp	Skam Flovhed	Smerter som udstråler i benene	Beder manden om hjælp

Arbejde med situationerne

Hvad er de centrale følelser og hvordan kunne mere hensigtsmæssige reaktioner se ud?



Deltagerne skal blive klar over deres følelser af skam og flovhed og indrette deres rytme efter egne behov, f.eks. holde korte pauser og være opmærksom på sin egen vrede.

Øvelse

Find fem ting, man er god til (for at skabe kontakt med egne ressourcer)

F.eks. deltager 1: Jeg er god til mit arbejde

Deltager 2: Jeg er god til min have og mine krukke

Deltager 3: Jeg er god til at lytte

Hjemmeopgave

Før smertedagbog og prøv at skelne mellem situationer, hvor smerten ”overtager”, og hvor smerten er til at udholde.

Modul 3: Aktivitetsplanlægning

Hjemmeopgave

Opfølgning på smertedagbogen – hvornår kan smerten holdes ud, hvornår ikke. Her præsenterer deltagerne, hvad de i den sidste uge har rapporteret af smertefulde hverdags- eller arbejdsituationer. Situationer bliver diskuteret i gruppen, og de andre gruppemedlemmer få lov til at komme med forslag.

Psykoedukation: Angst og aktivitetsmønster

Angst, bekymring og muskelspænding er den mest naturlige måde at reagere på smerter. Man prøver at undgå de bevægelser, hvor smerten optræder. Når man undgår disse bevægelser, så mister man muligheden for at afprøve, om aktiviteten kan gennemføres med lidt eller mindre smerte.

Normal tilpasser vi rytmen mellem pause og aktivitetstempo efter behov. Smerte afbryder denne rytme. Nogle ”pacer” aktiviteten (hvis jeg skynder mig nu, så kan jeg hvile bagefter), andre er så stresset, at de ikke tør at holde pauser, andre arbejder monoton eller undgå aktiviteten.

- ⇒ Du opnår mest ved at tage korte pauser og variere tempoet
- ⇒ Du opnår mest, hvis du prioriterer

Det er også vigtigt, hvordan vi fortolker fysiske fornemmelser. Følelser er produceret af hjernen, og det er kognitivt, om vi fortolker positivt eller negativt. Det er vigtigt, at fortolke signalerne rigtig, især angstfuld opmærksomhed eller negative fortolkninger har en forstærkende effekt.

Øvelse: Problemliste og graderet målsætning

Skriv alle problemer ned som du synes er vigtige for tiden, også problemer som ikke umiddelbart har relevans for dine symptomer. Vær så specifik som muligt. Problemerne behøver ikke kun at være arbejdsrelateret (Her anvendes skema 6 fra bogen Mørch, M. & Rosenberg, N.: Kognitiv terapi, Hans Reitzel, 2005).

Del op i langtids- og korttidsmål og definer op til 4 graderede delmål. (Her anvendes skema 9 fra bogen Mørch, M. & Rosenberg, N.: Kognitiv terapi, Hans Reitzel, 2005). Deltagerne bedes skrive alle problemer ned som de synes er vigtige for tiden, også problemer som ikke umiddelbart har relevans for deres symptomer. De bedes være så specifikke som muligt. Problemerne behøver ikke kun at være arbejdsrelaterede.

Eksempler på problemer

Deltager 1: Har taget 5-10 kg på gennem de sidste 3 måneder.

Deltager 2: Ryger selv om der er lungeforandringer. Har smerter og vrisser til tider af manden.

Deltager 3: Har ondt i kroppen. Nedslået. 7-8 kg vægtforøgelse gennem et halvt år. Keder sig.

Deltager 4: Har haft 10 kg vægtforøgelse gennem de sidste 3 måneder.

Aktivitetsplanlægning

- Hvilke aktiviteter vil eller skal du lære?
- Hvilke aktiviteter vil eller skal du forøge?
- Hvilke aktiviteter vil eller skal du formindske?

Aktivitetsplanlægning for de næste dage: Hvornår skal jeg lave hvilken aktivitet? Hvad kan jeg forvente/aftale af støttemuligheder?

Eksempler på aktivitetsplanlægning & målsætning

Deltager 1:

Langtidsmål: At få en afklaring af min fremtid. At få hverdagen til at fungere.

Tab 5 kg i alt.

Delmål: At tabe 2 kg til næste gang.

Deltager 2:

Langtidsmål: At der er orden i tingene og hverdagen fungerer.

Delmål: At afklare revalideringen og lave rygøvelser hver dag.

Deltager 3:

Langtidsmål: At gå 30-60 minutter hver dag med forskellig tempo.

Delmål: At finde et kursus til blomsterbinding.

Deltager 4:

Langtidsmål: At holde op med at ryge og at tabe 10 kg.

Delmål: Daglig gymnastik.

Hjemmeopgave

Evaluering af aktivitetsplanlægningen. Lave konkrete dagsplaner.

Udfyldning af symptom uge-skema.

Modul 4: Coping 1

Diskussion af hjemmeopgave fra sidste gang: Arbejde med delmålene – hvad er der sket i sidste uge?

Psykoedukation: negative tanker, overgeneralisering og overdramatisering

- Den indre monolog
Dine automatiske tanker fortrænger alle informationer fra enhver anden kilde og især negative tanker udløser tvivl, ængstelse og dårligt humør. En destruktiv indre monolog kan gøre én syg, og negative automatiske tanker ødelægger humøret på en langsom og subtil måde. Den indre monolog har indflydelse på fysiologiske aspekter.
- Vurdering
Det er ikke begivenheden, men din vurdering af begivenheden, der gør dig ked af det eller angst. Vurderingen hænger især sammen med ens holdning til begivenheder. Udsagn er pessimistiske, når de kan indledes med ”altid, aldrig” og optimistiske, når de kan indledes med ”lige nu”. Altså f.eks. i stedet for at sige ”min smerte bliver aldrig bedre og jeg vil altid være sygemeldt”, sige ”lige nu går det ikke så godt, men smerterne kan kontrolleres og der tages tiltag til, at de bliver bedre”.

Pessimistisk vurdering	Optimistisk vurdering
Problemerne er: <ul style="list-style-type: none">• Evige• Udenfor kontrol• Underminerer alt	Problemerne er: <ul style="list-style-type: none">• Forbigående• Kontrollerbare• Specifikke og knyttet til noget bestemt

- Negative tanker
Deltagerne skal lære, at tanker influerer på fornemmelsen af smerte. De skal kunne identificere negative tanker og finde ud af, om de laver kognitive fejltagelser

Negative tanker (eksempler)
Om mig selv: Jeg er til besvær for andre
Om de andre: De andre forstår mig ikke
Om verden: Min fremtid bliver ikke anderledes

Omstrukture-ring af negative tanker	Tanken	Følelsen	Overbevisning	Alternativ tanke	Har følelsen ændret sig?
Eksempel 1	Jeg er til besvær	Vrede 5	100%	Her går min grænse	Vrede 3
Eksempel 2	Jeg bgrænser min familie	Ked af det 8-9	100%	Jeg sørger for at dagen ender godt for alle	Ked af det 4-5

Overgeneralisering og overdramatisering:

- f.eks. ”når jeg har smerte, er der ingen der forstår mig”
- at drage den værste tænkelige konklusion

Øvelse

Identificer dine negative tanker og spørg dig selv

- om de er nøjagtige,
- hvilken effekt det har at vende dem til noget positivt?

Destruktivt fokus

- Hvilke ulemper er der?
- Hvad kan du ærgre dig over?
- Hvordan kan du opfatte situationen, hvis det skal være noget dårligt, du får ud af det?
- Hvad er det værste, der kan ske?

Konstruktivt fokus

- Hvilke fordele er der?
- Hvad kan du glæde dig over?
- Hvordan kan du opfatte situationen, hvis det skal være noget positivt, du får ud af det?
- Hvad er det bedste i det?

Øvelse

Situationer hvor I kunne abstrahere fra smerten og tænke på andet.

Situationer hvor I har følt smerten, men hvor andet var vigtigere.

Tænk på en succesoplevelse i den sidste tid: hvordan lykkedes det, hvad var Jeres andel, hvad gjorde andre.

Eksempler på succesoplevelser

Deltager 1: Har købt og plantet krukke og husker en situation, hvor hun og familien kigger på dem.

Deltager 2: Husker en situation, hvor hun er hjemme i haven i godt vejr.

Færdigheder

- Identificer faresignaler: situationer og kropslige følelser, som signaliserer smerte.
- Anvend afslapning (øvelse ”lad gå”, hurtig afslapning).
- Positive selv-statements (omdefiner negative statements til positive).

Hjemmearbejde

Identificer negative tanker og omstruktur dem til konstruktive.

Øv hurtig afslapning.

Modul 5: Coping 2

Hjemmearbejde

Identificer negative tanker og omstrukturer dem til konstruktive.

Øv hurtig afslapning.

Opfølgning på aktivitetsplanerne.

Tema

- At levere information om hvordan arbejdspladsen og familien kan blive påvirket af deltagerens smerteproblem (at lære at være empatisk).
- At lære at være snarrådig. Deltagerne skal forstå, hvordan de kan markere grænser og samtidig kunne gå på kompromis. Dette inkluderer at være i stand til at sige ”Nej”, når det er nødvendigt.
- At hjælpe deltagerne til at identificere reaktioner og adfærd hos dem, der hjælper mest med at støtte deltagerens ”heldbredsadfærd” på lang sigt.

Psykoedukation

Personens smerte påvirker både familie og venner, ligesom disse samtidig har indflydelse på hvordan vi opfatter, reagerer på og håndterer smerte. Virkningerne er tosidede: Smerten påvirker den enkelte, men mennesker med smerte påvirker også andre.

Et eksempel herpå er, hvordan forældres smerte påvirker det forbillede, som de udgør for deres børn. Børn, som er opvokset i en familie, hvor en af forældrene har en kronisk sygdom, har dobbelt så stor risiko for at udvikle milde kroniske smerter i forhold til børn fra andre familier. Dette kan skyldes, at de fleste helbredsrelaterede adfærdsmønstre er noget man lærer. Dette problem er også relevant for deltagerne, idet de måske selv har børn og på den måde er forbillede for deres børn. Mennesker med muskel/skeletsmerter føler sig ofte skyldige, fordi de ikke vil eller kan deltage i aktiviteter, som de før har delt med familie eller venner. Børn for eksempel vil måske gerne spille bold eller lege på gulvet; aktiviteter der kan være svære, hvis man har smerter. At fortælle barnet at man ikke kan deltage, kan generere en følelse af skyld.

En naturlig reaktion fra familiemedlemmer, når vi klager over smerte, er sympati og et ønske om ”at hjælpe” (f.eks. sympati, støtte). Selvom dette er meget normalt og naturligt på kort sigt, kan det have den modsatte effekt på langt sigt.

Sociale relationer kan for eksempel blive ”smertebaserede”. Familie og venner kan måske føle, at deres fritidsaktiviteter begrænses, når de hele tiden skal tage hensyn til en anden persons smerte. Familie og venner kan føle sig *skyldige*, fordi de på langt sigt ikke ved, hvad de kan gøre for at hjælpe, men ikke desto mindre tror, at den lidende forventer, at de skal ”gøre noget”. Endvidere kan de føle sig skyldige, fordi de helst vil være fri for ”at hjælpe”, men ser smerteklagen som et råb om hjælp.

Den måde, hvorpå familie og venner reagerer på vores smerte, kan endda have indflydelse på, hvordan vi opfatter smerten, og hvordan vi forholder os til den. At få opmærk-

somhed (eller sympati) kan være rart. Men især hvis der er begrænsede muligheder for at lindre smerten, kan det være ødelæggende for et normalt forhold på længere sigt. Dette er sædvanligvis ikke en bevidst handling, men det kan resultere i, at personens livsstil måske gradvist og dramatisk flytter sig i retning af en passiv livsstil med en høj grad af afhængighed af andre.

På den anden side kan familie og venner (på arbejdet eller andre steder) være vitale i forhold til at give støtte, forudsat at det er den rette type af støtte. Disse venner og familie kan give følelsesmæssig forståelse og samtidig opmuntre til selvhjælp, uafhængighed og aktiv håndtering.

Øvelse

- Hvordan blev sygdom/smerte håndteret i Jeres familier – og hvad vil I lære fra Jer?
- Hvordan er jeres partnerrelation ”smertebaseret” – hvad går f.eks. ikke længere?
- Hvad føler partneren sig ”forpligtet” til at gøre?
- Hvad føler I Jer forpligtet at ”skjule”?
- Hvad er god opmærksomhed, og hvad er ”overbekymring”?

Familie og venner kan opmuntres til at give den rigtige støtte med opfordringer, og man kan selv hjælpe venner og familie med at mindske deres skyldfølelse:

- For det første er det muligt at opføre sig på en måde, så andre ikke føler skyld. En person kan for eksempel gøre det klart, at han/hun ikke forventer/ønsker hjælp eller sympati. Eller man kan foreslå et sjovt alternativ til en foreslået aktivitet, man ikke kan deltage i.
- For det andet kan man gøre sine behov klare og samtidig være fleksibel med hensyn til at indgå kompromisser.
- For det tredje kan den rette støtte tilskyndes. I korte træk involverer dette at levere en klar stimulans til den anden person, der sætter scenen for den korrekte støttende respons.
- Endelig kan håndtering f.eks. planlagt afslapning eller gåture bruges til at konfrontere den pågældende aktivitet. Sædvanligvis er normale aktiviteter ikke skadelige (faktisk gavnlige), selvom de nogen gange kan være smertefulde.

Arbejde og fritid

Tungt arbejde, bukning, drejning, monotomt arbejde, vibrationer og den slags har alle vist sig at være betydelige risikofaktorer for muskel/skelet smerter. Dog er der ofte sociale aspekter involveret på jobbet eller i hjemmet, der styrer mulighederne for at foretage ændringer.

Forventninger fra for eksempel familien og kollegaer skal måske også adresseres. For eksempel tror nogle overordnede, at en person med smerte skal være 100 % rask, inden de vender tilbage til jobbet. Da rehabiliteringen ofte er gradvis i forbindelse med

muskel/skeletsmerter, ville dette betyde lange perioder med ventetid, der kunne medføre en forøget sandsynlighed for kroniske problemer. En klar dialog kan være en hjælp - igen med brug af de beskrevne teknikker.

Endelig kan smerteproblemer begrænse en persons fritidsaktiviteter på en uønsket måde. Nogle aktiviteter er simpelthen for svære at deltage i med smerter. Dog kan håndteringsstrategier hjælpe med at løse disse problemer og konfrontere situationen i stedet for at undgå den. Man kan som nævnt ovenfor være nødt til at bruge planlagt afslapning. Et andet eksempel er positiv selverkendelse for at overkomme frygt for ”ikke at være i stand til at klare den pågældende aktivitet”.

Endvidere kan man have brug for at lave en slags analyse over hvilke fritidsaktiviteter, der er vigtige og hvorfor. Som oftest kan en aktivitet, der simpelthen bliver umulig at udføre, erstattes af andre lige så sjove aktiviteter. I stedet for eksempelvis at deltage i en sportsgren kan man blive træner. I stedet for at lave individuelle aktiviteter som f.eks. male (kunst), kan man deltage i en aktivitet med familien f.eks. et spil, en gåtur, en udflugt. (Problemløsning kan bruges her). Ideen er, at de fleste af os har et bredt udvalg af fritidsaktiviteter, som vi gerne vil deltage i. Derfor behøver store problemer med at deltage i en specifik aktivitet ikke at være ensbetydende med et mindre aktivitetsniveau eller livskvalitet. For det første kan håndtering bruges til at deltage på trods af smerten. For det andet kan et grundigt kig på vores familie og fritidsaktiviteter give os muligheden for at analysere, hvad vi har gang i, og dermed maksimere mulighederne for at planlægge hvilke aktiviteter vi virkelig ønsker at deltage i.

Øvelse

Hvordan kan mine fritidsaktiviteter omstruktureres eller tilpasses?

Færdigheder

- Positiv forstærkning.
- Tommelfingerreglen er 4 komplimenter for hver kritik. Dette vil også gøre livet rarer og styrke positive forhold.
- Læring af passende svar
 - Rigtig: ”Hvordan tror du, jeg har det taget i betragtning af, at jeg har haft problemer med at udføre den (aktiviteten) før?”
 - Forkert: Skyldspålgende svar eller manipulation, f.eks. ”En rigtig ven ville hjælpe.” ”Jeg ved ikke, hvordan jeg skal klare det med så mange rygsmerter. Gør du?”
- At sige nej uden at føle skyld.
Vær klar til at præsentere dine behov, ønsker, eller meninger og vær klar til at gå på kompromis. Brug fremskyndelse og problemløsning til at give alternativer. Sig nej når det er passende!

Vær forberedt på positive reaktioner (forstærk!) såvel som negative reaktioner. En typisk negativ reaktion vil være et forsøg på at påføre skyld f.eks. ”En rigtig ven ville hjælpe” ”Denne person/event/ting har virkelig brug for din hjælp” ”Hvordan kan du svigte alle de børn?” Dette kan afværges ved a) at kende og forvente denne slags teknik som en metode for manipulation, b) at modsvare med afslappethed og positiv selverkendelse, c) at tilbyde et kompromis.

- Planlagt afslapning.
Koble af for risikosituationer med afslapning (baseret på observation og hurtig afslapning).
- Kombiner 1-4 i en handlingsplan for familie, arbejds- og fritidsaktivitetsplanlægning. Deltagerne kan også bruge tidligere lærte færdigheder f.eks. planlægning og problemløsning.

Hjemmearbejde

Giv komplimenter til mindst tre forskellige mennesker. Gør det i forbindelse med, at den anden person f.eks. gør noget, du kan lide/beundrer. De tre eller flere komplimenter skal helst gives i situationer, hvor du normalt ikke ville have givet et kompliment. Vær opmærksom på, hvilken respons du får.

Sig ”Nej” og tilbyd et alternativ i for eksempel en forudbestemt situation mindst to gange. Start med en relativ nem situation, men ikke desto mindre en situation du før ville have sagt ”Ja” til, selvom du ønskede at sige ”Nej”. Lav denne øvelse, hvis du har problemer med at sige nej eller med at formulere et kompromis.

Øv hver dag planlagt afslapning i en specifik situation.

Modul 6: Afslutning og forebyggelse af tilbagefald

Hjemmeopgave

At lave komplimenter (positiv forstærkning), at arbejde med afspænding, at sætte grænser

Tema

- Strategier på arbejdspladsen
- Information om tilbagefald og vedligeholdelse - et personligt program
- Information om indholdet i programmet
- Evaluering

Strategier på arbejdspladsen

- Positiv forstærkning. Deltagerne skal lære at udtrykke mindst fire positive ting for hver kritik. Dette vil styrke positive forhold på arbejdspladsen.
- Læring af passende svar
Rigtig: ”Hvordan tror du, jeg har det? Det er svært for mig at udføre denne opgave.”
Forkert: Skyldspålggende svar eller manipulation, f.eks. ”En rigtig ven ville hjælpe.” ”Jeg ved ikke, hvordan jeg skal klare det med så mange rygsmerter. Gør du?”
En typisk negativ reaktion vil være et forsøg på at påføre skyld f.eks. ved at sige: ”Denne person har virkelig brug for din hjælp” ”Hvordan kan du svingte alle de børn?”
Dette kan afværges ved: at kende til og forvente denne slags teknik som en metode for manipulation, at modsvare med afslappethed og positiv selverkendelse eller ved at tilbyde et kompromis.
- Vær klar til at præsentere dine behov, ønsker, eller meninger og vær klar til at gå på kompromis.

Tilbagefald og vedligeholdelse

Smerte i bevægeapparatet varierer ofte i tilbagevendende forløb. Næsten alle mennesker, som har haft akutte smerter på et tidspunkt, kan risikere tilbagefald. Her er det vigtigt, at man er afklaret omkring, hvad man gør i disse tilfælde. Deltagerne formulerer alle en liste med en nødplan for tilbagefald, f.eks.:

- Øv dig i at anvende afslapning i alle situationer.
- Nedskriv din personlige plan for at imødekomme opblussen.
- Identificer nødvendige færdigheder som skal praktiseres og oplist mulige hindringer.

Find ud af om du vil søge professionel hjælp. Et typisk besøg hos lægen vil fortælle, hvad du ikke har (f.eks. en knude, en diskus, neurologiske skader osv.) men lægen vil måske

ikke være i stand til specifikt at diagnosticere dit problem. Som konsekvens vil du skulle vægte den mulige positive effekt ved at søge professionelt hjælp med tidsforbruget, energien og de omkostninger, der er forbundet med dette.

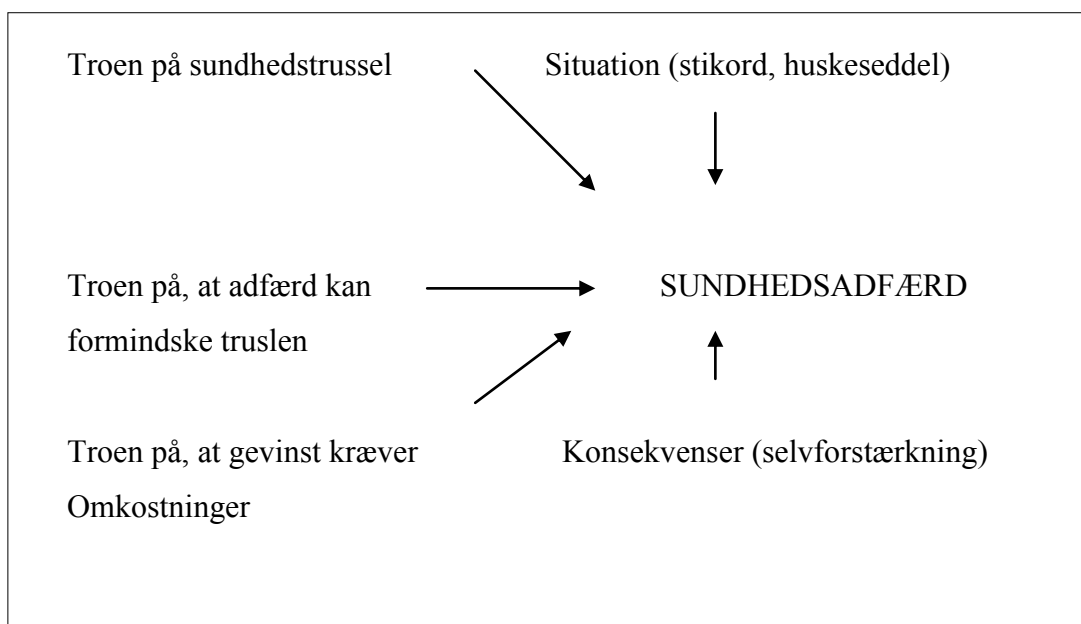
Relapse Prevention kan også præsenteres som en hjælp til at forstå, hvordan deltagerne bedre kan undgå tilbagefald til tidligere adfærd (manglende motion eller at øve afslapning) eller imødekomme symptomer på opblussen. De ovenstående metoder er meget gode til at identificere hindringer i anvendelse og vedligeholdelse.

Vedligeholdelse

Et problem er at vedligeholde coping-færdighederne. Der er en naturlig tendens til at opfatte træning som mindre vigtig (indtil smerten forøges igen). Derfor er der et behov for at identificere træningen som vital og udvikle et program for vedligeholdelse.

Til sidst introduceres deltagerne til health belief modellen og bedes rubricere deres egen adfærd i modellen.

Health Belief modellen



Figur 5: Health Belief modellen (efter Rosenstock, 1974)

Hvad har vi arbejdet med - sammenfatning af de vigtigste punkter af undervisningsforløbet

- Afslapning: Indøvelse af "lad gå" teknik
Find en behagelig stilling og luk øjnene. Tag to dybe vejrtrækninger, hold dem i ca. 15 sekunder, ånd ud. Fokuser dine tanker på noget ensformigt (f.eks. jeg er stille og rolig), træk vejret langsomt og regelmæssigt.

- Arbejde med målsætning: langtids- og korttidsmål
Hvad var mit langtidsmål – hvad var mine delmål? Daglige eller ugentlig aktivitetsplaner.
- Arbejde med negative tanker
Identifikation af negative tanker (f.eks. jeg er til besvær/de andre forstår mig ikke/mit liv bliver aldrig anderledes) og omformulering til konstruktive tanker.

Omstrukture-ring af negative tanker	Tanke	Følelse	Overbevisning	Alternativ tanke	Følelse
	(skriv din tanke, f.eks. jeg er til besvær)	På en skala fra 1-10, hvor stærk er følelsen?	På en skala fra 0-100 % , hvor overbevist er du om, at det passer?	Hvad kan du formulere som en mere konstruktiv tanke?	Har følelsen ændret sig på en skala 1-10

- Arbejde med grænser
At sige tidligere ”stop” på en konstruktiv måde uden at blive irriteret.
At udtrykke sit behov overfor partneren/arbejdspladsen på en konstruktiv måde.
- Arbejde med de forskellige følelser i en given situation
At skelne mellem skam, flovhed, irritation, vrede og at være ked af det.
- Arbejde med de gode situationer som orienteringspunkt
Find din gode situation (være sammen i haven, plante krukke mm..)
- Arbejde med forebyggelse af tilbagefald
Find din egen strategi, hvis smerten forværres.

III. Evaluering og perspektivering

Evalueringen af den psykologiske behandling bygger på resultater fra i alt 15 deltagere i gruppeforløbene, som blev gennemført i perioden april 2008 til november 2009. Resultaterne må derfor forstås som første erfaringer, der kan give anledning til videre tiltag på området.

1. Evaluering af frafald og gennemførelse

I alt deltog 113 personer i NFA-projektet ”Tilbage til arbejde”, heraf 55 i kontrol- og 58 i interventionsgruppen. Af de 58 personer i interventionsgruppen deltog 15 i det psykologiske forløb (se tabel 1).

Tabel 1: Deltagerne i den psykologiske intervention

	Intervention N=15
Køn	100 % kvinder
Arbejdsområde	33 % Rengøring 67 % Hjemmepleje, Plejehjem
Alder	
20-30	1
30-40	1
40-50	8
50-60	5

Deltagerne delte sig op i fire grupper med mellem to og seks deltagere. Den gennemsnitlige deltagelse i møder var lidt over fire gange. 10 personer var faste deltagere i gruppemøder og meldte (de fleste gange) afbud, hvis de ikke kom. Begrundelser for at melde afbud var konkurrerende behandlingsaftaler (f.eks. hos fysioterapeuten eller lægen), private aftaler (barnedåb eller forberedelse af datterens bryllup) og glemsomhed. 2 personer stoppede, da de skulle starte i arbejde. 2 personer faldt fra umiddelbart efter det første møde, den ene, fordi hun blev overrasket over den psykologiske orientering af intervention og ikke syntes, hun fejlede noget psykisk, den anden person, fordi hun skulle have foretaget en større operation. 1 person faldt fra uden begrundelse, men det formodes at et eventuelt mislykket annonceret væggtab var grunden til frafaldet. Gennemførelsesprocenten ligger ved 67 %.

Tabel 2: Overblik over deltagerne

Gruppe/Person	Deltog i X møder (max 6)	Gennemførte forløbet (eller grund for frafald)	Beskæftigelse efter gruppeinterventionen
1 1	1	Frafald pga. indhold	I arbejde
2	6	Gennemført	Omskoling
3	6	Gennemført	I arbejde
2 1	5	Gennemført	I arbejde
2	6	Gennemført	I arbejde
3	2	Frafald, event. da hun havde lovet en væggtab	Stadig sygemeldt
4	2	Frafald pga. arbejde	I arbejde
3 1	1	Frafald pga. operation	I arbejde
2	5	Gennemført	I arbejde
3	4	Gennemført	Afskediget
4	3	Gennemført	I arbejde
5	6	Gennemført	Afskediget
6	3	Frafald uden begrundelse	
4 1	5	Gennemført	I arbejde
2	6	Gennemført	I arbejde
I alt 15	Gennemsnit 4 møder		10 = i arbejde 2 = afskediget 2 = stadig sygemeldt 1 = omskoling

2. Erfaringer og resultater fra de fire gruppeforløb

Den typiske deltager er dansk kvinde og over 40 år gammel

Under hele forløbet har der været en meget stabil rekruttering af patienterne på køn, alder, uddannelse, arbejdssituation, indkomst, civilstand og etnisk herkomst. Alle deltagere er kvinder, tre af fire er over 40 år, og de fleste bor sammen med ægtefælle eller partner. Kun en deltager havde andet oprindelsesland end Danmark.

Der var færre deltagere end forventet

Det oprindelige mål for psykologen var at arbejde med grupper à 6 til 8 deltagere. Dette tal gør en gruppe mindre sårbar overfor frafald og giver deltagerne rum til at dele deres meninger med andre. Grupperne blev dog alt for små. En af de vigtigste grunde til dette

var, at der var et mindre antal sygemeldte end forventet. Der har dog også været infrastrukturelle problemer i forløbet. Sagsbehandlingstiden (tidsrummet fra 1. sygedag til NFA modtog oplysningen fra kommunen om sygemeldingen) var for lang (over 3 uger) i forhold til at melde sygemeldte SoSu'er ind i forløbet. Sammensætningen af behandlingsgrupperne tog derfor også for lang tid. Da der skulle samles en gruppe af ca. 6-8 deltagere, var folk ofte længere sygemeldt end de 8 uger, der var målet. I to tilfælde har det ført det til afskedigelser af ansatte, fordi de har været syge længere end tre måneder.

Størstedelen af deltagerne gennemfører

Knap 70 pct. af deltagerne gennemfører gruppeforløbet. 67 % af alle deltagerne vender tilbage til arbejdspladsen. Helbredstilstanden synes at have betydning for gennemførelsen af forløbet. Især deltagere, som var stærkt belastet af smerter, deltog i møderne, engang imellem også med den forkerte forventning om, at psykologen kunne "trylle" smerten væk.

Deltagernes forventninger

Der er to hovedmotiver for at deltage. Det første er et sundhedsmotiv, der først og fremmest handler om at lære noget om at takle smerterne. Det andet er et psykologisk motiv. Her ses projektet som en mulighed for at få et "spark" eller en ekstern motivation for at komme i gang med en forandring i livet.

Rygning og kost

En stor del af deltagerne (11 ud af 15) var daglige rygere. Rygning blev tematiseret, men deltagerne angav, at det ville være for meget at skifte adfærd på nuværende tidspunkt. Nogle deltagere tog deres kost op til vurdering og prøvede at reducere indtag af slik og usunde varer under forløbet.

Adfærdsmæssige resultater

Deltagerne gav udtryk for, at den største effekt af gruppeinterventionen, var udveksling af erfaringer med andre smertepatienter. Effekten bestod i deling af understøttelse, men også rent praktiske informationer, f.eks. hvor der var muligheder for gratis sundhedsvejledning.

Næsten alle deltagere prøver at være fysisk aktive under en eller anden form i løbet af ugen. Planlagt motion af mere regelmæssig eller organiseret form, blev praktiseret af 40-50 pct. af deltagerne. Som barrierer for at være mere fysisk aktiv blev især fysiske barrierer nævnt (f.eks. smerter, blodprop), men også motivationsbarrierer (f.eks. manglen på interesse, magelighed).

meget mere tid end en til to gange en halve time.

På femte og sidste møde skulle deltagerne give **positiv feedback** til de andre deltagere. Det var forbavsende, hvor svært det var for deltagerne at udtrykke komplimenter til de andre og endnu mere svært at modtage komplimenter og positiv feedback. I rollespillet med potentielt udfordrende arbejdssituationer (f.eks., at en ældre person er styrtet, men hjemmehjælperen skal vente til der kommer hjælp fra en anden kollega) viste det sig, at det ikke er nemt at formulere klare grænser.

4. anbefalinger

De første erfaringer, som blev samlet ind i dette projekt, tyder på, at et gruppeforløb om smerte kan være et positivt tiltag, især hvis samtalerne foregår i en gruppe. En psykologisk intervention giver mulighed for at forbedre det psykiske velvære hos de langtidssygmeldte social- og sundhedshjælpere. At ændre adfærd er dog svært og tager tid. Et gruppeforløb på 12 timer giver støtte og struktur og hjælper deltagerne med at komme i gang og holde fast i det aftalte. Det virker, som om deltagerne fik en del erkendelser undervejs i forløbet vedrørende deres egen rolle og ansvar i processen og den betydning, som tanker og følelser havde for deres livsstil og smertetakling. Den korte gruppeintervention kunne bestemt ikke løse de grundlæggende problemer, men den byder på en korrigerende oplevelse, som sætter en positiv proces i gang. For at forankre en ny adfærd vil det være af central betydning, at kurset kommer til at køre over længere tid, f.eks. 10 gange à to timer.

I fremtiden bør følgende anbefalinger overvejes:

- **Tidligere forebyggelse i stedet for skadebegrænsning**
Kroniske smerter og slid vil altid være til stede i et fysisk og psykisk krævende område som ældreplejen. Derfor bør indsatsen mod smerter deles op i forbyggende og behandlende.
- **Et tilbud om gruppeinterventioner af mindst 10 ganges varighed**
Deltagerne oplever ofte deres smerteforløb som individuelle forløb, og det er også vigtigt at støtte det individuelle ansvar. At deltagerne gennem gruppeinterventionen oplever, at de ikke er alene med smerten, øger dog deres parathed for en adfærdsændring. Gruppeprocesser skal have tid, derfor er mindst 10 møder at anbefale.
- **Opmærksomhed på emnet "skam" og "grænser" i ældreplejen**
Skam over ikke at fungere og skam over at være til last for andre er centrale emner, som der fortsat bør arbejdes med i ældreplejen. Deltagerne arbejder alle sammen med at yde omsorg for andre. Det er vigtigt (og ikke nyt), at egenomsorg og det at lære at udtrykke personlige grænser er en central forudsætning hertil.

- **Opmærksomhed på fysisk aktivitet i hverdagen**

Fysisk aktivitet og motion har en forebyggende og behandlende effekt i forhold til en række sygdomme, herunder også smertesygdomme. I sammenligning med traditionelle medicinske behandlingsformer bør fysisk aktivitet anvendes som forebyggende indsats. Det tager tid at udvikle og optimere dette, og derfor må der gives tid til at udvikle denne behandlingsform over en længere periode.

IV. Referencer

- Baseler H.D. (1996). *Psychologiske Schmerztherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Biddle S. & Mutrie N. (2001). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. London: Routledge.
- Brena S.F. & Chapman, S.L. (1983). *Management of patients with chronic pain*. New York: S. P. Medical & Scientific Books.
- Frølich S. (2004). Kroniske smerter. I: Friis-Haschi E, Elsass P, Nielsen T. (red.) *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard.
- Hochberg M.C., Altman R.D., Brandt K.D. et al. (1995). Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part I+II American College of rheumatology. *Arthritis Rheum* 38:11, 1535-1546.
- Jensen, N.H. (1997). Behandling af kroniske smertetilstande. *Farmaci* Nr.10.
- Linton, S.J. (2000). *Cognitive-behavioral therapy in the early treatment and prevention of chronic pain*, Örebro Medical Center, Sverige.
- Linton, S. J., Boersma, K., Jansson, M., Svärd, L., & Botvalde, M. (2005). The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain related sick leave: A randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain* 21:2, 109-119.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain Mechanisms : A new theory. *Science*, 150: 171-179.
- Mørch, M. & Rosenberg, N. (2005). *Kognitiv terapi*. København: Hans Reitzel.
- Ostenfeld S. (2004). Muskel- og skeletsygdomme. I: Friis-Haschi E, Elsass P, Nielsen T. (red.) *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard.
- Pedersen B.K. & Saltin B. (2003). *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Roessler, K.K. & Ibsen, B. (2009). Exercise on Prescription. A Danish study on the effect of physical activity and nutrition counseling in type-2 diabetes, dyslipidemia, and hypertension patients. *Journal of Public Health* 17:3
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2:328-335.
- Van Baar M.E., Dekker J., Oostendorp R.A.B. et al. (2001). Effectiveness of exercise in patient with osteoarthritis of hip and knee: nine months follow up. *Ann Rheum Dis*. 60:12, 1123-1130.
- White P. (2005). *Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Østergaard K. (2003). *Lev godt med slidgigt*. København: Gyldendal.