



ÖPPEN SAMTALSGRUPP

MED KOGNITIV BETEENDEINRIKTNING

EN ÖPPEN STOR SAMTALSGRUPP MED UPP TILL 50 PERSONER MED KOGNITIV BETEENDEINRIKTNING FÖR LÅNGTIDSSJUKSKRIVNA SMÄRTPATIENTER GER REHABILITERINGSEFFEKTER I FORM AV MINSKAD SMÄRTA OCH SMÄRTPÅVERKAN, ÖKAD SUBJEKTIV HÄLSOUPPLEVELSE OCH MINSKAD VÅRD- OCH LÄKEMEDELSKONSUMTION. I OCH MED ATT GRUPPEN ÄR ÖPPEN KAN PATIENTERNA REHABILITERA SIG I SIN EGEN TAKT, VILKET UPPLEVS MYCKET POSITIVT AV MÅLGRUPPEN. REHABILITERINGSKAPACITETEN ÄR OCKSÅ STOR.

Gunilla Brattberg

Leg. läkare, specialist i anestesi och smärtlindring, docent i Hälso- och sjukvårdsforskning Uppsala universitet, adjungerad professor i rehabiliteringspedagogik vid Certec, LTH, Lunds Universitet.

I oktober 2004 uppgick antalet personer med sjuk- och aktivitetsersättning enligt RFV till 531 600 personer. Statens utgifter för sjukfrånvaron beräknas uppgå till 120 miljarder för år 2004. Kostnaden i produktionsminskning är cirka 2,5 gånger högre¹. De långtidssjukskrivna är dessutom ofta storkonsumenter av såväl sjukvård som läkemedel vilket ytterligare ökar samhällskostnaderna. Majoriteten av sjukskrivningarna orsakas av sjukdomar i rörelseorganen, utmattningssyndrom och psykiska besvär²⁻³. Kunskapsförmedling, existentiella samtal och kognitiv beteendeterapi har visat sig ha rehabiliterande effekt vid dessa tillstånd⁴⁻⁶. Resurserna är dock otillräckliga. Huvuddelen av de långtidssjukskrivna erbjuds vare sig rehabilitering eller kognitiv beteendeterapi. Behovet av kostnadseffektiva metoder med stor kapacitet är stort.

KOGNITIV BETEENDETERAPI OCH EXISTENTIELLA SAMTAL

Vid kognitiv beteendeterapi (KBT) lär man individen att skilja på symtom

och besvär. Symtomen kommer kanske att finnas kvar, men besvären är förändringsbara. Lyckas man som individ minska besvären kommer symtomen på lång sikt att bli mindre förknippade med problem och därmed inte uppmärksammas lika mycket, vilket i sin tur minskar problemen ytterligare. På detta sätt skapas en god cirkel som leder till minskad fokusering på symtomen och allt mindre besvär. KBT är den psykologiska behandlingsform som har mest forskningsstöd för en rad beteendemedicinska problem⁷.

Det är inte bara kroppen som värker. Ofta värker hela livet. Existentiella frågor blir personliga vid kriser, ensamhet, tystnad och frihet från allt som distraherar. Den människa som inte finner mening och en tolkningsram för vad som händer med henne blir inte bara stressad utan också hjälplös. Hon behöver hjälp att formulera och bearbeta sitt existentiella kaos⁸. När hon finner ett mönster i sitt liv blir tillvaron mer hanterbar. Existentiella samtal leder inte till bot. Syftet är att ge livströtta människor livslust och hjälp att

komma fram till vad som verkligen är viktigt i deras liv⁹. Det är själva livet, inte symtomen, som står i fokus. Deltagarens reflektion och dialogen med andra utvecklar.

VÄRKSTADEN

Värkstaden är en företeelse där existentiella livsnära samtal med kognitiv beteendearikning bedrivs i grupp. Gruppen träffas en gång per vecka. Den är öppen vilket innebär att det inte krävs föranmälan och att deltagarantalet växlar. Under senare år har det kommit 30-50 personer till varje träff. Antal besökare under ett år är cirka 100. De flesta besökarna går en gång i veckan under minst ett halvår. Metoden liknar en sokratisk dialog, ett forum för kritisk reflektion där frågor av existentiell karaktär tas upp och diskuteras¹⁰⁻¹¹. Det krävs ingen remiss. Besökarna kan vara anonyma, ingen journal förs. I anslutning till träffarna kan man mötas i ett kafé för informella samtal. Under kaféstunden finns värddar till hands för samtal och introduktion av nya deltagare.



Till Värkstaden kommer människor med värk, smärta och olika utbränningsdiagnoser. Majoriteten har fått besked i vården att de måste lära sig att leva med sina symtom. Sällan har de fått reda på hur det ska gå till. Utgångspunkten för samtalen är väckarklockor¹², ett pedagogiskt material för kognitiv egenbehandling. Man fokuserar på livet med symtomen mer än på symtomen. Efter ett halvår har besökarna möjlighet att varje vecka delta även i en öppen lekmanaledd grupp med samma struktur och syfte. Där arbetar man med pedagogiska hjälpmedel i form av värktyg¹³. Till denna grupp kommer 5-20 personer varje vecka. Verksamheten har pågått sedan 1994, och resultaten är goda i det avseendet att människor lär sig att leva med god livskvalitet trots kvarstående symtom⁵. Då en stor del av verksamheten sköts av volontärer, människor som själva har lärt sig att leva ett bra liv med värk och smärta (expertpatienter/värkmästare), är den i jämförelse med vårdens rehabilitering mindre resurskrävande. Möten med trovärdiga goda förebilder är dessutom ofta avgörande för lärandeprocessen. I Värkstaden tas inget medicinskt ansvar. Det förekommer inga utredningar eller behandlingar.

SYFTE OCH METOD

Syftet med det aktuella projektet har varit att utforska vad existentiella samtal med kognitiv beteendeariktning i grupp enligt Värkstadskonceptet ger för hälsoeffekter, i form av smärtpåverkan och livskvalitet, samt hälsoekonomieffekter i form av arbetsförmåga, vård- och läkemedelskonsumtion.

Under hösten 2002 och våren 2003 tillfrågades alla nybesökare i Värkstaden

om de ville vara med i en studie med syfte att studera eventuella rehabiliteringseffekter av deltagande i verksamheten. 45 personer, 5 män och 40 kvinnor, accepterade deltagande genom att fylla i en enkät. Denna enkät avsåg aktuell smärta och livskvalitet samt försörjning, vård- och läkemedelskonsumtion under det senaste året. Därefter deltog de i gruppsamtalen under sex månader. Efter ytterligare ett år fyllde de i en andra enkät som avsåg aktuell smärta och livskvalitet samt försörjning, vård- och läkemedelskonsumtion under det senaste året. Uppgifter från enkät 1 utgjorde baslinjeregistreringar som sedan jämfördes med uppgifter i enkät 2. Enkät 2 har skickats per post med frankerat svarskuvert i de fall personen hade slutat att besöka gruppen.

INTERVENTION

Alla individer i studiegruppen har deltagit i den öppna samtalsgruppen med 30-50 personer. Träffens struktur framgår av figur 1. Under studieperioden har den letts av en läkare med specialistkompetens i anestesi och smärtlindring, steg 1-kompetens i psykoterapi och träning i kognitiv beteendeterapi (GB).

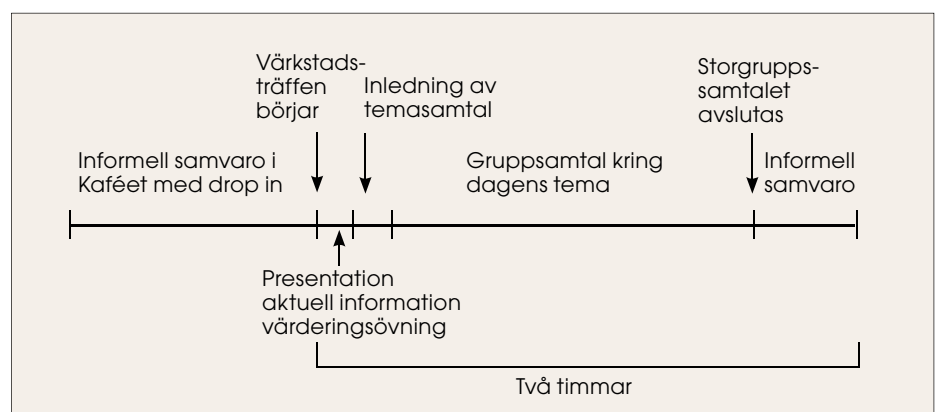
Deltagarna har själva valt hur ofta de



har deltagit. Det har inte ställts några andra krav på deltagarna än att de ska följa uppsatta trivselregler¹⁰. I gruppen har man samtalat om livets existentiella frågor med en kognitiv beteendeariktning. Målet har varit att hjälpa deltagarna att lära sig att leva ett liv med god livskvalitet trots kvarstående symtom. Efter interventionsperioden (ett halvår), under den andra registreringsperioden, deltog fem personer även i den lekmanaledda gruppen. Figur 1.

UTVÄRDERING

Smärtans intensitet har skattats på en visuell analogskala (VAS) med ändpunkterna 0 och 100, smärtpåverkan på en kategoriskala (ingen påverkan, mycket lite påverkan, rätt lite påverkan, rätt hög påverkan, mycket hög påverkan, påverkan intill handlingsför-



Figur 1. Värkstadens struktur.

lamning). Livskvaliteten har bedömts med hälsoenkäten SF-36¹⁴. Ekonomiska uppgifter har hanterats i dataprogrammet RehabiliteringsEkonomi® som har anpassats för smärtpatienters vårdkonsumtion. Dataprogrammet bygger på samma grundprinciper som det etablerade programmet Sampop. Båda dessa produkter har utvecklats av ekonomen Claes Malmquist. Liksom övriga program som gör samhällsekonomska beräkningar är de uppbyggda utifrån generella nationalekonomiska principer ([url:http://www.seeab.se](http://www.seeab.se)). Programmet togs fram i ett projekt som finansierades av Socialstyrelsen, där syftet var att göra en samhällsekonomska beräkning av värdet att integrera traumatiska flyktingar på arbetsmarknaden. Programmet har sedan använts vid flera olika rehabiliteringsekonomska utvärderingsprojekt ([url:http://www.ekorre.se](http://www.ekorre.se))¹⁵.

Den ekonomiska utvärderingen består dels av en samhällsekonomska beräkning utifrån individens arbetsförmåga och dess konsumtion av olika vård- och omsorgstjänster i ett "efterläge" jämfört med ett "föreläge". Den totala effekten delas upp på olika nivåer inom samhället, såsom försäkringskassa, övrig statlig sektor, kommun, landsting, individ och försäkringsgivare. Den samhällsekonomska kalkylen bygger på reala effekter, dvs. på värdet av produktion och självkostnaden på de ianspråktaga resurserna. När den totala effekten fördelas ut på de olika nivåerna sker detta med hjälp av skatte- och socialförsäkringssystemen. Som exempel kan anges att en individ som går från arbetslöshet eller sjukskrivning till heltidsarbete utan lönebidrag bidrar med cirka 240 000 kr per år till bruttonationalprodukten (BNP), dvs. samhällsekonomin. Det innebär att om en individ kan komma i halvtidsarbete med halvt lönebidrag så bidrar denne med cirka 60 000 kr årligen till BNP. Ett läkarbesök inom den öppna vården kostar samhället cirka 1 000 kr, medan ett läkarbesök inom den slutna vården kostar cirka 1 400 kr. I detta program tas hänsyn till läkemedelskostnader baserade på individens egna kostnader upp till frikort. Mot bakgrund av att individens kostnader för läkemedel är cirka 20 procent av den totala läkemedelskostnaden har ett schabloniserat belopp tillförts utgifter för landstinget.

Utöver detta har totala läkemedelskostnader baserats på tabletkostnad enligt prisuppgifter för förpackning om 100 tabletter i FASS 2003. För varje individ har tabletkostnaden per år räknats på rapporterad daglig dosering under perioden före respektive efter deltagande i samtalsgruppen. Analgetika, sedativa, antidepressiva och hypnotika har medtagits, dock inte hormonbehandling eller läkemedel för t.ex. högt blodtryck. Vårdkostnader har baserats på uppgifter från Stockholms läns landsting i januari 2004.

Medelkostnaden för ett vårddyg på antingen ortoped-, gynekologi- eller kirurgklinik var då 10 112 kronor. I beräkningarna har ett vårddyg prissatts till 10 000 kronor. Kostnaden för behandlingar utanför den offentliga vården har baserats på en patientenkät våren 2004. Cirka 50 personer har rapporterat kostnad för nitton olika behandlingsformer i privat regi. Dessa prisuppgifter är inlagda i dataprogrammet RehabiliteringsEkonomi.

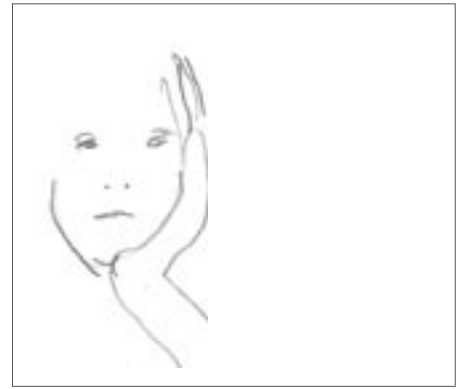
STATISTISK BEARBETNING

Wilcoxon Signed Ranks Test har använts för att jämföra smärtintensitet, smärtpåverkan, olika hälsovariabler i SF-36 samt det ekonomiska utfallet före respektive efter deltagande i samtalsgruppen.

STUDIEGRUPPEN

Av de 45 personer som påbörjade studien besvarade 36 personer, 31 kvinnor och 5 män, i åldrarna 29-64 (medelålder/median=54, SD=7), även den andra enkäten. Bortfallet (9 personer) berodde på nytillkommen sjukdom, annan omfattande parallell rehabilitering, endast enstaka besök i Värkstaden, vill/kan inte svara, eller att personen var oanträffbar på angiven adress.

Tjugo personer angav diagnosen fibromyalgi. Av dessa hade fjorton en eller flera tilläggsdiagnoser (Mb Bechterew, gikt, myofasciellt smärtsyndrom, migrän, nackbesvär, utmattningsdepression, SAD (seasonal affective disorder), PTSD (post traumatic stress disorder), colon irritabile, hypertoni, artros, diskbräck, depression, spänningshuvudvärk, bäckenfraktur). Fyra personer angav whiplashskada. Övriga diagnoser fördelade sig enligt följande: artros (n=2), diskbräck (n=3), Sjögrens syndrom (n=1), ryggvärk (n=1), kroniskt



trötthetssyndrom (n=1), ångestssyndrom (n=2), ryggont och depression (n=1). En person saknade diagnos.

RESULTAT

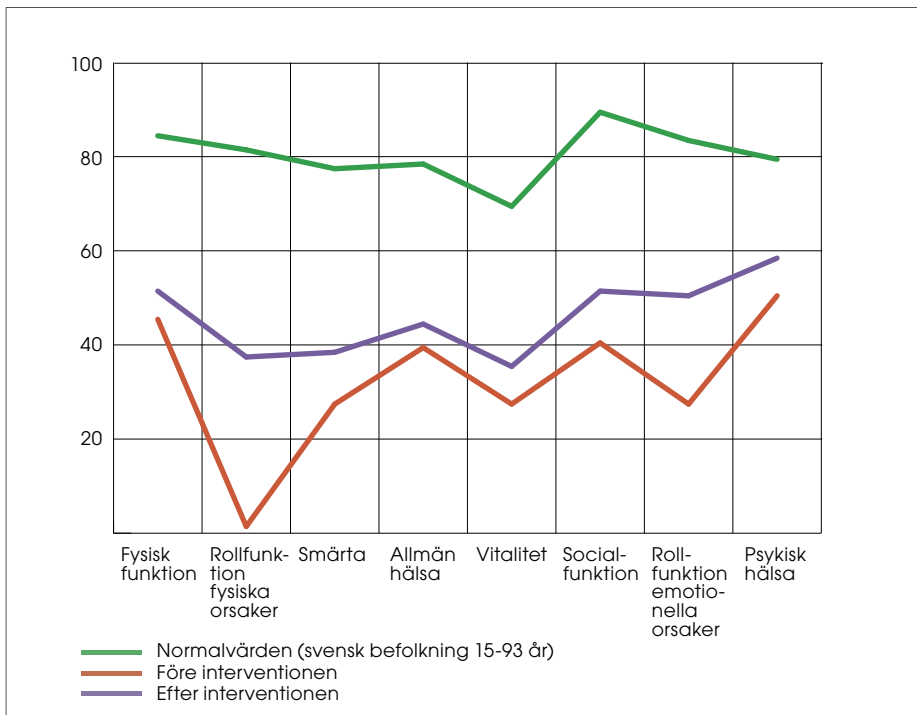
SMÄRTA. Alla personer i studiegruppen rapporterade smärta. Tjugotre av 36 personer rapporterade utbredd smärta, fem rapporterade ryggont, fyra värk från nedre extremiteten, tre från skulderregionen och en huvudvärk.

Fjorton personer hade haft sina symtom längre tid än tio år, tolv personer mellan fem och tio år, sju personer mellan två och fem år, tre kortare tid än två år, ingen kortare tid än ett halvår. På en VAS-skala (0-100) angavs smärtans intensitet mellan 18 och 90 mm med en medelintensitet på 63 mm (median=66, SD=19). Sjutton personer var påverkade av sin smärta i mycket hög grad, sexton personer i rätt hög grad. Tre personer var rätt lite påverkade av sin smärta. För dessa var det huvudsakliga symtomen ångest och depression. Livskvalitetsmässigt låg värdena på samtliga delvariabler i SF-36 långt under medelvärdena för motsvarande normalbefolkning (Figur 2)¹⁶.

Det förekom en statistiskt signifikant skillnad i smärtintensitet och smärtpåverkan före respektive efter sex månaders deltagande i samtalsgruppen. Smärtintensiteten hade minskat, likaså smärtpåverkan. Tabell 1.

HÄLSA OCH LIVSKVALITET

När det gäller hälsa och livskvalitet så hade det skett en statistiskt signifikant förbättring avseende samtliga delvariabler i hälsoenkäten SF-36. Tydligaste medelvärdeskillnaden visade rollfunktion – fysiska orsaker som mäter problem med att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av fysisk ohälsa (p=0,000), och rollfunktion–emotionella orsaker som mäter svårigheter att utföra arbete eller andra regelbundna aktiviteter på grund av känslomässiga problem (p=0,01) (figur



Figur 2. Förändring i livskvalitet enligt hälsoenkäten SF-36.

	Före				Efter				P
	Median		Kvartiler		Median		Kvartiler		
	25	50	75	25	50	75			
Smärtans intensitet (VAS)	66	48	66	82	52	32	52	68	0,007**
Smärtpåverkan	3	2	3	3	3	3	3	3	0,01*

Smärtpåverkan: 2 = mycket hög grad, 3 = rätt hög grad,
 * Signifikansnivå 95 %, ** Signifikansnivå 99%.

Tabell 1. Förändring i smärtintensitet och smärtpåverkan.

	Medelvärde			SD (efter- före)	P
	Inkomster före	Inkomster efter	Differens)		
Individen	103164	96995	-6168	27732	0,4
Avtalsförsäkring	2486	900	-1585	4173	0,03*
Kommunen	29617	27864	-1753	10604	0,2
Försäkringskassan	-126753	-137785	-11032	45663	0,2
Landstinget	-25643	-6527	19115	53840	0,003**
Staten	12311	7203	-5107	38183	0,9
Samhället	-5877	-10758	-4880	116478	0,8

	Kostnader före	Kostnader efter	Differens (före-efter)	SD	P
Läkemedel	13970	2348	1622	4682	0,02*

* Signifikansnivå 95 %, ** Signifikansnivå 99%

Tabell 2. Inkomster respektive kostnader före och efter deltagande i samtalsgruppen för individen och olika instanser. Negativ differens anger kostnadsökning och positiv differens anger kostnadsbesparing, n=36.

2). När det gäller fysisk rollfunktion hade alla utom fem personer noll som utgångsvärde, dvs. en mycket stark begränsning av sin fysiska förmåga. De starkaste statistiska sambanden uppvisade fysisk funktion ($p=0,007$), rollfunktion – fysiska orsaker ($p<0,001$) och smärta ($p<0,001$). Man rapporterade att det tog mellan 4 och 50 besök (medelvärde=16, median=10, SD=14) innan man började må bättre.

ARBETSFÖRMÅGA

Majoriteten av deltagarna kom till Värk-staden som ett sista halmstrå. De hade redan mycket lång arbetsförmåga bakom sig. Deras försörjning var minst sagt komplicerad. Fjorton av 36 (39%) hade sin försörjning från en källa: sjuk-skrivning, sjukbidrag (numera tillfäll-ig sjukersättning) eller förtidspension (numera permanent sjukersättning). Resten hade två till fyra försörjnings-källor, olika kombinationer av arbete, sjuk-skrivning, sjukbidrag och förtids-pension. En person hade sin inkomst från 25 procent av vardera arbete, sjuk-skrivning, sjukbidrag och förtidspensi-on. Tolv av 36 (33%) hade under året före projektstarten varit i arbete dock maximalt till 50 procent under en be-gränsad tid.

Medelåldern i gruppen var 54 år. Endast sex personer var under 50 år. Två av dessa var förtidspensionerade redan när de gick in i projektet. Två hade sjukbidrag sedan flera år, en var lång-tidssjukskriven sedan minst ett år och den sjätte hade a-kassa på 50 procent och sjukbidrag på 50 procent. Deras arbetsförmåga förändrades inte under uppföljningsperioden.

En person av 36 (3%) ökade lönear-betsförmågan från hel sjuk-skrivning till 10 arbetade månader på 50 procent. Detta kunde dock inte uppväga att 15 personer (42%) under studiepe-rioden övergick från lönearbete och sjuk-skrivning till sjukbidrag respekti-ve förtidspension. Det bästa sättet att studera arbetsförmågan i denna grupp med så komplicerad försörjningssitu-ation är att analysera de ekonomiska effekterna i dataprogrammet Rehabi-literingsEkonomi som tar hänsyn till penningflödet vid olika försörjnings-former.

EKONOMISKA EFFEKTER

Av tabell 2 som visar ekonomiska ef-fekter av ett halvårs deltagande i sam-

talsgruppen, framgår att individernas ekonomi försämrats och att kostnaderna för samhället, i första hand Försäkringskassan, ökat. Interventionen har således inte medfört ökad arbetsförmåga i gruppen som helhet. Tvärtom har många deltagare under projekttiden fått sina sjukförmåner permanenta.

Av Tabell II framgår att besparingarna i första hand gäller landstingets utgifter i form av minskad sjukvårdskonsumtion motsvarande 19 000 kronor per person och år. För nio personer ökade landstingets kostnader, för övriga 27 personer minskade kostnaderna. Två personer hade före deltagandet i samtalsgruppen varit sjukhusvårdade 10 respektive 28 dygn. I båda fallen hade de lagts in för att de mått mycket dåligt. Enligt dem själva hade de skrivits ut med beskedet: "Det här får du lära dig att leva med." Utöver läkarbesök, sjukgymnastikbesök, massage m.m. rapporterade fyra personer att de hade fått rehabiliteringshjälp via arbetsplatsen eller försäkringskassan i samband med eller efter deltagande i samtalsgruppen. För två av dessa ökade landstingets kostnader, för två minskade kostnaderna. Om dessa fyra personer exkluderas i analysen blir landstingets totala besparing för 32 personer i medeltal 21 400 kronor per person. Den totala kostnadsbesparingen avseende läkemedelskonsumtion var 1 600 kronor per person och år.

ÖVRIGA EFFEKTER

Den andra enkäten innehöll även en fråga där deltagarna uppmanades att i egna ord beskriva eventuella effekter av deltagandet i samtalsgruppen. Där framkom bl.a. att man förbättrat sitt sociala nätverk (8 personer), ökat sin insikt och självkänedom (16 personer) och fått en bättre självkänsla (7 personer).

Oron, skuld- och skamkänslorna hade minskat (5 personer) liksom de depressiva symtomen (3 personer).

Livsviljan hade återvänt (6 personer).



Fem personer förmedlade att de hade fått en mer positiv syn på livet. Lika många hade lärt sig att sätta gränser och hantera sin ilska. Sju personer påpekade att den ökade kunskapen om mänskligt beteende hade lett till att de lämnat offerrollen och blivit delaktiga i arbetet mot bättre hälsa.

DISKUSSION

Denna studie har genomförts utan ekonomiska resurser inom ramen för en ideell rehabiliteringsverksamhet. Det är ett av skälen till att det inte varit möjligt att arbeta med kontrollgrupp vilket är en brist. Det har också varit svårt att hitta en lämplig kontrollgrupp. Att jämföra med personer som under studietiden fått sedvanlig vård är inte adekvat då samtliga personer i studien redan fått sedvanlig vård. Att arbeta med väntelista som kontrollgrupp har inte heller varit möjligt då en av hörnpelarna i verksamheten är stor tillgänglighet, dvs. att man ska få komma utan väntetid eller remiss. En väntelistegrupp skulle ha fått vänta flera år på att få den hjälp de sökt som ett sista halmstrå vilket inte har ansetts etiskt försvarbart.

URVAL

De flesta som kommer till samtalsgruppen befinner sig i kris. Enkäten krävde att deltagarna gick igenom såväl almanacka med inbokade vårdbesök som olika inkomstbesked under ett år bakåt från den dag de hade samlat mod och sökt hjälp för att "överleva". Detta upplevde en del vara mer än de klarade av.

Eftersom deltagandet i studien var frivilligt valde många att avstå. Cirka 100 personer per år deltar regelbundet i verksamheten. Alla dessa är dock inte nybesökare. En del går längre tid i verksamheten. Med den registreringsmetod som används är det svårt att exakt ange hur stor procent av de nybesökande som de 45 som accepterade att delta i studien utgjorde. Urvalet bedöms vara mellan 60 och 70 procent av dem som under projekttiden kom till verksamheten. Det kan vara så att de som mådde bäst deltog i studien. Mot bakgrund av att studiegruppens hälsa och livskvalitet visade sig vara starkt påverkad bedömer jag att det snarare var villighet/ovillighet att fylla i en omfattande enkät som var avgörande för urvalet.

Eftersom man kan vara anonym delta-

gare och registrering normalt inte förekommer väljer många att inte lämna ut den privata information som t.ex. inkomstuppgifter innebär. Jag bedömer att studiegruppen är någorlunda representativ för den grupp människor som besöker Värkstaden.

INTERVENTION

Studien är inte upplagd med en väldefinierad intervention för vetenskaplig utvärdering. Den är mer att betrakta som en produktionskontroll där deltagande i Värkstadens verksamhet utvärderas. I interventionen ingår den beskrivna öppna samtalsgruppen, men till detta hör också frivillighet, kravlöshet, tillgänglighet, regelbundenhet, möjlighet att komma så länge man behöver och inte minst möten med goda förebilder.



UTVÄRDERING

En svaghet i studien är att uppgifterna baserar sig på enkätsvar och inte på registerdata. Det hade varit möjligt att studera arbetsförmåga i t.ex. försäkringskassans register. Detta hade dock medfört ett merarbete som skulle ha krävt helt andra resurser än de tillgängliga. De ekonomiska beräkningarna är gjorda i ett dataprogram som har samma uppbyggnad som Sampop, vilket är ett hälsoekonomiskt utvärderingsinstrument som utvecklats i samarbete med Socialstyrelsen och används av Samhall Resurs för att mäta samhällsekonomiska effekter av olika insatser (<http://resurs.samhall.se/koncept/sampopo.shtm>). Programmets validitet är således testad i många andra sammanhang.

REHABILITERINGSEFFEKTER

I inget fall har det handlat om tidig rehabilitering. Majoriteten av deltagarna hade sedan många år varit helt eller delvis borta från arbetslivet. Dessutom var 24 av 36 personer över 50 år och därför inte särskilt intressanta på arbetsmarknaden. Det är således inte

att förvänta att den aktuella rehabiliteringen ska leda till återgång i arbete. Så har inte heller skett. Tvärtom har de flesta deltagare uppsökt samtalsgruppen när alla rehabiliteringsmöjligheter i vården varit uttömda, och pensionsärendet redan var igång.

KOSTNADSBESPARINGAR

Samtalsgruppen är öppen, och man bestämmer själv hur ofta och hur länge man deltar i verksamheten.

De flesta besökare deltar en gång per vecka under cirka ett år. En del deltar under flera år. Några av dessa fortsätter som ideellt arbetande volontärer i verksamheten. Ungefär 100 personer deltar regelbundet i verksamheten varje år. Tillsammans gör de cirka 2500 besök. Denna studie visar på en genomsnittlig besparing för landstinget på 19 000 kronor per person och år. Det skulle innebära en kostnadsbesparing för landstinget motsvarande minst 1,3 miljoner kronor per år (för 70 nya besökare per år) att jämföra med det landstingsbidrag som utgått om 300 000 för 2004. Om allt ideellt arbete skulle arvoderas är kostnaden naturligtvis högre men ändå under denna besparing. Deltagarna betalar 20 kronor per besök.

Besparingen om 1 600 kronor per person och år för läkemedel är baserad på personernas egna uppgifter om dosering och tabletkostnad för respektive preparat. I dessa uppgifter ingår inte de besparingar som kan hänföras till minskad förekomst av biverkningar i samband med att läkemedelskonsumtionen minskar.

MINSKAD SMÄRTA

Det är att förvänta att gruppsamtal med kognitiv beteendearbete minskar smärtpåverkan. Intressant var att också smärtintensiteten minskade signifikant. Skillnaden mellan den smärta man har och den smärta man kan acceptera är ett slags mått på lidandet. Med sjukvårdande behandling försöker man minska den aktuella smärtan. I samtalsgruppen arbetar man mer på att öka den smärta man kan acceptera. När man accepterat den situation man har hamnat i, och dessutom fokuserar på andra saker än smärtan, så upplevs smärtan inte längre lika intensiv.

ÖKAD LIVSKVALITET

Utöver den minskade smärtupplevelsen ökade den fysiska och den socia-

la funktionen, den allmänna och den psykiska hälsan, vitaliteten samt förmågan att handskas med känslomässiga problem. Vad hälsoförbättringarna kan innebära i ekonomiska termer är svårt att veta. En kvinna i övre medelåldern som mår bra kan t.ex. umgås med och passa sina barnbarn vilket på sikt kan påverka samhällsekonomin gynnsamt. Åtta av deltagarna har dessutom engagerat sig ideellt i verksamheten. Även om de själva inte kan komma tillbaka till lönearbete kan de hjälpa andra att komma tillbaka till lönearbete.

Det finns brister i studien. Resultaten är dock intressanta. En grupp mycket nedgångna smärtpatienter har i en stor samtalsgrupp med 30-50 personer fått hjälp att förbättra sin hälsa och minska sin sjukvårds- och läkemedelskonsumtion. Värkstadens förefaller fylla glappet mellan medicinsk rehabilitering och yrkesinriktad rehabilitering. Deltagarna rehabiliteras tillbaka till livet. Först därefter är de redo att börja vägen tillbaka till lönearbete. Det skulle vara intressant att prova metoden på yngre patienter och patienter som inte redan varit arbetsoförmögna i årtal.

SUMMARY

Effects of participation in an open discussion group with a cognitive behavior focus for pain patients on long-term sick leave.

Referenser

1. Malmquist C. Kostnader för produktionsbortfall i samband med arbetsbetingad ohälsa och stress. Ds 2001:28. <http://www.regeringen.se>.
2. Åsberg M, Nygren Å, Rylander G, Rydmark I, Ekman R, Arnetz B (red.). Stress och utmattningsdepression. I Stress: Samhället – individen – molekylerna. Stockholm: Liber; 2002.
3. Riksförsäkringsverket: Nybeviljade förtidspensioner och psykisk ohälsa – ålder, kön och diagnos. RFV; 2003:1. sid.1.
4. Azar ST. Preventing burnout in professionals and paraprofessionals who work with child abuse and neglect cases: a cognitive behavioral approach to supervision. *J Clin Psychol* 2000;56(5):643-63.
5. Brattberg G. Efterbyggande vård. Om återvinning av människor i Värkstadens. Stockholm: Värkstaden; 2001. (ISBN 91-973714-1-6)
6. Morley A, Eccleston C, Williams A. Systematic review and metaanalysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13.
7. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New

An open discussion group (up to 50 participants) with a cognitive behavior focus for pain patients on long-term sick leave produced rehabilitation effects in the form of reduced pain, reduced drug and healthcare consumption, and increased subjective experience of healthiness. Because the group is open, ongoing and considerably larger than traditional patient groups, it has a great capacity to take in patients. They can stay in the group as long as they seem necessary. They rehabilitate themselves at their own pace, which has been experienced very positively. The group in this study consisted of patients with a relatively high mean age and long history of illness. It would be worthwhile to test the model on younger patients and others who are in an earlier phase of their illness. More research, including a control group, is also needed to validate the results.

*Gunilla Brattberg
Lleg, läkare, specialist
i anestesi och smärt-
lindring, docent i
Hälso- och sjukvårds-
forskning, Uppsala
universitet. Adjungerad
professor i rehabi-
literingspedagogik
vid Certec, LTH,
Lunds Universitet.*



gunilla.brattberg@varkstaden.se

York:

- Guilford Press; 1996.
8. Forskningsrådsnämnden. Hälsa och existentiella frågor. FRN. Rapport 1995:8.
9. Van Deurzen E. Det existentiella samtalet. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
10. Brattberg G. Rehabiliteringspedagogik för arbete med långtidssjukskrivna i grupp. Stockholm: Värkstadens; 2003. (ISBN 91-973714-2-4)
11. D'Elia G. Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten. Stockholm: Svensk förening för psykisk hälsa; 2001.
12. Brattberg G. Väckarklockor. Stockholm: Värkstadens; 2004. (ISBN 91-973714-3-2)
13. Brattberg G. Värkmästarens värktyg. Stockholm: Liber; 1996.
14. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 health survey-evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1349-58.
15. Aronsson T, Malmquist C: Rehabiliteringens Ekonomi. Stockholm: Bilda; 2002.
16. Sullivan M, Karlsson J. SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide. Göteborg: Sektionen för vårdforskning, Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Sjukhuset; 1994.