SAMMANFATTNING

Det finns evidens för att rehabiliteringsprogram vid långvariga smärttillstånd bör inrikta sig på att åstadkomma en beteendeförändring i hanteringen av den egna smärtan i syfte att minska aktivitetsbegränsningar. En god coping-strategi vid långvarig smärta är att försöka fortsätta leva ett så aktivt liv som möjligt trots smärtan och skaffa sig en tilltro till sin förmåga att fungera i vardagslivets aktiviteter trots smärta. Det är då viktigt att den sjukgymnastiska behandlingen stödjer personen att bibehålla eller tillägna sig aktiva strategier för att på bästa sätt hantera smärtan i vardagslivet. Det kan handla om att försäkra sig om att individen har redskap för egenvård, eller self-management som det ofta benämns i engelsk litteratur. Trots att strukturerade egenvårdsprogram vid olika sjukdomsstillstånd fått alltmer uppmärksamhet inom olika delar av hälso- och sjukvården, är forskning kring sådana interventioner inom smärtområdet fortfarande begränsad. Denna text ger en bakgrund till kunskapsläget för utformningen av egenvårdsprogram samt beskriver ett egenvårdsprogram vid långvarig smärta som provats i sjukgymnastisk primärvårdsverksamhet.

Att hantera långvarig smärta

Sjukgymnastiska insatser för ökad förmåga till egenvård

CATHARINA GUSTAVSSON

leg. sjukgymnast, med.dr associerad till Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, med forskningsarbetsplats Centrum för klinisk forskning Dalarna och klinisk arbetsplats Primärvårdsrehab Borlänge, Landstinget Dalarna.

Smärta är en del av livet. Alla har vi någon gång haft smärta, som exempelvis tandvärk, huvudvärk, eller smärta från sår och blåmärken, och upplevt att smärta i mycket hög grad kan påverka vårt sätt att fungera i vardagen. Smärta är en intensiv upplevelse: kroppsligt, tankemässigt och känslomässigt, med en förmåga att ta över uppmärksamheten från annat omkring oss och färga vårt tänkande och fungerande (1). Smärta skapar oro och osäkerhet om den egna hälsan. Smärta som varar länge eller är ofta återkommande kan få stor påverkan på förmågan att fungera i både familje- och arbetsliv, liksom i fritidsaktiviteter, samt påverka det psykiska välmåendet (2). Akut smärta är en biologiskt grundläggande och evolutionärt utvecklad varningssignal om skada och fara, som talar om att vi bör stanna upp, vila, rikta uppmärksamheten mot och ta hand om det smärtande området. Smärta från kroppens muskler och leder som kvarstår länge eller är ofta återkommande har dock inte längre samma funktion av varningssignal. Då gäller det i stället att fortsätta leva ett så aktivt liv som möjligt trots smärtan och ha tilltro till sin förmåga att fungera i vardagslivets aktiviteter (2–4).

Muskuloskeletal smärta, speciellt ländryggs- och nacksmärta, är vanliga symtom i befolkningen och ett stort hälsoproblem. Det är en mycket vanligt förekommande orsak till konakt med hälso- och sjukvården och en viktig orsak till sjuk- och aktivitetsersättning (5). Prevalensen av muskuloskeletal smärta varierar i olika studier, men cirka 40 procent av den vuxna befolkningen drabbas av ländryggssmärta (6) och 30–50 procent av nacksmärta någon gång under ett år (7) och cirka 8 procent har samtidig nack/skulder- och ländryggssmärta (8). En studie av europeiska förhållanden anger att upp emot en femtedel av befolkningen har långvariga muskel- och ledrelaterade smärtstillstånd (9). Andra studier har visat att av de som vid något tillfälle har rygg- eller nacksmärta, rapporterar cirka 50 procent kvarstående eller återkommande besvär ett och fem år senare (10, 11). Förekomsten av både

FOTO: COLOURBOX

ländryggs- respektive nacksmärta är större bland kvinnor än män, också beträffande långvariga besvär (6, 12).

Behandlingsmodeller

Av de som söker sjukvården på grund av rygg- och nacksmärta, behandlas en stor andel i primärvården (13, 14). Forskning visar att smärtproblematik bör bedömas och behandlas utifrån ett utvidgat biopsykosocialt perspektiv på hälsa. Detta innebär att förutom fysiologiska aspekter, inkluderas även kognitiva, psykologiska och arbetsrelaterade faktorer samt beteendefaktorer (15–17). Behandlingsmodeller ska utformas för att möta hela individen – som biologisk, psykologisk och social varelse i samspel med sin omgivning (18). Behandling och rehabilitering ska bygga på en bedömning av varje enskild individs behov och skräddarsys därefter (13). SBU-rapporterna från 2006 och 2010 om behandling vid långvarig smärta (15, 19) ger sammanfattningsvis stöd för att mer samordnade rehabiliteringsprogram, så kallad multimodal rehabilitering (ofta en kombination av kognitivt och beteendepåverkande insatser och fysisk aktivitet/träning), ger minskad smärta på lång sikt, att fler människor återgår till arbete och kortare sjukskrivningstider. Interventioner som på olika sätt söker påverka individens tilltro till sin egen förmåga (”self-efficacy”) att hantera symtom har också befunnits ha god effekt på funktion och aktivitetsförmåga (17, 20, 21).

Personer med smärttillstånd drabbas, i olika hög grad, av nedsatt aktivitetsförmåga (22). Smärtrehabilitering har i ett historiskt perspektiv, utifrån ett biomedicinskt perspektiv, till stor del varit smärtfokuserad (23). Utgångspunkten har varit att smärtreduktion leder till ökad funktion och aktivitetsförmåga. Forskning visar dock att en mindre del, i vissa fall så lite som 10 procent, av aktivitetsbegränsningen och den nedsatta arbetsförmågan vid långvariga muskuloskeletala smärttillstånd förklaras av smärtintensitet (16, 24). Smärtrelaterad aktivitetsbegränsning och nedsatt arbetsförmåga beror till ➤

”Egenvård, (...), vid långvarig smärta handlar om att använda sådana coping-strategier som är fördelaktiga för att möta och hantera de utmaningar som smärtan skapar i vardagslivet.”

➤ stor del på andra faktorer än smärtintensitet: psykologiska faktorer som katastroftankar, smärt- och rörelserädsla, tilltro till egen aktivitetsförmåga, nedstämdhet, sociala faktorer som familjesituation och relationer, samt arbetsrelaterade faktorer som arbetsförhållanden och relationer till arbetskamrater och chefer (13, 21, 25, 26). För att minska aktivitetsbegränsningen, öka individens förmåga att vara aktiv trots smärta, förbättra förmågan till egenvård och att hantera smärta med aktiva coping-strategier är det av stor vikt att utveckla behandlingsstrategier som även riktar sig mot dessa psykosociala faktorer. Det finns evidens för att rehabiliteringsprogram vid långvariga smärttillstånd bör inrikta sig på att åstadkomma en beteendeförändring i hanteringen av den egna smärtan i syfte att minska aktivitetsbegränsningen(27–29).

Begreppet beteendemedicin

Begreppet beteendemedicin har använts för att beteckna ett interdisciplinärt område för utveckling och integrering av sociokulturell, psykosocial, beteende- och biomedicinsk kunskap om sjukdom och hälsa. I beteendemedicin ingår även tillämpning av denna kunskap inom behandling och rehabilitering. Beteendemedicinens fokus är samspelet mellan vardagsbeteende/livsstil och biomedicinska faktorer för hälsa och sjukdomsutveckling. I sjukgymnastisk verksamhet kan beteendemedicinska interventioner användas i sekundärpreventivt syfte – genom analys av vardagsbeteenden, beteendemodifiering och integrering av nya beteenden i individens vardagsliv. Målet är att kunna leva ett så aktivt och välanpassat liv som möjligt trots ett långvarigt sjukdomstillstånd (rehabilitering), alternativt att förebygga och/eller hantera återfall (sekundärprevention). Ett uttalat mål är att individen tillägnar sig problemlösningsstrategier för *egenvård* eller ”*self-management*”.

Self-management

Coping handlar om *hanterande-strategier*, det vill säga om det individen själv gör, både i handling och i tankar, för att hantera yttre och inre krav som denne möter och som utmanar individens förmåga (30). I grunden är allt beteende som innebär anpassning till omständigheter, som vid sjukdom, att betrakta som coping, oavsett om det handlar om gynnsamma hälsosamma beteenden eller inte (31). Egenvård, eller self-management, vid långvarig smärta handlar om att använda sådana coping-strategier som är fördelaktiga för att möta och hantera de utmaningar som smärtan skapar i vardagslivet (32, 33). Genom att främja egenvård tillåter och bemyndigar sjukvården individen att ta aktiv del i sin egen behandling, göra aktiva hälsorelaterade val och ta kontroll över sin egen hälsa (31, 33). Strukturerade egenvårdsprogram vid olika sjukdomsstillstånd har fått alltmer ökad uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård och tillhandahålls vid flera långvariga sjukdomstillstånd. Egenvårdsinterventioner inom smärtområdet är fortfarande otillräckligt studerat om än antalet studier har ökat det senaste decenniet (32, 34).

Egenvårdsprogram

Behandlingsprogram för egenvård handlar om att stödja och underlätta för personen att tillägna sig fördelaktiga hälsobeteenden, dvs. sådana beteendemässiga och kognitiva coping-strategier som på ett positivt sätt underlättar för individen att hantera hälsorelaterade situationer i livet som upplevs utmanande. Egenvård innebär att patienten får en aktiv roll i behandlingen av sin sjukdom (33). Egenvårdsprogram innehåller unika egenskaper och komponenter kopplat till den specifika sjukdom eller hälsoområde som det riktar sig mot, till exempel långvarig smärta. Verktygen för egenvård skiljer sig åt mellan olika sjukdomstillstånd. Det är därför sällan tillräckligt att skapa generella egenvårdsprogram som kan tillämpas på många olika typer av sjukdomstillstånd. Förutom att tillämpa allmänna principer och riktlinjer för utformning av egenvårdsprogram, är det viktigt att noggrant skräddarsy egenvårdsprogrammet utifrån den specifika sjukdom som man riktar sig till (32, 35).

Egenvårdsprogram fokuserar på tre aspekter av hanterande: 1) det medicinska och praktiska hanterandet av sjukdomen, som att ta medicin, att regelbundet göra ett specifikt träningsprogram eller upprätthålla rutiner för andra hälsobeteenden; 2) hanterandet av förändrade roller, det vill säga att upprätthålla, förändra eller skapa nya meningsfulla beteenden inom olika livsroller. För en person med

ett långvarigt smärttillstånd kan det exempelvis innebära att göra förändringar i sitt sätt att arbeta i trädgården, utöva favoritidrotten eller i hur man organiserar sin arbetsdag; 3) det känslomässiga hanterandet av sjukdomen, det vill säga att hantera de känslor av ilska, rädsla, frustration och nedstämdhet som ofta upplevs av personer med långvariga sjukdomstillstånd (33).

Egenvårdsprogram skiljer sig från andra mer traditionella pedagogiska program för patientutbildning som tillhandahåller information och färdighetsträning, genom att de är utformade för att tillåta personer med långvariga sjukdomstillstånd att ta aktiv del i hanterandet av och beslutsfattandet kring sin egen sjukdom. Det innebär att personen behöver ha tillräckliga kunskaper och praktiska färdigheter i strategier för egenvård, och dessutom ha förmåga att tillämpa dessa på sig själv, det vill säga att ”skräddarsy” egenvården med utgångspunkt från en självevaluering av aktuella behov (32). Förmåga till introspektion, liksom att ha tilltro till den egna förmågan, är viktiga förutsättningar för att läsa av ”den inre termometern” och göra en värdering av dagsformen (36). Detta är något helt annorlunda än sådan patientinformation som syftar till att förmå patienten att göra det som den blir tillsagd, dvs. att vara ”följsam” till en ordinerad behandlingsregim. Det är också till viss del annorlunda än sådana program där behandlaren skräddarsyr vad hon eller han säger eller gör, baserat på initiala tester av patientens förutsättningar. I egenvårdsprogram skräddarsyr patienten själv, baserat på att patienten har lärt sig principerna för beteendeförändring och hälsobeteenden för egenvård i relation till en specifik sjukdom (33).

Egenvårdsutbildning – ett problembaserat lärande

Lorig och Holman (33) menar att fem färdigheter bör vara centrala i egenvårdsprogram: problemlösningsförmåga, beslutsfattandekompetens, resursanvändning, partnerskap i relationen patient–sjukvårdspersonal och förmåga att agera aktivt. Egenvårdsutbildning kan sägas vara ett problembaserat lärande. Patienten lär sig grundläggande problemlösningsstrategier att tillämpa på sina problem, i stället för att få serverat färdiga lösningar. Problemlösning är en process av problemdefiniering, genererande av möjliga lösningar, test av lösningar och utvärdering av resultatet av testade lösningar. Beslutsfattande är del av problemlösandet och att ha tillräcklig kunskap är grunden för att vara beslutskompetent. För att fortsätta fatta dagliga beslut, baserat på förändringar i sjukdomsaktivitet, krävs kunskap, dvs. tillgång till lämplig information för att möta dessa förändringar. Med resursanvändning menas här förmåga att söka, bedöma och integrera ny kunskap. Egenvårdsprogram uppmuntrar personen att aktivt söka och använda kunskap från många olika källor (33). Att vara öppen för och betrakta företeelser ur flera perspektiv gynnar problemlösningsprocessen genom förmågan till att generera fler möjliga lösningar (37). I syfte att stödja egenvård vid långvariga smärttillstånd blir sjukvårdspersonalens roll: läraren och coachen. Relationen karaktäriseras av partnerskap och informationsutbyte i båda riktningarna. Patienten förutsätts vara kapabel att korrekt rapportera förändringar i sjukdomsaktivitet, ha kompetens att göra val och fatta beslut rörande behandlingsalternativ och att kunna diskutera behandlingsalternativ med sin vårdgivare.

Locus of control

Med uttrycket ”agera aktivt” menas förmågan att ta kontroll och vara den som styr i livet, genom att planlägga hur förändring av specifika beteenden ska uppnås och att genomföra sådana beteendeförändringar (33). Denna förmåga till aktivt ansvarstagande och aktivt handlande för den egna hälsan kan hänföras till begreppet *locus of control* som grundar sig på teorier inom socialpsykologin och anger i vilken grad en person uppfattar att han/hon kan påverka, eller kontrollera, sådant som händer honom/henne. Personer med hög *intern* locus of control, upplever att de kan utöva stor personlig påverkan på sitt liv och att det som sker i deras liv till stor del beror på deras egna beteenden och handlingar. Personer med hög *extern* locus of control, upplever att det som sker i deras liv till stor del beror på saker som står utanför deras egen kontroll – yttre omständigheter och andra människor, ödet, tur/otur eller det som sker helt enkelt inte går att förutspå (38).

Self-efficacy

Bandura (39) har beskrivit begreppet *self-efficacy* och dess betydelse för olika aspekter av beteendeförändring. *Self-efficacy* har definierats som en individs tilltro till sin förmåga att utföra ett specifikt beteende i en specifik situation, och grundas till största del på tidigare erfarenhet av att ha, eller inte ha, bemästrat beteendet. Ju högre tilltro till sin förmåga, desto mer ihärdig kommer individen att vara i sina ansträngningar att åstadkomma önskvärd beteendeförändring (40). En konsekvens av detta blir att för att underlätta beteendeförändring mot fördelaktiga coping-strategier och hälsobeteenden bör egenvårdsprogram stödja och stärka individens self-efficacy för egenvård. Ett effektivt sätt att underlätta upplevelse av bemästrande, är att dela upp inlärning av nya hälsobeteenden i mindre, ➤

”Smärt- och stresshanteringsprogrammet SmäSH hade bättre effekt än sedvanlig individuell sjukgymnastisk behandling beträffande patientupplevd smärthantering.”

➤ lättare uppnåbara, delar och att lära sig genom repetition. Genom upprepade lyckade beteenden i stegvis ökande svårighetsgrad, stärks förväntningarna om att lyckas med alltmer komplexa hälsobeteenden. Att observera andra som med framgång utför beteenden liksom att få verbala uttalanden som förmedlar positivt stöd, kan understödja inlärning och har därför i viss mån en effekt på self-efficacy (39). Situationer som utmanar och ställer krav på anpassning (t.ex. smärta) aktiverar den fysiologiska stressreaktionen, vilket har en hindrande inverkan på inlärning och påverkar self-efficacy negativt. Människor är mer benägna att förvänta sig framgång när de inte är ansatta av negativ emotionell och fysiologisk uppvarvning, dvs. när de inte känner sig stressade. Metoder som minskar emotionell uppvarvning och den fysiologiska stressreaktionen förbättrar utförandet och ökar möjligheten till upplevelse av bemästrande. Sådana stresshanteringsmetoder involverar vanligtvis olika typer av avslappningstekniker, men också kognitiva tekniker som tankeprocesser för att tolka kroppsliga signaler liksom problemlösningsstrategier (41).

Studier av egenvårdprogram

Strukturerade egenvårdsprogram vid olika sjukdomstillstånd har fått alltmer ökad uppmärksamhet inom hälso- och sjukvård och tillhandahålls vid flera långvariga sjukdomstillstånd (32, 34). Inom smärtområdet har sådana interventioner studerats framför allt avseende reumatiska smärttillstånd och artros i höft och knä (42). Antalet studier av egenvårdsinterventioner inom smärtområdet har ökat under de senaste tio åren (32). Det innebär att kunskapen om både utformning av och innehåll i, liksom resultat av, egenvårdsinterventioner har ökat avsevärt parallellt med genomförandet av det smärt- och stresshanteringsprogram som här nedan beskrivs. En litteraturöversikt och meta-analys från 2011 (42) visar att det finns stöd för att egenvårdsprogram har effekt på minskad smärta och aktivitetsbegränsning (”disability”) vid reumatiska smärttillstånd även vid långtidsuppföljningar. Avseende långvarig ryggsmärta angav samma meta-analys att det vetenskapliga underlaget var för litet för att kunna påvisa effekter. Det behövs fler studier av interventionsprogram för egenvård avseende olika typer av långvariga smärttillstånd utöver reumatiska sjukdomar och artros, t.ex. långvarig benign rygg- och nacksmärta (42). Framtida forskning bör likaså fokusera på utvärdering av det långsiktiga resultatet av egenvårdsinterventioner, t.ex. av vilka faktorer som påverkar och underlättar vidmakthållandet av egenvårdsstrategier även på lång sikt (43).

Egenvårdsprogrammet SmäSH

SmäSH är ett smärt- och stresshanteringsprogram som är utvecklat för personer med långvarig smärta. Programmet syftar till att integrera och tillämpa beteendepsykologiska teorier och ett biopsykosocialt perspektiv i en sjukgymnastisk behandlingskontext . Det kan sägas vara en beteendemedicinsk behandling av långvarig smärta i sjukgymnastisk primärvårdspraktik.

Behandlingsprogrammet är inriktat på egenvård (*self-management*) vid långvarig smärta. Det syftar till att lära patienten hur man kan använda tekniker för att själv behandla och hantera smärtan och den stress som uppstår av smärtan. Detta för att fungera på bästa möjliga sätt inom livets alla områden.

Behandlingsprogrammet SmäSH har utvärderats på en grupp patienter som sökt vård på ett antal primärvårdsmottagningar för långvarig, spänningsrelaterad nacksmärta. En randomiserad, kontrollerad studie omfattande 156 personer genomfördes. Personerna som deltog i studien lottades till antingen interventionsprogrammet SmäSH eller till kontrollbehandling som innebar den sedvanliga behandling som sjukgymnasterna brukade tillhandahålla. Kontrollbehandlingen kunde innefatta olika typer av träning och/eller akupunktur, manuella mobiliseringstekniker och/eller TENS.

Resultaten visade att smärt- och stresshanteringsprogrammet SmäSH hade bättre effekt än sedvanlig individuell sjukgymnastisk behandling beträffande patientupplevd smärthantering. Det visade sig i form av patienternas självrapporterade smärtkontroll, deras tilltro till sin förmåga att utföra vardagliga aktiviteter trots smärta (self-efficacy), upplevd aktivitetsbegränsning i dagliga aktiviteter på grund av nacksmärta och katastroftänkande. Dessa resultat uppmättes vid uppföljning efter behandling

(20-veckors uppföljningsperiod) (44). Skillnaderna mellan grupperna kvarstod också i stort sett vid långtidsuppföljningen två år efter behandlingen (45).

Sammantaget visar resultaten från dessa studier att SmäSH tillförde viktiga aspekter av betydelse för upplevelsen att ha förmåga att själv kunna behandla och hantera sin smärta. Dessa aspekter tillgodosågs inte lika väl med den sedvanliga behandlingen. För att nå framgång med behandling som syftar till att göra individen till expert på sin egen smärtbehandling, och för att få långvarig effekt i form av minskad smärtrelaterad aktivitetsbegränsning är det är viktigt att stärka människors tilltro till sin egen förmåga (self-efficacy) att utföra aktiviteter trots smärta. Resultatet visar också att SmäSH var ett egenvårdsprogram som lämpade sig väl att levereras av sjukgymnast i primärvård och att det kan tillföra aspekter som gör behandling hos sjukgymnast i primärvård ännu bättre än tidigare.

Programmet SmäSH i praktiken

Programmet innefattar tre huvudsakliga behandlingskomponenter:

- tillämpning av avslappning som aktiv coping-strategi enligt modellen Tillämpad avslappning (46)
- kroppskännedomsträning utifrån metoden Basal kroppskännedom (47)
- undervisning och diskussion i ämnen relaterade till smärta och smärthantering: smärt- och stress-fysiologi (t.ex. ”muskelspänning-smärtcirkeln”) samt kognitiva aspekter och beteendeaspekter relaterade till smärt- och stresshantering (t.ex. fördelaktiga coping-strategier).

Programmet SmäSH genomförs i form av åtta gruppträffar under en sju veckors period med uppföljning efter tre månader. Gruppformatet har valts för att skapa en stödjande och uppmuntrande miljö både för diskussionerna och för att spegla och få återkoppling på egna erfarenheter och prestationer från flera källor, både andra deltagare och sjukgymnasten, samt för att lära sig av andras erfarenheter.

Programmet SmäSH genomförs i form av åtta gruppträffar.

Deltagarna tränas i att identifiera personliga risksituationer för smärta och stress och att använda olika tekniker och strategier för att möta dessa. En muntligt baserad personlig plan avseende tillämpning av tekniker i egenidentifierade risksituationer arbetas fram under gruppdiskussionen. Den revideras kontinuerligt under träffarna. Syftet är att inte enbart lära in tekniker att använda ”automatiserat” utifrån vissa givna betingelser, utan i stället lära in en process för problemlösning, i syfte att vara aktiv och självständig i planläggningen och beslutsfattandet om hanteringen av smärta, även långt efter avslutad behandling. Även om förutsättningarna, dvs. hälsoläget eller omgivande omständigheter, förändras så ska beredskap för att lösa nyuppkomna problemsituationer finnas kvar.

REFERENSER

• 1. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science1965 Nov 19;150(699):971-9.
• 2. Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients--when pills, scalpels, and needles are not enough. Can J Psychiatry2008 Apr;53(4):213-23.
• 3. Oatley K, Keltner D, Jenkins JM. Understanding emotions. 2. ed. Malden, Mass.: Blackwell; 2006.
• 4. Damasio AR. Descartes' error : emotion, reason and the human brain. London: Vintage; 2006.
• 5. S tatens beredning för medicinsk utvärdering. Ont i ryggen, ont i nacken : en evidensbaserad kunskapssammanställning. Vol. 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2000.
• 6. Bjorck-van Dijken C, Fjellman-Wiklund A, Hildingsson C. Low back pain, lifestyle factors and physical activity: a population based-study. J Rehabil Med2008 Nov;40(10):864-9.
• 7. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine2008 Feb 15;33(4 Suppl):S39-51.
• 8. Leijon O, Wahlstrom J, Mulder M. Prevalence of self-reported neck-shoulder-arm pain and concurrent low back pain or psychological distress: time-trends in a general population, 1990-2006. Spine (Phila Pa 1976)2009 Aug 1;34(17):1863-8.
• 9. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain2006 May;10(4):287-333.
• 10. Enthoven P, Skargren E, Oberg B. Clinical course in patients seeking primary care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis. Spine2004 Nov 1;29(21):2458-65.
• 11. Hill J, Lewis M, Papageorgiou AC, Dziedzic K, Croft P. Predicting persistent neck pain: a 1-year follow-up of a population cohort. Spine2004 Aug 1;29(15):1648-54.

• 12. Guez M, Hildingsson C, Nilsson M, Toolanen G.
The prevalence of neck pain: a population-based study from northern Sweden. Acta Orthop Scand2002 Aug;73(4):455-9.
• 13. Denison E, Asenlof P, Lindberg P. Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. Pain2004 Oct;111(3):245-52.
• 14. Bot SD, van der Waal JM, Terwee CB, van der Windt DA, Scholten RJ, Bouter LM, et al. Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. Spine2005 Aug 15;30(16):E459-70.
• 15. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Metoder för behandling av långvarig smärta : en systematisk litteraturöversikt. V. 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006.
• 16. Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol2005 Aug;19(4):655-70.
• 17. Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G, Carroll LJ, Nordin M, Guzman J, et al. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine2008 Feb 15;33(4 Suppl):S123-52.
• 18. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav2004 Apr;31(2):143-64.
• 19. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Rehabilitering vid långvarig smärta : en systematisk litteraturöversikt : partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010.
• 20. Busch H, Goransson S, Melin B. Self-efficacy beliefs predict sustained long-term sick absenteeism in individuals with chronic musculoskeletal pain. Pain Pract2007 Sep;7(3):234-40.
• 21 .Hurwitz EL, Goldstein MS, Morgenstern H, Chiang LM.
The impact of psychosocial factors on neck pain and disability outcomes among primary care patients: results from the UCLA Neck Pain Study. Disabil Rehabil2006 Nov 15;28(21):1319-29.
• 22. WHO. ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO Library; 2001.
• 23. Sullivan MJ. Toward a biopsychomotor conceptualization of pain: implications for research and intervention. Clin J Pain2008 May;24(4):281-90.
• 24.S ullivan MJ, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA.
Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. Pain1998 Sep;77(3):253-60.
• 25. Linton SJ. A Review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine2000;25:1148-56.
• 26. Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. Adjustment to chronic low back pain - the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing and apparaisals of control. Behav Res Ther2004;42(7):761-74.
• 27. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. Rheumatology (Oxford)2006 Apr;45(4):371-8.
• 28. Jensen MP, Nielson WR, Turner JA, Romano JM, Hill ML. Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. Pain2003 Aug;104(3):529-37.
• 29. Mercado AC, Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. Pain2005 Sep;117(1-2):51-7.
• 30. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping: Springer Publishing Company; 2008.
• 31. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Self-management of chronic pain: a population-based study. Pain2005 Feb;113(3):285-92.
• 32. Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH. Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. Arch Intern Med2004 Aug 9-23;164(15):1641-9.
• 33. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med2003 Aug;26(1):1-7.
• 34. Smith BH, Elliott AM. Active self-management of chronic pain in the community. Pain2005 Feb;113(3):249-50.
• 35. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev2007(4):CD005108.
• 36. Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, Stewart A. Body awareness: construct and self-report measures. PLoS One2009;4(5):e5614.
• 37. Langer EJ, Bashner RS, Chanowitz B. Decreasing prejudice by increasing discrimination. J Pers Soc Psychol1985 Jul;49(1):113-20.
• 38. Wallston BD, Wallston KA. Locus of control and health: a review of the literature. Health Educ Monogr1978 Spring;6(2):107-17.
• 39. Bandura A. Self-efficacy : the exercise of control. Basingstoke: W. H. Freeman; 1997.
• 40. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev1977 Mar;84(2):191-215.
• 41. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 3 ed. San Francisco, USA: Jossey-Bass; 2002.
• 42. Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns2011 Dec;85(3):e299-310.
• 43. Nicholas MK, Asghari A, Corbett M, Smeets RJ, Wood BM, Overton S, et al. Is adherence to pain self-management strategies associated with improved pain, depression and disability in those with disabling chronic pain? Eur J Pain Jun 24.
• 44. Ost LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. Behav Res Ther1987;25(5):397-409.
• 45. Roxendal G, Winberg A, Dahlström A. Levande människa : basal kroppskännedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och kultur; 2002.
• 46. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavioral treatment for chronic low back pain. A systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. Spine2000;25:270-81.
• 47. Öst LG. Applied Relaxation: description of a coping technique and overview of controlled studies. Behav Res Ther1987;25:397-409.
• 48. Gustavsson C, Denison E, Koch L. Self-management of persistent neck pain: a randomized controlled trial of a multi-component group intervention in primary health care. Eur J Pain2009 Jul;14(6):630 e1- e11.
• 49. Gustavsson C, Denison E, von Koch L. Self-Management of Persistent Neck Pain: Two-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial of a Multicomponent Group Intervention in Primary Health Care. Spine (Phila Pa 1976)2011 Dec 1;36(25):2105-15.

Tabell: Innehåll i egenvårdsprogrammet SmäSH (per behandlingskomponenter och gruppträff).

Grupp träff	Tillämpad avslappning	Övningar enligt Basal Kroppskännedom	Om smärta – lärande gruppdiskussioner teorier, begrepp, föreställningar&copingstrategier
1	Sittande Progressiv avslappning: övre halvan av kroppen.	Stående övningar: • inbalansering • sviktövning med armpendling • bred tyngdöverföring • vridning runt mittlinjen	Presentation av innehåll och syfte: ”dagligt övande av olika tekniker mellan träffarna liksom tillämpning av dessa i vardagssituationer, i syfte att hitta de strategier som bäst passar den egna personen för att hantera smärta.” Instruktion för hemuppgifter och träningsdagbok. Introduktion till smärtans fysiologi och psykologi.
Hem-uppgift	Träna sittande Progressiv avslappning (övre halvan av kroppen) två gånger per dag hemma och registrera i träningsdagboken..		
2	Sittande Progressiv avslappning: övre + nedre halvan av kroppen.	Samma stående rörelseövningar som vid träff 1.	Smärt- och stressfysiologi och psykologi (föreläsning och skriftligt material). Andningens fysiologi i relation till muskelspänning and avslappning.
Hem-uppgift	Träna sittande Progressiv avslappning två gånger per dag hemma och om möjligt, även på andra platser utanför hemmet (t.ex. på jobbet, bussen). Läsa och reflektera kring det skrivna materialet om smärtan fysiologi och psykologi.		
3	Sittande Mental avslappning (autogen avslappning).	Samma stående rörelseövningar med tillägg av fokus på: kroppsmedvetenhet genom att skanna av kroppens olika delar efter tecken på spänning och avslappning.	Diskussion kring reflektioner på det skrivna materialet från träff 2. Genomgång och diskussion om tankar, känslor och beteenden i relation till smärthantering.
Hem-uppgift	Träna sittande Mental avslappning två gånger per dag, och utvidga tränandet till mer utmanande situationer: en mer ostörd plats på jobbet, på bussen/tåget, i väntrummet inför gruppträffarna och andra sjukvårdsbesök osv.		
4	Betingad avslappning: dvs först mental avslappning följt av signal-styrd avslappning genom att söka skapa betingning mellan självinstruktionen ”slappna av” och ett avslappnat tillstånd.	Samma stående rörelseövningar med tillägg av fokus på: andning och avslappning.	Andning & muskelspänning. Respondent inlärning. Kroppsmedvetenhet & Medveten närvaro. Identifiering av personliga “risk situationer” för smärta (trafikljus-metaforen).
Hem-uppgift	Träna sittande Betingad (signalstyrd) avslappning två gånger per dag, samt söka identifiera personliga risksituationer för smärta (”gult trafikljus”) i vardagslivet.		
5	Differentiell avslappning: dvs först mental avslappning följt av fokus på förmågan att differentiera graden av muskelspänning i olika kroppsdelar.	Samma stående rörelseövningar med tillägg av fokus på: differentiering av graden av muskel spänning i olika kroppsdelar.	Kroppsmedvetenhet. Medveten närvaro i nuet (metaforen om ”tidsfönstret” och hur vi tenderar att låta tidigare erfarenheter och förväntningar på framtiden påverka vår närvaro i nuet).
Hem-uppgift	Träna sittande Differentiell avslappning två gånger per dag och fortsätta identifiera personliga risksituationer för smärta (”gult trafikljus”) i vardagslivet samt prova att tillämpa någon eller delar av självvald avslappningsteknik i dessa situationer.		
6	Snabbavslappning: kort (c:a 30-60 sekunder) signalstyrd (andning) avslappning. Differentiell avslappning: i stående, gående och under imitering av vardagsaktiviteter.	Samma stående rörelseövningar med tillägg av fokus på: andning och avslappning under övningarna samt mellan varje övning tillämpa Snabbavslappning.	Principer för tillämpning av Snabbavslappning i vardagssituationer. Personlig plan: skapa personliga strategier för veckans hemuppgift, dvs. tillämpning av Snabbavslappning i identifierade personliga risksituationer för smärta i vardagslivet.
Hem-uppgift	Träna valfri avslappningsteknik två gånger per dag, samt dessutom ofta (många gånger per dag) tillämpa Snabbavslappning i vardagslivet, speciellt i identifierade risksituationer för smärta (“gult trafikljus”).		
7	Snabbavslappning: i sittande, stående, gående och tillämpat genom imitering av vanliga aktiviteter/situations i dagliga livet.	Samma stående rörelseövningar med tillägg av fokus på: andning och avslappning samt mellan övningarna tillämpa Snabbavslappning.	Vidmakthållande av smärthanteringsstrategier. Personlig plan: skapa strategi för fortsatt tillämpning och vidmakthållande av avslappningstekniker och medveten närvaro i kroppen i vardagssituationer.
Hem-uppgift	Personlig plan: träna en av avslappningsteknikerna 1-2 gånger per dag i syfte att bibehålla förmågan att skanna av och justera kroppens spänningsgrad och dessutom tillämpa Snabbavslappning ofta (många gånger per dag) i vardagssituationer, för att förebygga och hantera smärta och stress.		
8	Repetition av avslappningstekniker i enlighet med deltagarnas uttryckta behov.	Samma stående rörelseövningar som vid träff 1.	Hållbara strategier för vidmakthållande av smärthanteringsstrategier. Personlig plan: Revidering efter personliga behov.
Fortsatt tillämpning	Träning och tillämpning av tekniker och färdigheter i avslappning och medveten närvaro i kroppen i vardagssituationer i enlighet med varje deltagares reviderade personliga plan för att förebygga och hantera smärta och stress.		