

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

**Skattad rörelserädsla före och efter
genomgången beteendemedicinsk
rehabiliteringskurs.
*En beskrivande studie.***

*Ulrica Carlsson
Angelica Karlström*

December 2007

Examensarbete C 10 poäng
omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng
Examinator: Anna Löfmark
Handledare: Magnus Lindberg**

Abstrakt

All around the world there are a lots of people that suffers from chronic pain. One great factor for the devolopment of chronic pain is the phenomen fear-avoidance/kinesophobia that appear to have negative effects on rehabilitation of chronic painproblems. The aim of the present study was to describe and identify how patient that took part in a rehabilitationprogram in year 2004 and 2005 with focus on behaviournchanges estimate their fear-avoidance/kinesophobia and examine if there was any changes estimate fear-avoidance/kinesophobia respectively before and after and respecivly before and 12 month after the rehabilitationcourse. The study had a describing prospecitive design. Data was collected by the Swedish version of Tampascale for kinesophobia. The results shows that 25 % of the participant prove a high grade of kinesophobia before the rehabilitationcourse. After the rehabilitationcourse 21,1 % of the participant prove a high grade of kinesophobia and at the follw-up 12 month after the course 26,3 % of the participants prove a high grade of kinesophobia. The medianvalue of the estimate fear-avoidance/kinesophobia was 30,0 points before, 29,0 points after and 28,5 points at the Tampascale for kinesophobia 12 month after the rehabilitationcourse. There was no statistical significant difference between the estimate fear-avoidance/kinesophobia over time.

Keywords: Chronic pain, fear-avoidance, kinesophobia, rehabilitation and cognitive behavioraltherapy

Sammanfattning

Långvarig smärta är ett stort problem för människor världen över. En central faktor för utvecklandet av långvarig smärta är fenomenet rörelserädsla/kinesofobi som visat sig ha negativa effekter på rehabilitering av långvariga smärttillstånd. Syftet med den här studien var att beskriva och identifiera hur patienter som genomgått beteendemedicinsk rehabiliteringskurs åren 2004 och 2005 skattar sin rörelserädsla samt att undersöka om det hos dessa patienter finns någon skillnad i skattad rörelserädsla före respektive efter samt före respektive 12 månader efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs. Studien hade en prospektiv beskrivande design. Data har samlats in med hjälp av den svenska versionen av självskattningsformuläret Tampaskalan för Kinesofobi. Resultatet visar att 25 % av de patienter som deltog påvisar en hög grad av kinesofobi före kursstart. Efter kursen påvisade 21,1 % hög grad av kinesofobi och på uppföljningen av kursen 12 månader efter avslutad kurs påvisade 26,3 % en hög grad av kinesofobi. Medianvärdet av den skattade rörelserädslan var 30,0 poäng före, 29,0 poäng efter och 28,5 poäng på Tampaskalan för kinesofobi 12 månader efter rehabiliteringskursen. Det påvisades ingen statistisk signifikant skillnad mellan den skattade rörelserädslan över tid.

Nyckelord: Långvarig smärta, rörelserädsla, kinesofobi, rehabilitering och kognitiv beteendeterapi.

Innehållsförteckning

1	INTRODUKTION	1
1.1	SMÄRTA	2
1.2	LÅNGVARIG SMÄRTA	2
1.3	SMÄRTA OCH RÄDSLOR	2
1.4	RÖRELSERÄDSLOR	3
1.5	OMVÅRDNAD AV PATIENTER MED LÅNGVARIG SMÄRTA OCH RÖRELSERÄDSLOR	3
1.6	BETEENDEMEDICINSK REHABILITERINGSPROGRAM	4
1.6.1	<i>Förberedande arbete.</i>	5
1.6.2	<i>Rehabiliteringskurs innehåll.</i>	5
1.6.3	<i>Uppföljning</i>	6
1.7	PROBLEMMOMRÅDE	7
1.8	SYFTE	7
1.9	FRÅGESTÄLLNINGAR	7
2	METOD.....	8
2.1	DESIGN	8
2.2	URVAL OCH UNDERSÖKNINGSGRUPP	8
2.3	DATASAMLINGSMETOD.....	9
2.4	TILLVÄGÅNGSSÄTT	9
2.5	DATANALYS.....	9
2.6	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
3	RESULTAT.....	10
3.1	SKATTAD RÖRELSERÄDSLOR FÖRE BETEENDEMEDICINSK REHABILITERINGSKURS.	10
3.2	SKATTAD RÖRELSERÄDSLOR EFTER BETEENDEMEDICINSK REHABILITERINGSKURS.	11
3.3	SKATTAD RÖRELSERÄDSLOR 12 MÅNADER EFTER AVSLUTAD BETEENDEMEDICINSK REHABILITERINGSKURS. 11	11
3.4	SKILLNAD I SKATTAD RÖRELSERÄDSLOR FÖRE OCH EFTER BETEENDEMEDICINSK REHABILITERINGSKURS....	12
3.5	SKILLNAD I SKATTAD RÖRELSERÄDSLOR FÖRE OCH 12 MÅNADER EFTER AVSLUTAD BETEENDEMEDICINSKA REHABILITERINGSKURS.	12
4	DISKUSSION	13
4.1	HUVUDRESULTAT	13
4.2	RESULTAT DISKUSSION	13
4.2.1	<i>Skattad rörelserädsla</i>	13
4.2.2	<i>Skilnad i skattad rörelserädsla</i>	14
4.3	METOD DISKUSSION.....	15
4.4	ALLMÄN DISKUSSION.....	16
5	REFERENSER.....	18
6	BILAGA	21

1 Introduktion

Långvarig smärta är ett problem för många människor världen över. I en omfattande undersökning, Pain in Europe har man bland annat kartlagt smärtutbredningen hos den europeiska befolkningen. Resultatet av undersökningen visar att 19 % av Europas vuxna befolkning lever med långvarig smärta. Syftet med undersökningen var att utreda förekomsten och behandlingen av långvarig smärta samt utreda smärtans påverkan på det dagliga livet på en Europeisk population. Omkring fyrtiofem tusen personer i 16 länder har intervjuats varav 3000 var svenska kvinnor och män över 18 år. Alla deltagarna var slumpmässigt utvalda för telefonintervju. I Sverige visar resultatet att 18 % av de utvalda lever med långvarig smärta varav 54 % är kvinnor och 46 % är män (1).

För de människor som drabbas av långvarig smärta krävs ofta långdragna behandlingar och kontinuerliga kontroller vilket leder till stora ekonomiska, medicinska och sociala problem både för de människor som drabbas och för samhället. (2,3,4). Enligt rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) finns det ett starkt samband mellan smärta och låg livskvalitet. SBU presenterar även i sin utredning vilka behandlingsmetoder som visat sig vara effektiva för långvariga smärttillstånd. Där har man funnit att breda och samordnade rehabiliteringsprogram kombinerat med psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning långsiktigt leder till att smärtan och sjukskrivningarna minskar samt ger en högre frekvens av återgång till arbete. Trots många års forskning är det okänt vad som händer i kroppen vid långvariga smärttillstånd (5).

Vid långvarig smärta fastnar patienterna i ett smärtbeteende som leder till att smärtan styr deras liv. Deras största fokus ligger på att koncentrera sig på saker de är förhindrade att göra på grund av smärta i stället för att se till vad de fortfarande kan göra (6). Affektiva faktorer, i synnerhet rädsla har visat sig vara en stor central del av förklaringen och förståelsen av långvarig smärta (2).

1.1 Smärta

International Association for the study of pain (IASP) definierar smärta enligt följande:

”Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada” (7sid 250).

Smärta är ett symtom, en subjektiv upplevelse som förknippas med emotionella och psykologiska reaktioner som inte kan mätas objektivt (5). Själva smärtupplevelsen kan ha olika innebörder för olika människor, det gäller inte bara smärtans intensitet utan även om hur människan individuellt hanterar sin smärta (8,9).

1.2 Långvarig smärta

Smärta som består i 3-6 månader eller längre där den primära orsaken inte har avklingat på ett förväntat sätt definieras som långvarig smärta (9). I en studie utförd av Mullersdorf och Söderback (10) menar man dock att personer med återkommande smärta, minst en gång i månaden och som varar mer än 24 timmar per gång innehar samma problematik som ihållande smärta i 3-6 månader och går därmed in under begreppet långvarig smärta. I tidigare studier har man funnit att de faktorer som påverkar vårdsökande vid långvariga smärttillstånd är bland annat smärtupplevelse, smärtintensitet, ålder, kön, kulturell bakgrund, socioekonomisk klass samt påvisande av andra symtom (8,11).

1.3 Smärta och rädsla

Oavsett smärtans ursprung finner man fysiska, emotionella eller affektiva (känslomässiga) och kognitiva (tolkning av smärtans betydelse) komponenter som påverkar denna subjektiva upplevelse som smärta är. Smärtprocessen påverkas av dessa komponenters samspel och upplevs olika för olika individer. Två av komponenterna som är av särskild betydelse för individer med långvarig smärta är den affektiva (känslomässiga) och den kognitiva (hur man tolkar smärtans betydelse) som förstärks ju längre smärtan pågått. Tidigare studier har visat att rädsla har en central del i förklaringen och förståelsen vid långvariga smärttillstånd. (2) Ett av de vanligaste symtom som ses inom sjukvården och är en väsentlig orsak till sjukskrivning är rädsla för smärta orsakat av rörelse. Detta fenomen beskrivs i litteraturen som rörelserädsla, kinesofobi (12).

1.4 Rörelserädsla

Rörelserädsla eller kinesofobi som det även kallas för i dag innebär att en individ hyser specifik rädsla för rörelse och fysisk aktivitet. Det kan till exempel handla om att uppleva rädsla för smärta av att lyfta en arm över en viss nivå eller rädsla för att gå/vara fysiskt aktiv. Rädslan för att uppleva smärta på grund av rörelse skapar ett beteende hos individen som förstärker smärtupplevelsen (2). I början på 1990-talet myntades begreppet kinesofobi av Kori, Miller och Todd (12) som ett samlingsnamn på det beteende som författarna upptäckt hos sina patienter med långvarig smärta. Senare har begreppet vidareutvecklats av Vlaeyen et al (13) och beskrivits som undvikande inlärning och smärtrelaterad rädsla där begreppet då kallas för rörelserädsla. Begreppen kinesofobi och rörelserädsla används i dag synonymt trots att det finns en psykologisk skillnad mellan dessa begrepp. Rädsla är en obehaglig känsla som uppkommer som en fullt normal reaktion på ett realistiskt hot medan en fobi är en irrationell rädsla där reaktionen blir för stor i proportion till själva hotet (14). Att uppleva rädsla för rörelse i samband med akut smärta är med andra ord en fullt normal psykologisk reaktion men på lång sikt medför det negativa effekter på både kropp och själ och leda till irritation, frustration och depression (2,15). Borsema och Lintons(16) svenska studie visar att rädsla för rörelse spelar en viktig roll i utvecklandet av långvarig smärta .

1.5 Omvårdnad av patienter med långvarig smärta och rörelserädsla

Smärta är ett multidimensionellt problem vilket innebär att det påverkar såväl fysiska som psykiska aspekter. Behandlingen av dessa patienter bör därför vara av multidisciplinär karaktär. Avsikten med multidisciplinär rehabilitering är att hjälpa patienten till en beteendeförändring och den utgår från ett holistiskt perspektiv genom att använda behandlingsmetoder som inriktar sig på hela människan och hennes sätt att hantera smärtan (16,17). Efter en utredning gjord 1994 av Socialstyrelsen föreslås en organisatorisk uppbyggnad av smärtrehabiliteringen i Sverige. Utredningen betonar att man i varje landsting ska ha en smärtklinik/mottagning med teamverksamhet som innefattar yrkesgrupper som läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och kurator (5). Det effektivaste sättet att lindra rädslan för att röra sig, rörelserädsla, har visat sig vara fysisk aktivitet under kognitiva principer. Behandlingsmodellen genomförs av sjukgymnast och psykolog gemensamt och går ut på att patienten får göra det han/hon inte vågar göra med gradvis stegring av svårighetsgraden. Metoden kallas för exponering där patienten själv får känna hur det upplevs att vara fysiskt aktiv under kontrollerade former i stället för att enbart få ett förslag om att röra sig mer (18). Långvarig smärta kan oftast inte

botas med smärtupplevelsen kan minska och livskvalitén höjas genom multidisciplinär rehabilitering (16,17)

1.6 Beteendemedicinsk rehabiliteringsprogram.

Rehabiliteringsprogrammet utgår ifrån en beteendemedicinsk behandlingsmodell som innehåller medicinska, psykosociala och yrkesinriktade komponenter utifrån ett helhetsperspektiv. Beteendemedicin är en klinisk tillämpning av kognitiv beteendeterapi. Den teoretiska grunden för en beteendemedicinsk behandlingsmodell är att beteenden och faktorer i livsstilen kan påverka kroppssjukdomars tillstånd, uppkomst och framför allt dess utveckling (19) De patienter som kommer till rehabiliteringskliniken är remitterade av läkare. Remissen handläggs av verksamhetschef och beslut om nybesök sker efter en läkarbedömning som görs tillsammans med psykolog. Efter remiss och slutlig bedömning om att patienten uppfyller kriterierna till att få genomgå den beteendemedicinska rehabiliteringskursen kontaktas patienten och vidare sker en läkarbedömning då patienten blir undersökt av en specialistläkare på kliniken.

Kriterierna innefattar att personen ska vara i *yrkesför ålder* med *långvarig smärta*. Personen kan vara *helt eller delvis sjukskriven* eller vara i *risk för sjukskrivning*. Besvären ska vara dominerade av smärta som upprätthålls av kroniskt spända muskler (20).

Efter att läkarbedömningen är klarlagd följer ”Team utredningen” som görs i syfte att samla in information om patienten för att sedan göra en problembeskrivning och en beteendeanalys.

Patienten träffar under 3-4 utrednings dagar alla som ingår i smärteamet. Kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast, idrottsledare, psykolog och läkare för en kartläggning utifrån vars och ens yrkesroll. Alla utgår från ett smärtformulär som patienten fyllt i och skickat in innan de blev kallade till rehabiliteringskliniken (20).

Kuratorn utreder den sociala situationen för att få fram vilka resurser som finns hos patienten och vilka hinder som ligger i vägen (20).

Arbetsterapeuten ser till aktivitetsområdena inom arbete, boende och fritid (20).

Sjukgymnasten gör en ortopedmedicinsk undersökning för att få en klarhet i rädslor. Gör ett avspänningstest och tillsammans med patienten lägger de upp ett fortsatt träningsprogram (21).

Idrottsledaren tar reda på patientens intressen och vilket intresse patienten har till aktivitet och motion (20).

Psykiologen utreder patientens smärtsituation genom att se till copingstrategier, motivationer och inställningar (20).

Läkaren gör en egen bedömning men även en sammanställning av tidigare undersökningar och behandlingar (20).

Bedömningskonferens, hålls under samma vecka som utredningsdagarna och här görs en beteendeanalys utifrån patientens beteendeöverskott, underskott och vilka resurser patienten har. En sammanfattning skrivs och kopieras till alla yrkesgrupper i teamet och man beslutar om tid för kursdatum samt tid för *kontraktsskrivning*. Patienten kallas på återbesök där teamet redovisar den sammanfattningen som gjordes på bedömningskonferensen och teamet återger deras syn på patientens huvudsakliga problem (20).

Kontraktet, en rehabiliteringsplan upprättas under förutsättning att teamet och patientens uppfattningar om behandlingen överrensstämmer. Kontraktet innehåller förberedande arbete och kursmål. Kontraktet kopieras i 8 exemplar till patient, försäkringskassa, arbetsterapeut, sjukgymnast, idrottsledare, kurator, psykolog samt till sjuksköterska (20).

1.6.1 Förberedande arbete.

Syftet med det förberedande arbetet är att patienten ska få hjälp med att komma över de hinder som skapats under den tid personen lidit av långvarig smärta och i många fall även gått sjukskriven en lång tid. Patienten ska bli mer förberedd för rehabiliteringskursen och även förberedelse av återgång till arbetslivet. Det förberedande arbetet utgår från patientens enskilda behov och det ger rehabiliteringsteamet en uppfattning om patientens motivation.

När det förberedande arbetet är gjort träffas smärteamet i ett miniteam och delger varandra patientinformation och lägger upp en fortsatt planering.

Miniteamet träffas en gång i veckan för att delge varandra om hur det planerade arbetet fortgår (20).

1.6.2 Rehabiliteringskurs innehåll.

Målet med kursen är att kursdeltagarna ska klara av de krav som ställs i yrkeslivet och livet i allmänhet.

Kursen syftar på "Hjälp till självhjälp". Kursen består av:

En självanalys: här får patienten hjälp med att analysera sammanhang kring sina besvär (20).

Uthållighet och ergonomiska färdigheter: här sker en aktivitetsträning utifrån den enskilda individens behov (20).

Individuellt fysiskt träningsprogram och konditionsträning: här vill man öka kroppsmedvetenheten och patienten får lära sig utföra rörelser som är individuellt anpassade med kroppen som belastning och redskap. Syftet är också att patienten ska våga komma igång och minska rädslan för smärta och rörelse(20).

Friskvård: patienten får prova olika typer av motion och idrott. Gamla som nya aktiviteter och känna på vad som passar (20).

Kroppskännedomsovningar och tillämpad avspänning: genom att patienten får lära sig den egna kroppens signaler kan patienten på ett tidigt stadium påverka och genom det också lindra besvären (20).

Teoretiska lektioner: här ges ökade kunskaper till patienten i fysiologisk, psykologisk och mental kunskap, vilket kan påverka beteendeförändringen (20).

Beteendeträning, individuellt och i grupp: här tränas patienten att öka sin förmåga till problemlösning. Tränas även till att kunna kommunicera på ett positivt och effektivt sätt (20).

Planering och träning inför återgång i arbetslivet och vardagslivet:

Individen får på ett tidigt stadium planera sin återgång till arbets- och vardagsliv. Detta förbereds i form av olika kontakter och rehabiliteringsmöten (20).

1.6.3 Uppföljning

När kursen är slutförd sker fyra uppföljningar och den första uppföljningen inträffar en vecka efter avslutad rehabiliteringskurs. Kontaktpersonen som patienten har ringer upp till patienten. Den andra uppföljningen sker ca.5-8 veckor efter avslutad rehabiliterings kurs. Inför denna uppföljning har ett självskattningsformulär skickats hem till patienten. Under två uppföljningsdagar deltar patienten i individuella samtal och grupplektioner. Den tredje uppföljningen genomförs ca 6 månader efter avslutad rehabiliteringskurs. Den innefattar en dag då kursdeltagarna kan utbyta erfarenheter och repetera vissa kursmoment. Slutligen sker en uppföljning ett år efter att kursdeltagarna avslutat den beteendemedicinska rehabiliterings kursen. Denna dag innehåller ett individuellt samtal, självskattningsformulär och en lektion som avslutar rehabiliteringsprogrammet (20).

1.7 Problemområde

Rörelserädsla är ett hinder för effektiv rehabilitering av patienter med långvarig smärta (22). Flertalet studier har visat att det är av vikt att identifiera de patienter som har rörelserädsla i ett tidigt stadium för att uppnå resultat av rehabiliteringen (16, 23). SBU har lagt fram rapporter som påvisar att multidisciplinära behandlingsprogram har gett goda effekter på rehabiliteringen av långvarig smärta (5) samt att rörelserädsla påverkar utvecklandet av långvarig smärta (16). Därav är det av yttersta vikt att utvärdera och beskriva den skattade rörelserädslan hos de patienter som lider av långvarig smärta och som genomgår beteendemedicinsk rehabiliteringsprogram för att utvärdera den skattade rörelserädslan och dess eventuella förändring. Det är vidare viktigt att identifiera vart i vårdkedjan dessa patienter ska fångas upp och påbörja behandling för att reducera utvecklandet av långvarig smärta.

1.8 Syfte

Syftet med den här studien var att beskriva hur patienter som genomgått beteendemedicinsk rehabiliteringskurs skattar sin rädsla för rörelse samt att undersöka om det hos dessa patienter finns någon skillnad i skattad rörelserädsla före respektive efter samt före respektive 12 månader efter avslutad beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

1.9 Frågeställningar

Hur skattar patienter med långvarig smärta rörelserädsla *före* beteendemedicinsk rehabiliteringskurs?

Hur skattar patienter med långvarig smärta rörelserädsla *efter* beteendemedicinsk rehabiliteringskurs?

Hur skattar patienter med långvarig smärta rörelserädsla *12 månader efter* beteendemedicinsk rehabiliteringskurs?

Föreligger det någon skillnad i skattad rörelserädsla vid mättillfällena *före och efter* beteendemedicinsk rehabiliteringskurs?

Föreligger det någon skillnad i skattad rörelserädsla *före och 12 månader efter avslutad* beteendemedicinsk rehabiliteringskurs?

2 Metod

2.1 Design

Studien hade en kvantitativ prospektiv beskrivande design. (24)

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Personerna i undersökningsgruppen var patienter med långvarig smärtproblematik som genomgått en beteendemedicinsk rehabiliteringskurs hos smärtteamet på en rehabiliteringsklinik i mellersta Sverige år 2004 och 2005. På dessa patienter har författarna gjort en totalundersökning. Totalt var det 76 personer som ingick i studien varav 89,5 % var kvinnor och 10,5 % var män. Inget bortfall förekom i denna studie. Medelåldern för urvalsgruppen var 42,2 år och medelvärdet på antal år sedan smärtdebut var 9 år (0,5-35,5 år). Av undersökningsgruppen var det 65,7 % som upplevde diffus smärta i hela kroppen medan 34,3 % upplevde mer specifik smärta i vissa delar av kroppen som axlar, nacke, ländrygg, höfter och armar.

Tabell 1. *Undersökningsgrupp (n=76), bakgrundsfakta.*

Kön	% (n)
Kvinnor	89,5 (68)
Män	10,5 (8)
Ålder	År
Medel	42,2
Median	42,0
Utbildning	% (n)
Grundskola	19,7 (15)
Gymnasium	68,4 (52)
Högskola	11,8 (9)

2.3 Datainsamlingsmetod

Data har samlats in med hjälp av självskattningsformuläret Tampaskalan för Kinesofobi (TSK)(12,25,26). *Se bilaga*. TSK mäter den subjektiva upplevelsen av rörelserädsla och togs ursprungligen fram för att kunna skilja mellan rädsla och fobi hos patienter med långvarig smärta (12). Den svenska versionen av Tampaskalan för kinesofobi TSK- SV har använts vid datainsamlandet för att beskriva och identifiera skattad rörelserädsla hos urvalsgruppen. TSK-SV har utvärderats på en svensk population av patienter med långvarigsmärta och det visade sig att formuläret har hög reabilitet (tillförlitlighet) och validitet (trovärdighet) och kan därför användas för att identifiera rörelserädsla hos patienter med långvarig smärta (26). TSK-SV innehåller 17 påståenden som patienten får rangordna om han eller hon håller med om eller ej. Svaren ges i en 4-gradig skala där 1 innebär att man inte alls håller med och 4 betyder att man helt håller med. Poängen från svaren summeras och summan kan som lägst bli 17 poäng och högst bli 68 poäng. Resultat från 37 poäng och uppåt påvisar en hög grad av rörelserädsla (26).

TSK-SV har god vetenskaplig kvalitet när det gäller identifierandet av kinesofobi hos patienter med långvarig smärta.

2.4 Tillvägagångssätt

Formuläret TSK-SV ingår i den beteendemedicinska rehabiliteringen och utförs vid tre olika tillfällen, före, efter och vid andra uppföljningen efter 12 månader. Den första mätningen gjordes i samband med kursstart efter teamutredningen och det förberedande arbetet. Det andra mättillfället skedde under de sista dagarna av kursen och den sista mätningen gjordes vid uppföljningsdagen 12 månader efter kursstart. Samtliga mätningar gjordes hos sjukgymnast som sedan förde in resultatet av TSK-SV i patientens journal. Verksamhetschefen har aidentifierat och översänt materialet till författarna av den här studien som sedan analyserat det befintliga materialet.

2.5 Dataanalys

Kvantitativ data i form av det summerade resultatet i formuläret TSK-SV för varje enskild patient bearbetades i Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) i form av beskrivande statistik (medelvärde, median, procent, variationsvidd, antal). Parametrisk analys med beroende t-test användes för att undersöka eventuella skillnader i skattad rörelserädsla före och efter beteende medicinsk

rehabiliteringskurs samt skillnad före och vid uppföljningen 12 månader efter avslutad beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Tillstånd att genomföra studien tillhandahölls av verksamhetschefen för rehabiliteringsprogrammet och mätningarna som gjordes ingår i vårdprogrammet för behandling av långvarig smärta. Deltagarna har informerats om att en del uppgifter ur deras journal ingår i ett personregister på data som står under datainspektionens tillsyn och att de har full rätt att neka till att ingå i registret. Deltagarna har kunnat få information om vilka uppgifter som ingår i registret, enligt §10 i datalagen. Under åren 2004 och 2005 var det ingen deltagare som nekade att ingå i registret. Uppgifterna i registret har använts i syfte att utveckla och kvalitetssäkra verksamheten. Uppgifter om enskild person har inte funnits tillgängliga för författarna av denna studie. Studien kan klassas som lagstadgad kvalitetsuppföljning och samtliga insamlade data är inhämtade med informerat samtycke.

3 Resultat

Resultatet presenteras efter frågeställningarna i löpande text och tabeller.

3.1 Skattad rörelserädsla före beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

Undersökningsgruppen (n=76) skattade sin rörelserädsla enligt TSK-SV med ett medianvärde på 30,0 poäng med en variationsvidd på 20-59 poäng före beteendemedicinsk rehabiliteringskurs. Medianvärdet är räknat utifrån patienternas totala poängsumma med ett lägsta möjliga värde på 17 och högsta på 68. Av undersökningsgruppen var det en fjärde del som vid detta mättillfälle upplevde hög grad av kinesofobi, dvs. var mycket rädda för rörelse och hade resultat på 37 poäng och mer i formuläret TSK-SV. Den största delen av deltagarna, närmare hälften skattade sin rörelserädsla till 17-27 poäng och resterande deltagare skattade sin rörelserädsla till 28-36 poäng i formuläret TSK-SV. *Se tabell 2.*

3.2 Skattad rörelserädsla efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

Efter den beteendemedicinska rehabiliteringskursen hade deltagarna (n=76) ett medianvärde på 29,0 poäng med en variationsvidd 17-51 på TSK-SV. Medianvärdet är räknat utifrån patienternas totala poängsumma med ett lägsta möjliga värde på 17 och högsta på 68. Av undersökningsgruppen var det vid detta mättillfälle omkring en femtedel som påvisar en hög grad av kinesofobi med ett resultat på mellan 37 och 68 poäng på TSK-SV. Den största delen av deltagarna 46,1 % skattade sin rörelserädsla till 17-27 poäng medan 32,8 % skattade sin rörelserädsla till 28-36 poäng i formuläret TSK-SV. *Se tabell 2*

3.3 Skattad rörelserädsla 12 månader efter avslutad beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

På uppföljningen 12 månader efter den beteendemedicinska rehabiliteringskursen hade deltagarna ett medianvärde på 28,5 poäng med en variationsvidd på 18-53 poäng på TSK-SV. Medianvärdet är räknat utifrån patienternas totala poängsumma med ett lägsta möjliga värde på 17 och högsta på 68. En fjärdedel av deltagarna påvisar en hög grad av kinesofobi och hade resultat på 37-68 poäng på TSK-SV. Den största delen av undersökningsgruppen 42,1 % skattade sin rörelserädsla till 17-27 poäng medan 31,2 % skattade sin rörelserädsla till 28-36 poäng i formuläret TSK-SV. *Se tabell 2*

Tabell 2. Skattad rörelserädsla enligt resultat från TSK-SV före, efter samt 12 månader efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs. Resultatet presenteras i procent och antal.

Skattad rörelserädsla enligt TSK_SV	Undersöknings-grupp Före kurs % (antal)	Undersökning-grupp. Efter kurs % (antal)	Undersöknings-grupp. Efter 12 mån % (antal)
17-27 poäng	44,7 (34)	46,1 (35)	42,1 (32)
28-36 poäng	30,3 (23)	32,8 (25)	31,6 (24)
37-68 poäng	25 (19)	21,1 (16)	26,3 (20)

3.4 Skillnad i skattad rörelserädsla före och efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs.

Beroende t-test visade inte på någon signifikant skillnad ($t=1,858$; $df=75$; $p=,067$) mellan resultaten av TSK-SV vid de två mättillfällena före och efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs. *Se tabell 3.*

Tabell 3. Medelvärden, standardavvikelser, *t*-värde och *p*-värde.

Resultat av TSK-SV	N	M	SD	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
				Före kurs	76	31,02
Efter kurs	76	29,68	8,007			

3.5 Skillnad i skattad rörelserädsla före och 12 månader efter avslutad beteendemedicinska rehabiliteringskurs.

Beroende t-test visade inte på någon signifikant skillnad ($t=,712$; $df=75$; $p=,479$) mellan resultaten av TSK-SV vid de två mättillfällena före och 12 månader efter beteendemedicinsk rehabiliteringskurs. *Se tabell 4.*

Tabell 4. Medelvärden, standardavvikelser, *t*-värde och *p*-värde.

Resultat av TSK-SV	N	M	SD	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
				Före kurs	76	31,02
12 mån efter	76	30,48	8,389			

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visar att 25 % av de patienter som deltog i beteendemedicinskt rehabiliterings program påvisar en hög grad av kinesofobi före kursstart. Efter kursen uppgav 21,1 % hög grad av kinesofobi och på uppföljningen av kursen 12 månader efter avslutad kurs påvisade 26,3 % en hög grad av kinesofobi. Medianvärdet på den skattade rörelserädslan sjunker dock från 30,0 vid mätningen före, 29,0 vid mätningen efter och till 28,5 poäng på TSK-SV vid den sista mätningen vid uppföljningen 12 månader efter den beteende medicinska rehabiliterings kursen. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan den skattade rörelserädslan före respektive efter kursen eller före respektive 12 månader efter avslutad kurs.

4.2 Resultat diskussion

4.2.1 Skattad rörelserädsla

I föreliggande studie beskrivs och identifieras den skattade rörelserädslan hos patienter som genomgått ett beteendemedicinskt rehabiliteringsprogram åren 2004 och 2005 för att se om det fanns någon skillnad i skattad rörelserädsla före respektive efter samt före respektive 12 månader efter beteendemedicinsk rehabiliterings kurs. Detta har författarna gjort för att utvärdera förekomst och utvecklingen över tid av kinesofobi av patienter med långvarig smärta som en kvalitetsuppföljning på ett beteendemedicinskt rehabiliteringsprogram.

Deltagarna i studien skattade i genomsnitt sin grad av rörelserädsla lägre än vad som påvisats i andra studier vilket är positivt då rörelserädsla har visat sig vara ett hinder för rehabilitering av långvariga smärttillstånd (20). Det låga medianvärdet på skattad rörelserädsla kan ha påverkats av olika faktorer. En orsak kan vara det höga antalet kvinnliga deltagare i studien, då det framkommit att kvinnor generellt skattar sin rörelserädsla lägre än män i tidigare studier. Orsaken till det höga antalet kvinnor är för författarna av studien inte känt. Tänkbara orsaker kan vara att många kvinnoyrken kräver ett statiskt muskelarbete, kvinnor har generellt lägre smärtrösklar än män samt att allt fler kvinnor är yrkesverksamma utanför hemmet samtidigt som de tar det största ansvaret för hem och familj. Detta dubbelarbetande medför en kronisk stress vilket i slutänden påverkar den personliga hälsan och kan i sin tur leda till utvecklandet av långvarig smärta (27). I en studie av Lundberg et al. (2) undersöks

förekomsten av kinesofobi på en svensk population med smärta från muskler och leder. De som deltog i studien var 140 personer med en medelålder på 49 år (20-65år). Resultatet visar ett Medianvärde på 40 poäng för män och 37 poäng för kvinnor på TSK-SV samt att 54 % av populationen påvisar en hög grad av kinesofobi (37-68 poäng).

I en annan svensk studie gjord av Boersma och Linton (15) undersöktes fenomenet rörelserädsla i förhållande till utvecklande av långvarig smärta och undvikande beteende. Deltagarna i studien var 184 till antal och delades in i grupper utifrån hur länge de lidit av smärta. (Mindre än 1 år, 1-3 år och mer än 3 år sedan smärtdebut) Resultatet av studien visar att desto längre smärtan varat desto högre grad av kinesofobi var påvisat. Detta resultat är motsägelsefullt i förhållande till det resultat som författarna av föreliggande studie kommit fram till då medelvärdet på antalet år sedan smärtdebut är 9 år. Resultatet borde då ha blivit en högre grad av skattad rörelserädsla än vad som framkommit. En orsak till resultatet i föreliggande studie kan vara att deltagarna under utredningsdagarna och under förberedande arbete innan rehabiliteringskursen får jobba med sina enskilda behov för att komma över de hinder som förstärker deras smärtbeteende. Deltagarna har därmed fått ökade kunskaper om sitt huvudsakliga problem och om sitt smärtbeteende redan innan kursstart och innan första mätningen med TSK-SV är utförd. Den kognitiva omstruktureringen av patientens beteende var således redan påbörjad och den kunskapen som patienten hunnit fått med sig kan ha reducerat rädslan för rörelse och därmed påverka resultatet av den skattade rörelserädslan (11).

4.2.2 Skillnad i skattad rörelserädsla

Det förekom ingen signifikant statistisk skillnad i skattad rörelserädsla över tid enligt resultatet i studien. Med tanke på att patienterna har aktiverats och uppmuntrats till rörelse under det år som rehabiliteringen pågått så är resultatet positivt i den bemärkelsen att rädslan för rörelse inte har ökat bland undersökningsgruppen. Den ökade aktiveringen av rörelse har med andra ord inte förstärkt rädslan hos dessa patienter. I en studie av Boersma et al (19) fick undersökningsgruppen gradvis och systematiskt utsätta sig för det de är rädda för, själva rörelsen. Mätinstrumentet som använts för att mäta den skattade rörelserädslan var TSK-SV. Resultatet av den studien visar att den skattade rörelserädslan sjönk över en

tidsperiod på 6 månader för de fem patienter som deltog i mätningen. Anledningen till att föreliggande studie inte visar liknande resultat kan dels bero på undersökningsgruppernas skillnad i storlek men det kan även bero på olikheter i behandlingsformer. I Borsemas studie fick undersökningsgruppen specifik behandling av en kognitiv beteendeterapimetod som kallas exponering och innebär att patienterna graderar svåra rörelser och därefter får de gradvis utföra rörelsen. Syftet med metoden är att upplevelsen av smärta vid rörelse ska utebli. I rehabiliteringsprogrammet där befintlig studie är utförd är behandlingsmodellen bred, inriktar sig på hela människan och beteenden i dennes livsstil, inte på ett enskilt fenomen, som rörelserädsla och en speciell behandling för just detta fenomen (19).

Resultatet har troligen inte påverkats av vetskapen av att deltagarna ingick i en denna studie då detta inte specifikt har informerats om utan informationen och samtycke att använda data från journalen innefattar data från alla de skattningsformulär som använts i rehabiliteringsprogrammet. Något som dock kan ha påverkat resultatet är deltagarna i och med att de blir antagen till att få medverka i programmet känner en lättnad och trygghet i att bli bekräftad, få hjälp att komma vidare och lära sig handskas med sin smärta och därmed reduceras upplevelsen av smärtan och rädslan (11).

4.3 Metod diskussion

Föreliggande studie hade en prospektiv beskrivande design som skulle beskriva och utvärdera den skattade rörelserädslan hos patienter med långvarig smärta som genomgått beteendemedicinsk rehabiliteringskurs år 2004 och 2005. På dessa patienter har författarna gjort en totalundersökning dvs. att alla deltagare under de åren inkluderades i studien. En svaghet i studien är det höga antalet kvinnliga deltagare då det blir svårt att generalisera resultatet. För att resultatet ska kunna generaliseras bör det användas en större urvalsgrupp och en mer jämn fördelning mellan kvinnor och män.

Data samlades in via ett självskattningsformulär Tampaskalan för kinesofobi, den svenska versionen som är ett standardiserat instrument och används i rehabiliteringsprogram i hela Sverige för att identifiera, beskriva och utvärdera effekten av behandlingen (2), vilket är en styrka i studien. Författarna ansåg att det kändes tillförlitligt att använda Tampaskalan för kinesofobi för att uppnå studiens syfte trots att mätningarna redan var utförda av sjukgymnasterna på rehabiliteringskliniken eftersom att TSK-SV är reabilitets och validitets testat på en svensk population med långvarig smärta (26). För att få fram

den skattade rörelserädselns förändring över tid användes beroende t-test som visade att det inte fanns någon signifikant statistisk skillnad i den skattade rörelserädseln vid de tre mättillfällena. Med tanke på att resultatet hade en positiv snedfördelning vilket innebär att medianen blir lägre än medelvärdet borde kanske ett icke-parametriskt test ha gjorts i stället (28). Författarna gjorde dock en icke-parametrisk signifikants analys med Wilcoxon's teckenrangtest som liksom det beroende t-testet inte visade på någon signifikant skillnad i gruppen över tid och därför inte redovisas i resultatet. Variansanalys för upprepade mätningar hade varit en mer adekvat statistisk metod för att utröna den longitudinella effekten. Men med avseende på frågeställningarnas formulering var de två använda analyserna tillämpbara. Dock har detta val medfört ökad risk för så kallat typ 1 fel i den statistiska bedömningen.

Så här i efterhand anser författarna att det hade varit av värde även utvärdera om smärtupplevelsen förändrats över tid samt i vilken grad rehabiliteringen medfört arbetslivsåtergång samt upplevd begränsning/aktivitet för de patienter som genomgått rehabiliterings programmet för att få en bättre utvärdering på rehabiliteringens effekter.

4.4 Allmän diskussion

Rörelserädsla är en avgörande faktor för utvecklandet av långvarig smärta och ett begrepp som uppmärksammas i nutida forskning. Aktuella svenska avhandlingar om rörelserädsla och långvarig smärta visar att det är av yttersta vikt att främja och exponera rörelse under kontrollerade former och med en samverkan mellan olika yrkeskategorier för att uppnå optimalt resultat av rehabilitering (2,15,16,22,26). För en patient som lider av långvarig smärta kan vägen fram till att få delta i ett rehabiliteringsprogram bli lång vilket kan medföra en utslagning från socialt liv och arbete. Smärta är ofta inget som syns på utsidan vilket ofta leder till misstro och ett respektlöst bemötande från omgivningen och från sjukvården. Långvarig smärta är en vanlig orsak till långtidssjukskrivningar i dagens samhälle. För att sänka antalet sjukskrivna har man i dag försämrat sjukförsäkringen och satt in arbetslivsinriktade åtgärder i stället för att lägga resurserna på att kunna erbjuda fler patienter adekvat smärtrehabilitering (4).

Att rörelserädsla är ett fenomen som det sker mycket forskning kring anser författarna av den här studien är positivt för att det är av yttersta vikt att finna behandlingsformer som reducerar grad av rörelserädsla. Att med hjälp av kognitiv beteendeterapi och exponeringsbehandling reducera rörelserädsla har visat sig vara effektivt, även om dessa studier gjorts på små urvalsgrupper. Det behövs dock fler studier om rörelserädsla, andra psykologiska och fysiologiska fenomen som drabbar patienten vid långvariga smärttillstånd för att optimera effekten av rehabilitering. Att använda TSK-SV som instrument för identifiering av rörelserädsla hos patienter med långvarig smärta har visat sig vara effektivt och pålitligt (26). I rehabiliteringsprogrammet används formuläret i flera syften än att identifiera den skattade rörelserädslan. Det ingår i behandlingen och syftar till att skapa eftertanke hos patienterna och därmed medvetandegöra eventuella rädslor som patienterna upplever. Med utgångspunkt från det resultat den enskilde patienten får på formuläret görs en reflektion tillsammans med patienten och utifrån det sätts mål och strategier upp för att övervinna sina rädslor. Denna behandlingsmetod skulle kunna påbörjas redan i primärvården för att minimera risken att utveckla långvarig smärta.

Som allmänsjuksköterska träffar man på dessa patienter över allt i vården. Det är en vårdkrävande grupp som ofta söker vård upprepade gånger. Desto mer kunskap och förståelse sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom vården får om fenomenet rörelserädsla och dess påverkan på utvecklandet av långvarig smärta ju större chans att identifiera de patienter i riskzon till utvecklandet av långvarig smärta. Tidig identifiering med hjälp av TSK-SV och behandling kan sättas in i förebyggande syfte för att hämma utvecklandet av långvarig smärta. Detta skulle kunna leda till minskat antal sjukskrivningar och ett minskat lidande för dessa patienter.

5 Referenser

1. Breivik, H., Colett, B., Vantafidda, V., Cohen, R., & Gallacker, D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European journal of pain*, 2006;10, 287-333.
2. Lundberg M, Larsson M, Östlund H, Styf J. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary health care. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2006; 1: 37-43
3. Behandling av långvarig smärta. Stockholm: Socialstyrelsen; SoS 1994:4.
4. Lidbeck J. Smärtsjukvården är satt på undantag! Varför reagerar inte Socialdepartementet? *Läkartidningen*.2004;101:3654-5
5. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk översikt. Stockholm. 2006.
6. Steihaug Sissel. Hvordan kan kvinner med kroniske muskelsmerter endre sine kroppslige vaner. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;20;125:2804-6
7. International Association for the Study of Pain, IASP. *Pain* 1979, 250.
8. Melzack.,Wall,P D. The Challenge of pain. Penguin Books, Antont Rowe Ltd. Chippenham,Wiltshire, Great Britain. 1996
9. Werner, M. & Strang, P. Smärta och smärtbehandling. Liber AB, Falköping. 2003
10. Mullersdorf, M., Söderback, I. Occupational therapists assessments of adults whit long-term pain: The Swedish experience. *Occupational therapy International*. 2002; 9, 1-23.
11. Lidbeck, J. (1999). Centralt störd smärtmodulering, förklaring till långvarig smärta. Nya kunskaper förändrar synen på den problematiska smärtpatienten. *Läkartidningen*.1999; 96, 2843-51.

12. Kori, S. H., Miller, R. P. & Todd, D. D. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*. 1990; 3, 35-43.
13. Vlaeyen JW, Kole-Snidjers MJ, Boeren GB, van Eek H Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995; 62: 363-372.
14. Vlaeyen JW, Seelen HA, Peters M, De Jong, P, Aretz E, Beisiegel E, Weber W E. Fear of movement/(re)injury and muscular reactivity in chronic low backpain patients: an experimental investigation. *Pain*. 1999; 82: 297-304.
15. Boersma, K. Linton, S. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem.: A prospective analysis of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model and disability. *Clinical Journal of Pain*. 2006; 22; 2:160-166
16. Boersma, K. Linton, S. How does persistent pain develop?: An analysis of the relationship between psychological variables, pain and function across stages of chronicity. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43;11:1495-1507
17. Norrefalk, R. Outcome of an 8.week multiprofessional work-related rehabilitationprogramme for patients suffering from persistent musculoskeletal-related pain. Department of public health science, division of rehabilitation medicine. Karolinska institutet, Stockholm. 2006
18. Turner JA, Romano JM. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain patients. In: IASP subcommittee on refresher courses. Refresher course syllabus. Seattle: IASP Publications; 1993. 87-90.
19. Boersma, K. Linton, S. Overmeer, T. Janson, M. Vlaeyen, J. de Jong, J. Lowering fear-avoidance and enhancing function through exposure in vivo.: A multiple-baseline study across six patients with back pain. *Pain*. 2004; 108:1-2, 8-16.
20. Vårdprogrammet för smärtteamet. Ett beteendemedicinskt omhändertagande. 2004.

21. Bellviken, A. Skoglund, M L. Interbedömarreabilitetsstudie av ett avslappningstest. Örebro universitet. 2004.
22. Lundberg Mari. Rörelserädsla - hinder för effektiv rehabilitering? Medikament 2004; 7 :64-66
23. Vlaeyen, J. Linton, S. Fear avoidance and its consequences in cronic musculoskelekat pain: A state of the art. Pain, 2000; 85, 317-332
24. Vlaeyen, J. Linton, S. Fear avoidance and its consequences in cronic musculoskelekat pain: A state of the art. Pain, 2000; 85, 317-332
25. Bunketorp L, Carlsson J, Kowalski J, Stener-Victorin E. Evaluating the reliability of multi-item scales: a non-parametric approach to the ordered categorical structure of data collected with the swedish version of the Tampa Scale for Kinesiophobia and Self-Efficacy Scale. J Rehabil Med 2005;37:330-4.
26. Lundberg, M. K. E., Styf, J. & Carlsson, S. G. A psychometric evaluation of the Tampa Scale for Kinesiophobia - from a physiotherapeutic perspective. Physiotherapy Theory and Practice. 2004; 20, 121-33.
27. Bekker, M. De Jong, P.F, Zijlstra, F. van Landeghem. B. Combining care and work: health and stress effects in male and female academics. International journal of behavior medicine. 2000;7,28-43.
28. Byström, J. Grundkurs i statistik. Natur och Kultur, Stockholm. 2003

6 Bilaga

Tampaskalan för kinesiofobi –svensk version (TSK-SV)

(Lundberg, Carlsson och Styf, 2004)

Nedan följer olika erfarenheter som andra patienter delgivit oss. Var vänlig och ringa in lämplig siffra från 1-4 för varje påstående. Läs varje påstående och besvara varje påstående så gott Du kan.

	Håller inte alls med		Håller med helt	
1. Jag är rädd för att jag kan skada mig själv om jag tränar.	1	2	3	4
2. Om jag försökte träna så skulle min smärta öka.	1	2	3	4
3. Min kropp säger mig att jag har någon allvarlig åkomma.	1	2	3	4
4. Min smärta skulle troligen lindras om jag motionerade.	1	2	3	4
5. Människor tar inte mitt medicinska tillstånd tillräckligt allvarligt.	1	2	3	4
6. Min skada har försvagat mig kroppsligen för resten av mitt liv.	1	2	3	4
7. Smärta beror alltid på kroppslig skada.	1	2	3	4
8. Bara för att någonting förvärrar min smärta behöver det inte betyda att det är farligt.	1	2	3	4
9. Jag är rädd för att jag skulle kunna skada mig själv oavsiktligt om jag tränade.	1	2	3	4
10. Att vara försiktig med onödiga rörelser är det bästa jag kan göra för att förhindra att smärtan förvärras.	1	2	3	4
11. Jag skulle inte ha så här ont om det inte var något farligt på gång i min kropp.	1	2	3	4
12. Även om det gör ont klarar jag mig bättre om jag är fysiskt aktiv.	1	2	3	4

13. Smärtan säger mig när jag skall sluta träna, så att jag inte skadar mig själv.	1	2	3	4
14. Det är verkligen inte ofarligt för en person i mitt tillstånd att vara fysiskt aktiv.	1	2	3	4
15. Jag kan inte göra samma saker som andra eftersom det är för stor risk att bli skadad.	1	2	3	4
16. Även om någonting orsakar mig mycket smärta så tror jag faktiskt inte att det är farligt.	1	2	3	4
17. Ingen ska behöva träna när hon eller han har ont.	1	2	3	4