

Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta



Sammanfattning

Frågeställningar:

- Under vilka förutsättningar är det relevant att erbjuda multimodal rehabilitering vid långvarig smärta i syfte att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan?
- Under vilka förutsättningar är det motiverat att erbjuda patienten vård på högre intensitetsnivå (MMR 2) respektive inte fullt lika höga intensitetsnivå (MMR 1)?

Långvarig smärta (mer än tre månader) är en ihållande eller intermittent smärta som består. Den påverkas av och interagerar med olika fysiska, emotionella, psykologiska och sociala faktorer. Man beräknar att cirka 18 procent av den svenska befolkningen har svår långvarig smärta, vilket ofta innebär ett stort lidande. Kartläggningar har visat att 20–40 procent av besöken i primärvården är föranledda av smärta, varav hälften utgörs av olika former av långvarig smärta.

Vanligt vid smärtehabilitering är att enstaka åtgärder (modaliteter) vidtas, så kallad *unimodal rehabilitering*. Exempel på unimodala åtgärder är stödjande samtal eller sjukgymnastik. Det är också vanligt att flera åtgärder utförs av olika professioner utan att speciella sammanhållna team bildas, så kallad *intermediär rehabilitering*. De allra flesta patienter med långvarig smärta rehabiliteras enligt dessa båda rehabiliteringsmodeller.

Multimodal rehabilitering (MMR) är en rehabiliteringsmetod som har utvecklats för att behandla patienter med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Metoden förutsätter att ett fast team, bestående av flera professioner, planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definierats tillsammans med patienten. Tanken bakom MMR är att samtidigt påverka flera faktorer som orsakar och vidmakthåller smärttillståndet. Förhoppningen är att man genom synkroniserade åtgärder som koncentreras under en avgränsad period, exempelvis fyra till sex veckor, ska kunna bryta mönster så att patienten kan få ett mer välfungerande liv. På senare tid har allt fler team bildats som erbjuder multimodala rehabiliteringsprogram med olika intensitetsnivåer till patienter med långvarig smärteproblematik. Flera systematiska sammanställningar av den vetenskapliga litteraturen vad gäller nyttan av MMR har gjorts. SBU publicerade en sådan litteraturöversikt 2006 och en uppdatering av den 2010. Resultaten visar att det finns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att MMR långsiktigt ger bättre helhetseffekter (sammanvägning av resultat från de olika utfallsvariablerna) vid långvarig ryggsmärta (nack-, skulder- och ländryggssmärta samt ryggsmärta som inte närmare specificerats) jämfört med mindre omfattande insatser. En analys av effekt per utfallsmått visar dock att MMR jämfört med inga eller avsevärt mindre intensiva insatser inte visade skillnad i effekt vad gäller smärtintensitet, andra symptom eller aktivitetsförmåga. Däremot finns det måttligt starkt stöd för att MMR minskar tiden som patienten är sjukskriven eller i större utsträckning leder till återgång i arbete.

Även en schweizisk forskargrupp har genomfört en systematisk översikt av studier av nyttan av MMR. De drog liknande slutsatser kring helhetseffekterna som SBU gjorde i sina översikter.

Av litteraturgenomgångarna går det dock inte att dra tydliga slut-

satser om vilken kombination av åtgärder som är mest effektiv. Däremot finns det vetenskapligt stöd för att nödvändiga beståndsdelar i MMR innefattar psykologiska, pedagogiska och fysiska åtgärder i form av aktiviteter, inklusive träning. Studierna ger inte någon enhetlig bild av hur de patienter som har störst förutsättningar att dra nytta av MMR ska väljas ut, det vill säga på vilken indikation MMR ska ges.

Inom ramen för projektet Nationella medicinska indikationer har en arbetsgrupp identifierat följande förutsättningar som bör vara uppfyllda för att indikation för multimodal rehabilitering ska föreligga.

Indikation

Multimodal rehabilitering (MMR) vid smärta är relevant att erbjuda om förutsättningarna nedan är uppfyllda.

Patientrelaterade förutsättningar

- Patienten har ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader.
- Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att de i hög grad påverkar patientens dagliga liv.
- Patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete, trots smärtan.
- Patienten har inte någon annan sjukdom eller något annat tillstånd som innebär hinder för att delta i programmet.

Vårdprocessrelaterade förutsättningar

- Utredning har gjorts på ett systematiskt sätt, vilket innebär att strukturerad anamnes har tagits upp, andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet ("röda flaggor") har uteslutits, screening för psykosociala riskfaktorer ("gula flaggor") har gjorts, patientens förväntningar och beredskap för förändring samt hur smärtan påverkar möjligheten till aktiviteter har kartlagts.
- Evidensbaserad optimering av farmakologisk behandling har gjorts.
- Icke-farmakologiska unimodala åtgärder har övervägts/erbjudits/prövats.
- Tillståndets komplexitet har graderats enligt en särskild indelningsmodell.
- Patienten har fått såväl muntlig som skriftlig information om MMR.

Vårdgivarrelaterade förutsättningar

- Flera professioner arbetar i team med planerade och samordnade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras tillsammans med patienten.
- Kompetens för att handha smärttillståndets komplexitet finns i MMR-teamet.
- Enheten rapporterar till NRS-registret*

* Innan anpassning av NRS-registret gjorts gäller detta endast för den sjukhusanslutna specialistvården.

Indikation för MMR 1 respektive MMR 2

Om ovanstående förutsättningar är uppfyllda och patientens problematik bedöms som **komplex** (typ A) finns indikation för MMR 1.*

Om ovanstående förutsättningar är uppfyllda och patientens problematik bedöms som **mycket komplex** (typ B) finns indikation för MMR 2.*

* Indelningen av smärttillstånd i typ A respektive typ B förklaras under rubriken "Tillståndets komplexitet har graderats enligt särskild indelningsmodell".

Arbetsgrupp

Arbetsgruppen har tillsatts i två steg.

Steg 1:

Björn Gerdle, professor, enheten för rehabiliteringsmedicin, IKE, Linköpings Universitet och verksamhetschef, Smärt- och rehabiliteringscentrum, universitetssjukhuset, Linköping
Britt-Marie Stålnacke, med dr, överläkare, Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Umeå universitet och Rehabiliteringsmedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Anne Söderlund, professor, Avdelningen för sjukgymnastik, Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola, Västerås

Pernilla Åsenlöf, med. dr, sjukgymnast, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet

Steg 2:

Pernilla Chowdary, leg. arbetsterapeut, Spenshults sjukhus, Oskarström

Catharina Gustavsson, med. dr, leg. sjukgymnast MSc, Centrum för klinisk forskning Dalarna och Primärvårdsrehab Borlänge, Landstinget Dalarna

Birgitta Helmersson Ackelman, specialistsjukgymnast, MSc, Smärtavdelningen, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Steven Linton, professor i klinisk psykologi, Universitetssjukhuset Örebro och Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet

Monica Löfvander, docent, disktriktsläkare VC Tisken, Falun, lektor Centrum för klinisk forskning Dalarna, Falun

Lena Mårtensson, fil. dr, leg. arbetsterapeut, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi/arbetsterapi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Tuula Wallsten, med. dr, specialist i psykiatri, överläkare, Centrum för klinisk forskning i Västerås och Uppsala Universitet

Helene Törnqvist, hälsoekonom, projektledare för Nationella medicinska indikationer

Gunnar Moa, läkare, projektledare för Nationella medicinska indikationer

Konsulter

Lars Bernfort, fil. dr, hälsoekonom, Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), Linköpings universitet. Ansvarat för det hälsoekonomiska avsnittet.

Lars Sandman, professor i vårdetik, Högskolan i Borås; etisk rådgivare, Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Ansvarat för etikavsnittet.

Sofia von Malortie, examinerad språkkonsult i svenska, spec. medicin, Expressiva AB. Ansvarat för redaktionellt arbete och språkgranskning.

Följande personer/enheter har lämnat synpunkter på rapportmanuset:

Irene Jensen, professor, Institutet för miljömedicin, Karolinska Institutet

Kontaktpersoner för sjukskrivnings- och rehabiliteringsfrågor i respektive landsting har dessutom fått möjlighet att samla in synpunkter från det egna landstinget. Från vissa har det kommit ett samlat svar, medan det från andra har kommit svar från enskilda enheter eller representanter för verksamheter.

Stefan Bergman, med. dr, specialist i allmänmedicin, utvecklingschef, Regionkontoret, Region Halland, forskningschef, FoU-centrum Spenshult

Landstinget i Jönköpings län

Landstinget Kronoberg, den länsgemensamma rehaborganisationen

Katarina Larborn, processledare för rehabiliteringsgarantin, Region Halland

Lena Melin, leg. arbetsterapeut, **Annika Ekhammar**, leg. sjukgymnast, **Maria Entson**, kurator KBT steg 1, Smart Rehabteam, Vårdcentralen Biskopsgården/Primärvårdsrehab, Göteborg

Proxima Ryggcentrum, Nacka Närsjukhus

Karin Rennblad Börner, specialitetsansvarig läkare, Rehabiliteringskliniken Halland

Specialitetsrådet smärta, Stockholms läns landsting

Svenska rygginstitutet

Margaretha Östmark, överläkare, verksamhetschef, Specialiserad rehabiliteringsklinik Sörmland

Britt-Louise Olsson, enhetschef och **Cecilia Ehrenborg**, leg. arbetsterapeut, MSc, klinisk specialist, Arbetsterapin rehab, Enheten för Rehabiliteringsmedicin och Ortopedteknik, Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås

Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund.....	4
Frågeställningar.....	7
Vad säger litteraturen om multimodal rehabilitering?	7
Vilka faktorer har betydelse för indikationen?	8
Patienten har ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader.....	8
Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att de i hög grad påverkar patientens dagliga liv.....	8
Patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete	8
Patienten har inte någon sjukdom eller något tillstånd som innebär hinder för att delta i programmet	9
Utredning har gjorts på ett systematiskt sätt.....	9
Evidensbaserad optimering av farmakologisk behandling har gjorts.....	9
Icke-farmakologiska unimodala åtgärder har övervägts/ erbjudits/prövats.....	10
Tillståndets komplexitet har bedömts och graderats enligt en särskild indelningsmodell	10
Patienten har fått såväl muntlig som skriftlig information om MMR	10
Flera professioner arbetar i team med planerade och samordnade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras tillsammans med patienten.....	10
Kompetens för att handha patientens grad av komplexitet finns i MMR-teamet	10
Enheten rapporterar till nationellt kvalitetsregister (NRS)	11
Etiska aspekter.....	11
Hälsoekonomiska aspekter	12
Slutsatser och framtida forskningsområden.....	12
Referenser	14
Bilaga 1: Aktivitetsutredning.....	15
Bilaga 2: Röda flaggor.....	16
Bilaga 3: Psykosociala faktorer	17
Bilaga 4: Frågor om individens förväntningar och potential för förändringsarbete före rehabilitering	21
Bilaga 5: Algoritmer och variabler för bedömning.....	22

Inledning

Denna rapport har tagits fram inom ramen för projektet Nationella medicinska indikationer, som drivits i samverkan mellan Svenska Läkarsällskapet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Målgrupp för rapporten är de professioner inom hälso- och sjukvården som fattar beslut om att vidta den aktuella åtgärden eller berörs av ett sådant beslut, samt verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdsledningar.

Syftet med nationella medicinska indikationer är att öka möjligheten att ge ändamålsenlig och kunskapsbaserad vård. Återkommande jämförelser visar att inom många områden i vården varierar vårdkonsumtionen avsevärt inom landet. Detta kan ha många olika orsaker, men det finns anledning att tro att skillnaderna i vårdkonsumtion delvis beror på skillnader i medicinsk praxis. Det innebär att det finns olika parallella bedömningar av när det är indicerat att erbjuda åtgärden i en viss beslutssituation. Såväl för vida som för snäva indikationer innebär att vården varierar i ändamålsenlighet och inte ges på lika villkor.

Arbetet med att ta fram indikation för multimodal rehabilitering (MMR) inleddes i ett första steg med att diskussioner fördes med den expertgrupp som i SBU:s regi genomfört en systematisk litteraturoversikt där värdet av multimodal rehabilitering belysts [1] samt en uppdatering av denna som publicerades 2010 [2]. Den aktuella överblick av kunskapsläget som de hade sågs som en viktig utgångspunkt för att gå vidare med uppgiften att fastställa på vilken indikation åtgärden bör erbjudas. Ett arbetsmaterial utarbetades som dels belyste det vetenskapliga kunskapsläget för multimodal rehabilitering, dels olika uppslag till hur man skulle kunna närma sig indikationsfrågan. Detta material utgjorde underlag för det seminarium som anordnades i slutet av maj 2010.

Till seminariet inbjöds i ett andra steg ytterligare sakkunniga inom området smärtproblematik med erfarenhet av att arbeta med multimodal rehabilitering. Uppgiften har varit att identifiera vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att indikation ska föreligga. De förutsättningar som har fastställts gäller både sådant som bör vara uppfyllt hos patienten och sådant som bör vara uppfyllt i vårdprocessen och hos vårdgivaren. Förutsättningarna har i möjligaste mån grundats på vetenskaplig evidens.

Flera förändringar har under de senare åren skett inom försäkrings-systemet i syfte att få fler människor i arbete. Dessa förändringar har bidragit till ett ökat fokus på rehabiliteringsfrågor. Intresset för multimodal rehabilitering har därmed ökat, inte minst därför att majoriteten av de långvariga sjukskrivningarna rör det muskuloskeletala systemet och inte sällan är associerade med långvarig smärtproblematik. Även väntetider i vården är en fråga som står i fokus. Genom en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting har en *vårdgaranti* införts, vilken även följts av en *rehabiliteringsgaranti*. På basis bland annat av resultaten från litteraturoversikten från SBU kom multimodal rehabilitering att bli en av de första åtgärderna som ingick i rehabiliteringsgarantin. Genom ekonomiska incitament till vårdgivarna ges en signal från centralt håll att man önskar att allt fler patienter med långvarig smärta ska få tillgång till denna åtgärd. Betydande aktiviteter har därför startats i landet för att utöka verksamheten. Tidigare utfördes MMR i de flesta landsting huvudsakligen inom den sjukhusanslutna specialistvården, men nu håller multimodala team på att byggas upp på många håll inom ramen för primärvården. Förutom att fastställa på vilken indikation MMR ska erbjudas har uppdraget även innefattat att utarbeta en indelningsgrund för hur patienten ska selekteras till en mer intensiv/komplex variant av MMR, som huvudsakligen erbjuds inom specialistvård (MMR 2), eller en något mindre intensiv/komplex variant av MMR (MMR 1) som även kan erbjudas inom primärvården.

Begreppet indikation har i projektet använts enligt den definition som anges i Socialstyrelsens termbank: **indikation = omständighet som utgör skäl för att vidta en viss åtgärd.**

Bakgrund

Hur definieras långvarig smärta?

Den internationella organisationen för klinisk behandling av och forskning om smärta (International Association for the Study of Pain) har definierat smärta som "en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada". Långvarig smärta (mer än tre månader) är en ihållande eller intermittent smärta som består. Den är av allt att döma oftast förknippad med en komplex kombination av risk- och vidmakthållandefaktorer. Långvarig smärta influeras av och interagerar med olika fysiska, emotionella, psykologiska och sociala faktorer [3].

Hur vanligt är problemet?

I Sverige har cirka 18 procent av befolkningen svår långvarig smärta [1], varav smärttillstånd från rörelseorganen dominerar. Långvarig smärta finns ofta samtidigt i flera anatomiska regioner och cirka 10 procent har en generaliserad smärta, varav en undergrupp utgörs av tillståndet fibromyalgi [4]. Långvarig smärta är vanligare hos kvinnor än hos män [5].

Den höga förekomsten av långvarig smärta i befolkningen återspeglas i vårdsökande, där 20–40 procent av besöken i primärvård har rapporterats vara föranledda av smärta, varav cirka hälften utgörs av långvarig smärta [6–8]. En europeisk studie visade att 19 procent hade långvarig smärta, och hälften av dessa uppgav att de inte hade fått adekvat vård [9]. Den höga prevalensen för olika typer av långvarig smärta innebär lidande för de drabbade personerna, men kan också få stora konsekvenser och innebära stora kostnader för samhället.

Olika typer av rehabilitering vid långvarig smärta

Schematiskt kan rehabilitering delas in i följande tre olika nivåer utifrån hur komplext patientens tillstånd är och vilken mängd insatser som då krävs [1]:

- unimodal rehabilitering
- intermediär rehabilitering
- multimodal rehabilitering.

Unimodal rehabilitering innebär att en enstaka åtgärd (modalitet) används. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex, men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner. Exempelvis har det inom ramen för sjukgymnastik utvecklats relativt komplexa åtgärder som visats ha vetenskapligt stöd för rehabilitering av personer med långvarig smärta.

Intermediär rehabilitering är en nivå där flera åtgärder vidtas. Personalen arbetar inte regelmässigt i team, utan arbetet är mer uppbyggt på regelbundna kontakter mellan inblandad behandlingspersonal (läkare, paramedicinare eller omvårdnadspersonal).

Multimodal rehabilitering skiljer sig från intermediär rehabilitering genom att metoden är specifikt utformad för rehabilitering av patienter med stora och komplexa rehabiliteringsbehov.

Vad innebär multimodal rehabilitering?

Utgångspunkten är att ett fast erfaret team, bestående av olika professioner, planerar och genomför ett sammanhållet rehabiliteringsprogram, exempelvis på deltid under fyra till sex veckor med hemuppgifter. Mål för rehabiliteringen definieras tillsammans med patienten. Det multimodala angreppssättet bygger på att patientens smärtproblematik bedöms, utreds och behandlas/rehabiliteras utifrån en integrerad helhetssyn på smärta, den så kallade *biopsykosociala modellen*. Medicinska, psykologiska, sociala, omgivnings- och personlighetsmässiga förhållanden bidrar enligt denna modell på ett komplext och integrerat

sätt till individens smärtupplevelser och smärtbeteenden [1, 10, 11].

Centrala beståndsdelar i MMR-programmet innefattar psykologiska, pedagogiska och fysiska komponenter. De insatser som ingår är delvis specifika för de olika professionerna i teamet, men innehåller också ofta pedagogiska moment med utbildning om smärtproblematik och olika metoder för att hantera smärta (*coping*).

Det multimodala rehabiliteringsprogrammets olika komponenter syftar till att ge patienten olika verktyg att brett hantera de negativa konsekvenserna av långvarig smärta och utveckla hennes/hans befintliga resurser i olika sociala situationer. Det innebär i praktiken att målen för rehabiliteringen främst utgår från delaktighetsperspektivet och att andra mål riktade mot kroppsfunction och aktiviteter isolerade från patientens egen vardagsmiljö är sekundära eller betraktas som delmål och stödstrategier på vägen. Tankar, beteenden och omgivning är således centrala och anses nödvändiga att påverka för att uppnå ett gott resultat av rehabiliteringen. Vanliga allmänna mål för MMR brukar vara att påverka

- förmågan att delta i olika vardagliga roller (t.ex. förbättra förmågan att utföra arbetsuppgifter och hushållssysslor)
- den emotionella funktionen (t.ex. minska graden av depression, ångest, ilska och irritabilitet)
- den fysiska funktionen
- hälsa och livskvalitet
- smärtupplevelsen.

Det är också av vikt att få fram vad den enskilde patienten anser som viktiga mål för honom eller henne i den situation som föreligger. I en studie som syftade till att kartlägga vad långvariga smärtpatienter anser vara viktigt att påverka angavs smärtreduktion, möjlighet att njuta av livet, emotionell hälsa, reducerad trötthet och svaghet samt hantering av sömnrelaterade problem vara viktigast [12].

Olika former av multimodal rehabilitering

De flesta patienter med långvarig smärta utreds, bedöms och vårdas inom primärvård. Flertalet rehabiliteras med hjälp av unimodala

eller intermediära rehabiliteringsmetoder. Ibland sker organiserat samarbete med Försäkringskassan.

Först vid förhållandevis uttalade och komplexa behov övervägs multimodal rehabilitering. Ju mer komplex smärtproblematik patienten har, desto större krav på bred kompetens ställs på rehabiliteringsteamet. Detta har lett till slutsatsen att det behövs en gradering av MMR i två nivåer. I den här rapporten benämns de två olika formerna av multimodal rehabilitering MMR 1 och MMR 2. Schematiskt sett är MMR 1 en form som vanligtvis erbjuds i primärvården och MMR 2 en form som huvudsakligen erbjuds inom den sjukhusanslutna specialistvården. Det som styr är dock inte vilken vårdnivå som MMR utförs på, utan det är teamets kapacitet och kompetens som är avgörande. På vissa håll skulle man kanske även inom primärvården kunna bygga upp team som kan erbjuda MMR 2. Likaså är det sannolikt att man inom specialistvården kan komma att erbjuda såväl MMR 1 som MMR 2.

Det finns inte vetenskapligt stöd för att en uppdelning av MMR i två olika former skulle innebära fördelar för patienterna. Omständigheter som dock talar för att det skulle kunna leda till ökad effektivitet är att det kan innebära att programmen skulle kunna bli bättre anpassade efter patientgrupperna och att det skulle kunna innebära att man handskas med resurserna på ett bättre sätt. De allra svåraste fallen skulle då kunna selekteras till den sjukhusanslutna specialistvården där det finns större tillgång till specialkompetens av olika slag, medan övriga skulle få möjlighet att vårdas närmare sin hemort med ökad kontinuitet som följd.

För båda formerna av MMR gäller att rehabiliteringsprogrammen ska vara välplanerade med synkronisering av de modaliteter som ingår som tidigare diskuterats. Personalen, som består av olika professioner, arbetar i team med ett interdisciplinärt arbetssätt där patienten är en del av teamet. Det innebär en tydlig struktur för hur de olika professionerna och patienten ska kommunicera så att behandlingar/åtgärder och målsättningar kan planeras, samordnas och utvärderas. I MMR ingår målformulering tillsammans med patienten som en viktig del i rehabiliteringsplaneringen. Målen bör vara relevanta, konkreta och motiverande, samt ska kunna mätas och delas upp i delmål. Av tabell 1 framgår vilka komponenter som förväntas ingå i MMR 1 respektive MMR 2.

Tabell 1. Komponenter i multimodal rehabilitering på nivå 1 respektive 2

Komponenter	MMR 1	MMR 2	Pedagogiska strategier
Progressiv, patientcentrerad målformulering	X	X	I samarbete med patienten. Gemensam utgångspunkt för hela teamet. Målen som sätts upp ska vara specifika, mätbara, angelägna och aktivitetsrelaterade samt realistiska och tidsbegränsade.
Optimering av farmakologisk behandling	X	X	
KBT för smärthantering/ <i>coping</i> inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser	X	X	Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback

Komponenter	MMR 1	MMR 2	Pedagogiska strategier
Fysisk träning (professionell coachning)	X	X	Guidad träning i grupp växlat med träning på egen hand Träningsplan och träningsdagbok Tilltro-stärkande feedback
Aktivitetsträning Relevanta och för individen väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete	X	X	Analoga situationer på vårdcentral/ klinik med successiv stegring till färdighetsträning i vardagslivet inklusive arbete Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback
KBT mot sömnproblematik	X	X	Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback
Optimering av omgivningsfaktorer Socialt stöd Arbetsplats inklusive medarbetare och arbetsledning	X	X	Identifiera, hantera och förändra fysiska och sociala omgivningsfaktorer som kan bidra till patientens problematik
Samordningsinsatser mellan remitterande läkare, försäkringskassa, arbetsplats och familj	X	X	
KBT mot ångestproblematik		X	Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback
Graderad exponering <i>in vivo</i>		X	Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback
KBT mot depression		X	Självmonitorering Hemuppgifter Tilltro-stärkande feedback
Skräddarsydda insatser för hantering av samsjuklighet (t.ex. inflammatorisk ledsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, fetma, astma)		X	Samarbete med remitterande läkare/specialister
Bibehållandestrategier och återfallsprevention	X	X	Utarbetande av återfallspreventionsplan

Uppföljning av utfallet av multimodal rehabilitering

Att följa upp effekten av olika åtgärder är en ytterst viktig uppgift inom sjukvården. En rad kvalitetsregister har initierats för detta ändamål. I syfte att ta fram ett instrument för att följa upp effekter av MMR startades 1998 ett nationellt register för smärtehabilitering (NRS) som är anslutet till Sveriges Kommuner och Landsting. I dagsläget rapporterar drygt 20 enheter till registret, vilket motsvarar en täckningsgrad på cirka 80 procent av de sjukhusanknutna smärtehabiliteringsverksamheterna i landet. Registret innehåller variabler som beskriver bakgrundsfaktorer, funktion, aktivitet/delaktighet samt livskvalitet. Patienterna följs upp dels direkt efter avslutat multimodalt rehabiliteringsprogram, dels efter ett år. Samkörning görs med Försäkringskassans register över ohälsobidragsformer.

Det har påbörjats ett arbete med att anpassa NRS-registret, med syfte att ta fram en variant av instrumentet som är mindre omfattande så att det kan användas för uppföljning av multimodal rehabilitering oavsett på vilken vårdnivå åtgärden utförs. Som följd av rehabiliteringsgarantin har vissa tidiga utvärderingar publicerats.

Frågeställningar

Den här rapporten om indikation för multimodal rehabilitering har tagits fram utifrån följande två frågeställningar:

- Under vilka förutsättningar är det relevant att erbjuda multimodal rehabilitering vid långvarig smärta i syfte att förbättra funktions- och aktivitetsförmågan?
- Under vilka förutsättningar är det motiverat att erbjuda patienten vård med högre intensitetsnivå (MMR 2) respektive inte fullt lika hög intensitetsnivå (MMR 1)?

Frågeställningarna enligt ovan fokuserar främst på situationen för personer i arbetsför ålder, men torde utan större problem vara tillämplbara även för äldre patienter. Att personer under 18 år inte ingår i frågeställningarna beror på att sättet att närma sig unga är annorlunda och därför behöver de hanteras inom särskilt utformade program.

Vad säger litteraturen om multimodal rehabilitering?

Två oberoende grupper av forskare/utvärderare [1, 2, 13] har bedömt att det finns måttligt till starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering ger bättre helhetseffekter (sammanvägning av resultat från de olika utfallsvariablerna) jämfört med avsevärt mindre intensiva eller inga insatser.

I ett omfattande arbete presenterat av SBU 2006 [1] värderades bland annat evidensläget för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta oberoende av anatomisk lokalisation. Man konstaterade då, baserat på analyser av helhetseffekter¹, att det fanns starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig smärta än mindre omfattande insatser.

Den uppdatering av evidensläget som presenterades 2010 [2] koncentrerades på långvarig ryggsmärta (nack-, skulder- och ländryggssmärta samt ryggsmärta inte närmare specificerat) och använ-

de ett annat evidensgraderingssystem (GRADE). Slutsatsen när GRADE användes blev att det fanns måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering långsiktigt ger bättre resultat vid långvarig ryggsmärta (nack-, skulder- och ländryggssmärta samt ryggsmärta inte närmare specificerat) än mindre omfattande insatser. Inte vid någon av de två systematiska litteraturoversikterna som SBU gjort var det möjligt att dra slutsatser om vilken typ av multimodala rehabiliteringsprogram som var mest effektiva. Man kunde inte uttala sig i detalj om det multimodala rehabiliteringsprogrammets utformning, men det fanns starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering skulle innefatta en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning eller sjukgymnastik samt pedagogiska moment. I rapporten från 2006 fann man även måttligt starkt vetenskapligt stöd för slutsatsen att funktionell restoration inklusive psykologiska insatser ger bättre långsiktigt resultat vid långvarig smärta än fysisk träning med lägre intensitet tillsammans med psykologiska insatser/ryggskola [1].

Ovanstående redovisning innefattade helhetsanalyser av resultaten vid multimodal rehabilitering. När de olika utfallsmåtten analyserades var för sig påvisades måttligt stark evidens för att multimodal rehabilitering har effekt inom utfallsområdet sjukskrivning/arbetsåtergång jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Validiteten av detta diskuteras i SBU-rapporten från 2010, eftersom rapportens sammanlagda vetenskapliga underlag för smärtintensitet efter multimodal rehabilitering inte visade på någon skillnad jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Författarna konstaterade att smärtintensitet inte förekom som utfallsmått i alla granskade studier. Dessutom hade vissa av studierna en primär inriktning mot konsekvenserna av långvarig smärta, exempelvis sjukskrivning, medan andra studier var inriktade på att patienten skulle hantera sin situation på ett så optimalt sätt som möjligt [2]. Vid multimodal rehabilitering förväntas patienten delta aktivt tillsammans med teamet i en gemensam målsättning, och fokus ligger ofta på beteendeförändringar, varför smärtintensitet inte alltid behöver vara ett relevant utfallsmått.

I översikten från 2010 visades att det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för slutsatsen att multimodala rehabiliteringsinsatser ger långsiktigt bättre helhetseffekter vid fibromyalgi än olika kontrollsituationer. Slutsatsen var oförändrad jämfört med SBU-översikten från 2006; endast studier med medelhög evidens hade tillkommit.

Även Scascighini och medarbetare har genomfört en systematisk litteraturoversikt av multimodala rehabiliteringsstudier avseende långvarig muskuloskeletal smärta och fibromyalgi [13]. Multimodal rehabilitering innehöll minst tre av modaliteterna psykoterapi, avspänning, åtgärder genomförda av sjukgymnast eller arbetsterapeut samt patientutbildning. De vanligaste utfallsmåtten var smärtintensitet, aktivitetsförmåga och/eller livskvalitet, och liksom i SBU-översikterna gjordes en sammanvägning av resultaten från rehabiliteringen samt att evidensgraderingen genomfördes med hjälp av en anpassad form av GRADE-systemet.

Man fann att studier som jämförde multimodal rehabilitering med kontrollgrupp på väntelista eller standardbehandling uppvisade starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering hade bättre effekt. Författarna analyserade också studier som jämförde multimodal rehabilitering med enskilda rehabiliteringsinsatser, till exempel patientutbildning och sjukgymnastik med diskussionsgrupp. Slutsatsen var att det fanns ett måttligt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering var mer effektiv.

När effekten vid olika smärtlokaliseringar jämfördes fann man måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering var mer effektiv för patienter med långvarig ryggsmärta jämfört med ingen behandling eller enskilda rehabiliteringsinsatser. Multimodal rehabilitering i jämförelse med annan behandling visade på måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering var mer

¹ En helhetsbedömning av studiens resultat baserat på de utfallsmått som de facto har använts i de identifierade randomiserade kontrollerade studierna; signifikanta förbättringar ska ha visats för minst 50 procent av studiens utfallsmått för att studiens helhetsresultat ska anses som positiva.

² I genomgången användes den engelska synonymen multidisciplinary.

effektiv. Vid fibromyalgi rapporterades, i enlighet med SBU-översiktterna, måttligt starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering var mer effektiv än ingen behandling.

Fyra studier jämförde effekten av olika aktiva multimodala rehabiliteringsprogram som hade olika innehåll, struktur och längd. Ingen skillnad mellan rehabiliteringsprogrammen rapporterades.

Sammanfattningsvis menade författarna att multimodal rehabilitering är den nu bästa metoden för att behandla patienter med komplexa, kroniska, icke-maligna smärttillstånd [13].

Utformningen av det multimodala rehabiliteringsprogrammet

I SBU-rapporten från 2006 [1] kunde man summera att det fanns starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering skulle innefatta en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning eller sjukgymnastik samt pedagogiska moment. Någon ytterligare djupgående bestämning av programmets sammansättning ansågs dock inte vara möjlig.

Viktiga iakttagelser som gjorts vid litteraturgenomgångarna

- De multimodala rehabiliteringsprogrammen som användes i studierna har oftast sin utgångspunkt i en helhetssyn på långvarig smärta (ett biopsykosocialt synsätt) där ett flertal rehabiliteringsmodaliteter därför krävs, förmodas vara aktiva samt uppvisa sinsemellan synergistiska effekter.
- Det är inte möjligt att utifrån genomgången av studierna dra vetenskapliga slutsatser om vilken klinisk bild vid långvarig smärta, med avseende på t.ex. symtom, deltagande och livskvalitet, som innebär störst chans till framgångsrik multimodal rehabilitering.
- Effekterna av multimodal rehabilitering är inte homogena för personer med långvariga smärttillstånd. Vissa patienter uppvisar positiva förändringar inom olika områden, medan en mindre grupp inte förbättras alls. Detta betonar vikten av att göra subgruppsanalyser för att få insikt i vilka patienter som har bäst nytta av ett visst rehabiliteringsprogram.
- Studierna som ingick i SBU-översikten 2006 visar att insatserna och hur arbetet organiseras inom multimodal rehabilitering varierar mycket. Flera av de multimodala interventionerna som visat sig vara effektiva innehåller tydliga psykologiska komponenter som kognitiv terapi och/eller beteendeterapi ofta i kombination med fysisk aktivitet eller behandling under ledning av sjukgymnast. Studier som väger den relativa betydelsen av olika rehabiliteringskomponenter i det multimodala rehabiliteringsprogrammet är få och fler studier behövs inom detta område.
- De flesta studier av multimodal smärtrehabilitering hade genomförts på specialiserade enheter.

I de studier som ingick i litteraturöversikten från SBU 2010 var majoriteten av de patienter som deltog kvinnor och det fanns också studier som enbart inkluderade kvinnor [2]. Endast ett fåtal studier hade jämfört effekter av multimodal rehabilitering mellan män och kvinnor. Författarna menade därför att det är svårt att urskilja om det finns multimodala rehabiliteringsprogram som är mer lämpade för kvinnor respektive för män, vad gäller innehåll och vad det är som får betydelse för utfallet.

Vilka faktorer har betydelse för indikationen?

Här följer en genomgång och motivering av de förutsättningar som i det här arbetet har bedömts bör vara uppfyllda för att det ska vara motiverat att erbjuda multimodal rehabilitering.

Patientrelaterade förutsättningar:

Patienten har ihållande eller intermittent smärta som varat under mer än tre månader

Multimodal rehabilitering har utvecklats för rehabilitering av patienter med långvarig smärta, det vill säga ihållande eller intermittent smärta som varat mer än tre månader. Klassifikationen av smärtan som akut eller långvarig baseras på patientens egenrapportering och inte primärt på varaktigheten av sekundära konsekvenser, t.ex. sjukskrivning. Detta innebär exempelvis att en person kan ha långvarig smärta utan att ha varit sjukskriven. De utvärderingar som gjorts av metodens effekt har enbart omfattat patienter med långvarig smärta. Det är därför, av medicinska och resursmässiga skäl, inte aktuellt att erbjuda multimodal rehabilitering innan tillståndet långvarig smärta har fastställts. Däremot bör utredning av smärttillståndets orsak och komplexitet inledas redan första gången patienten söker för sitt smärttillstånd.

Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att de i hög grad påverkar patientens dagliga liv

En annan förutsättning hos patienten som behöver vara uppfylld för att MMR ska övervägas är att smärtan och dess konsekvenser i hög grad påverkar patientens dagliga liv. Bland patienter med långvarig smärta förekommer betydande skillnader i svårighetsgrad och komplexitet, bland annat med avseende på interaktion med andra symtom, aktivitetsförmåga och delaktighet i livet. Att ha långvarig smärta kan få betydande konsekvenser för vardagsliv, lönearbete, hemarbete, familj, psykiskt välbefinnande och självkänsla, men konsekvenserna av ett smärttillstånd varierar mycket mellan olika individer. Exempel på negativa konsekvenser för en person med långvarig smärta kan förutom smärtintensiteten vara ökad mängd depressiva symtom och ångestsymtom, sömnsvårigheter, katastroftänkar, rädsla för att fysisk aktivitet ska leda till försämring, svårigheter att arbeta och vara aktiv i olika fritidssysslor. Konsekvenserna interagerar i sin tur med smärtupplevelsen och med smärtbeteenden.

I listan nedan ges exempel på olika dimensioner på smärta. Betydelsen av dessa dimensioner kan dels variera mellan olika personer med långvariga smärttillstånd, dels över tid och i olika sammanhang för en viss given person. Det är därför viktigt att vara medveten om denna dynamiska komplexitet vid planeringen av MMR.

Exempel på dimensioner av smärta:

- smärtintensitet
- smärtlokalisering
- smärtvariabilitet
- smärtduration
- hyperalgesi
- coping
- medicinsk samsjuklighet
- depressiva symtom
- ångestsymtom
- sömnstörning
- inställning till arbete
- sjukskrivning
- arbete med riskfaktorer för smärta
- sociala relationer
- förändringsförmåga
- försäkringsproblematik.

Patienten har potential för ett aktivt förändringsarbete, trots smärtan

Multimodala rehabiliteringsprogram avser att positivt påverka personens förmåga till egenvård och egen hantering av smärtrelaterade problem. Dessa förmågor är en utmaning för individen och kräver ofta förändringar i föreställningar om smärta, smärtans konsekvenser och hur de ska hanteras. Graden av engagemang i rehabiliteringsprogrammet påverkar inte bara utfallet utan även på vilket sätt individen kommer att delta i rehabiliteringen och påverkar också vilken typ av kliniskt tillvägagångssätt som bedöms vara mest effektivt. Därför är det viktigt att kartlägga vilken potential för förändringsarbete patienten har och arbeta med att försöka öka motivationen att aktivt delta i MMR-programmet.

Patienten har inte någon sjukdom eller något tillstånd som innebär hinder för att delta i programmet

Innan beslut om att erbjuda MMR tas bör patienten vara adekvat utredd och i tillräckligt stabilt tillstånd för att kunna delta i ett rehabiliteringsprogram. Vid samsjuklighet konsulteras vid behov den läkare som är ansvarig för behandlingen.

Vidare är det viktigt att patienten inte är på väg in i andra utredningar eller åtgärder, exempelvis en operation. I sådana fall är det som regel bäst att avvakta med MMR till dess att patienten genomgått utredningen eller behandlingen.

Ett aktivt beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel kan också utgöra ett hinder för ett framgångsrikt resultat av MMR-program. Först bör åtgärder vidtas för att försöka komma till rätta med missbruket.

Vårdprocessrelaterade förutsättningar:

Utredning har gjorts på ett systematiskt sätt

Viktigt för utfallet av multimodal rehabilitering är att utredningen av patienten utförs på ett systematiskt sätt, vilket innebär att en strukturerad anamnes har tagits upp, andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet ("röda flaggor") har uteslutits, screening för psykologiska och/eller sociala riskfaktorer ("gula flaggor") har genomförts och patientens förväntningar och beredskap för förändring har kartlagts. Så snart patienten söker vård för smärttillståndet och misstanke finns att det inte rör sig om en snabbt övergående smärta påbörjas utredningen. Huvudsakligen sker dessa olika moment inom ramen för primärvården, men på vissa håll kan de utföras inom ramen för speciella rehabiliteringsenheter.

1. Strukturerad anamnes har tagits upp.

I anamnesen ingår följande delar:

- Kartläggning av allmän sjukdomshistoria, tidigare och pågående sjukdomar, genomgångna operationer etc.
- Kartläggning av smärthistorik.
- Identifiering av eventuella trauman.
- Identifiering av aktivitetsproblem i dagligt liv, arbete och fritid. I vissa fall krävs det att patienten remitteras för en grundligare aktivitetsutredning. Ett förslag på vad en sådan kan omfatta finns i bilaga 1.

2. Andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet (röda flaggor) har uteslutits

Innan MMR initieras ingår att ta ställning till om patienten har ett smärttillstånd som beror på allvarliga tillstånd/sjukdomar (röda flaggor) som ska handläggas på ett helt annat sätt än utredning inför och genomförande av MMR. Exempel på sådana tillstånd är malignitet, fraktur, diskbräck med cauda equina-symtom och inflammatorisk ledsjukdom. I bilaga 2 redovisas sådana röda flaggor som kan vara relevanta.

Ställningstagande/utredning görs vanligtvis av primärvårdens läkare. Man bör tydliggöra för patienten när denna del av utredningen är

avklarad och meddela att det inte finns några tecken på allvarlig sjukdom, exempelvis cancer. Detta minskar oron hos patienten och kan även minska tendenser till omfattande våldsökande på jakt efter orsaken (så kallad *doctor's shopping*) samt ökar motivationen att bli aktiv i sin egen rehabilitering.

3. *Screening för psykologiska eller sociala riskfaktorer (gula flaggor) har gjorts*
Olika psykologiska och ibland sociala faktorer kan påverka hur ett smärtproblem upplevs, men även bidra till att utveckla långvariga funktionsnedsättningar och störa återgången till ett normalt liv. Dessa riskfaktorer, så kallade gula flaggor, utgör varningssignaler på att patienten riskerar att utveckla ett långvarigt problem eller att det redan är ett faktum som måste hanteras. Gula flaggor är relaterade till såväl framtida smärta som funktionsnedsättning och kan därför i tidigt skede indikera att patienten kan vara lämplig för MMR.

Psykologiska faktorer som oro och negativa tankar kan leda till att man undviker vissa rörelser som i sin tur förhindrar läkning och bidrar till funktionsproblem. Höga nivåer av negativa känslor (oro, rädsla och nedstämdhet) har visats vara associerade med framtida långvarig smärta och funktionsnedsättning. Kognition i form av negativa tankar och föreställningar spelar en tydlig roll. Katastroftankar, det vill säga tankar om att smärtan är förknippade med ett mycket negativt händelseförlopp, är också tydligt förknippade med framtida problem. Dessutom är föreställningar och förväntningar att smärtan kommer att leda till en framtida arbetsnedsättning klart förknippade med utvecklingen av långvariga problem inklusive funktionsnedsättning. Hur man hanterar sin smärta (på engelska: *coping*) är också av vikt för framtida problem; exempelvis är passiva och undvikande copingstrategier troligtvis associerade med framtida arbetsförmåga.

Gula flaggor kan både mätas med validerade frågeformulär och fångas i anamnesen. Frågeformulären är att föredra då anamnes tar tid och har låg sensitivitet. Ett frågeformulär ger ett generellt mått på risken och kan bidra till fördjupad kartläggning av relevanta psykosociala faktorer. En första screening av gula flaggor kan genomföras med hjälp av frågeformulär som till exempel Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire [14], som har validerats i flera studier [14–17] (se vidare om gula flaggor och om formuläret i bilaga 3). De patienter som identifieras ha ökad risk vid screeningen av gula flaggor bör genomgå en mer ingående utredning med hjälp av enkäter. I algoritmen i bilaga 5 ges förslag på kortfattade instrument som kan användas vid denna utredning.

4. Patientens förväntningar och beredskap för förändring har kartlagts

Beteendeförändring kan ske genom flera stadier. Det finns ofta ett antal hinder som personen möter när han/hon ska förändra sitt sätt att hantera smärtrelaterade situationer/problem. Rehabilitering är effektivast om den är skraddarsydd, bland annat enligt individens potential för förändring. För att undersöka individens förändringspotential kan ett antal frågor ställas (se bilaga 4). Man kan ställa dessa frågor till exempel i ett informationsbrev om rehabilitering. De första frågorna bör dock sedan vid första besöket följas upp med följdfrågor som mer exakt beskriver i vilket stadium personen är. Det är viktigt att ställa frågor som handlar om individens *self-efficacy*, det vill säga tron på sin förmåga att genomföra rehabiliteringen. Nivån av *self-efficacy* är en prediktor för långtidsutfallet. I ett tidigt skede bör man även ställa frågor som handlar om utfallsförväntningar av behandling, eftersom även det är en viktig prediktor för utfallet. Sammanfattningsvis ska patientens förväntningar och beredskap beaktas ur ett dynamiskt perspektiv.

5. Hur smärtan påverkar möjligheten till aktiviteter har kartlagts

Vid behov remitteras patienten till arbetsterapeut för aktivitetsutredning (se bilaga 1).

Evidensbaserad optimering av farmakologisk behandling har gjorts

Behandlingsstrategierna i form av olika farmakologiska interventioner

vid akut smärta har endast begränsad effekt när smärtan övergått till att vara kronisk. Klinisk erfarenhet visar dock att patienter med långvarig smärta inte alltid har erbjudits farmakologisk terapi på ett systematiskt sätt. Effekten av de insatta medlen har inte heller alltid utvärderats systematiskt. Det är därför viktigt att ta ställning till om farmakologisk terapi skulle kunna förbättra patientens situation. I den farmakologiska optimeringen ingår alltså att ta ställning till om pågående farmakologisk terapi verkligen är effektiv. Den farmakologiska behandlingen vid långvarig smärta ska vila på evidens och beprövad erfarenhet såsom den uttrycks i olika systematiska översikter (t.ex. från SBU och andra motsvarande organisationer) samt i nationella och lokala riktlinjer (t.ex. via Läkemedelsverket och läkemedelskommittéer).

Icke-farmakologiska unimodala åtgärder har övervägts/erbjudits/prövats

Om det finns skäl att tro att enstaka icke-farmakologiska insatser skulle kunna påverka personens tillstånd på ett avgörande sätt är det viktigt att innan beslut om MMR fattas ha övervägt eller prövat unimodala åtgärder, vilka bör vara evidensbaserade eller ha sin grund i beprövad erfarenhet. Exempel på åtgärder som det finns vetenskapligt stöd för är professionellt ledd specifik träning som visats ha bättre smärtlindrande effekt vid långvariga smärttillstånd än behandling där patienten inte aktiveras fysiskt. Likaså har det inom ramen för sjukgymnastik utvecklats relativt komplexa åtgärder som grundar sig på beteendemedicinska principer som visat sig ge större förbättring i aktivitetsförmåga efter 2–5 år jämfört med enbart fysisk aktivitet/träning eller kombinationsbehandlingar av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder [1, 2]. Beteendemedicin är ett interdisciplinärt kunskapsområde med utgångspunkt från både beteendevetenskaperna och de medicinska vetenskaperna [18]. Beteendemedicinens grundprincip beskriver samband mellan biomedicinska faktorer och beteendefaktorer i alla stadier av sjukdomsutveckling och ohälsa, liksom vid upplevd hälsa trots långvariga tillstånd som långvarig smärta. Denna typ av unimodal rehabilitering kan fungera för patienter vars smärtproblematik inte är extremt svår och mångfacetterad.

Tillståndets komplexitet har bedömts och graderats enligt en särskild indelningsmodell

Bedömning och gradering av tillståndets komplexitet utgör en viktig grund vid val av rehabiliteringsmetod. MMR är aktuell först då det handlar om förhållandevis komplexa tillstånd, vilket innebär att flera av de dimensioner av smärttillståndet som anges i listan under rubriken "Smärtan och dess konsekvenser är av sådan dignitet att den i hög grad påverkar patientens dagliga liv" ovan är uttalade. För att besvara frågan om patienten bäst lämpar sig för MMR 1 respektive MMR 2 är det tre av smärtdimensionerna som har avgörande betydelse: (1) graden av negativa psykologiska komponenter, (2) förekomst av samsjuklighet som kan inverka på smärttillståndet och dess konsekvenser och (3) smärtintensiteten. Ett smärttillstånd (typ B), vilket kännetecknas av hög grad av negativa psykologiska komponenter, exempelvis uttalat katastroftänkande och/eller samsjuklighet, exempelvis inflammatorisk ledsjukdom, diabetes eller hjärt-kärlsjukdom och/eller mycket hög smärtintensitet är ofta förenat med beteenden som gör smärtan mycket komplex att hantera. Patienter med smärttillstånd av typ B bör erbjudas MMR 2. Vid smärta med måttligt stor komplexitet (typ A), dvs. att graden av negativa psykologiska komponenter är låg, samsjuklighet som påverkar MMR inte föreligger och smärtintensiteten är måttligt hög, bör patienten erbjudas MMR 1.

Patienten har fått såväl muntlig som skriftlig information om MMR

Patientinformation om multimodalt rehabiliteringsprogram ges med fördel i följande steg:

1. Vid ett första besök inför bedömning av MMR ges muntlig information, inklusive frågor om patientens förväntningar och potential för förändringsarbete (se bilaga 4)

2. Den första skriftliga informationen innehåller

- övergripande syfte med rehabiliteringsprogrammet (smärthantering, arbetsåtergång, ökad funktions- och aktivitetsförmåga etc.)
- kort beskrivning av arbetssätt, hur det går till (teambaserat, interdisciplinärt) och målformulering
- vilka professioner som ingår och deras funktion
- patientens roll/ansvar i programmet
- beskrivning av upplägg, bl.a. antal deltagare, hur länge programmet pågår (antal veckor) samt eventuell uppföljning
- samarbetspartner utanför programmet
- tidsgräns för när patienten ska ha bestämt sig för att delta samt patientens påskrift.

3. Då patienten accepterat att delta i MMR ges en mer utförlig skriftlig information som beskriver det aktuella programmet. Den informationen bör omfatta

- syftet med rehabiliteringsprogrammet (smärthantering, arbetsåtergång, ökad funktions- och aktivitetsförmåga etc.)
- arbetssätt, evidens (teambaserat, interdisciplinärt)
- målformulering (utförlig beskrivning)
- vilka professioner som patienten kommer att träffa i programmet, deras funktioner och eventuell kontaktperson
- patientens roll/ansvar i programmet (bl.a. att aktivt ingå i teamet, arbeta med målformulering, närvaro etc.)
- ramar för programmet, dvs. beskrivning av upplägg; antal deltagare, hur länge programmet pågår (antal veckor), schema för programmet samt information om eventuell uppföljning
- beskrivning av programmets innehåll, moment som utförs i grupp och individuellt
- samarbete med andra aktörer, primärvård, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, arbetsgivare etc.
- ansvarig vårdnivå efter avslutad MMR
- samarbete med anhöriga
- praktisk information som kostnad, lokaler, boende, resor etc.
- hur utvärdering sker (skriftlig eller muntlig och tidpunkter).

Vårdgivarrelaterade förutsättningar:

Flera professioner arbetar i team med planerade och samordnade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras tillsammans med patienten

Eftersom rehabiliteringsprocessen vid multimodal rehabilitering innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en viss bestämd tid krävs att personalen arbetar i team samt att patienten är en del av teamet. Det som skiljer multimodalt teamarbete från intermedieärt teamarbete, som är ett vanligt arbetssätt, är att såväl utredning som planering och utförande av insatser görs gemensamt i ett fast team där flera olika professioner/kompetenser är representerade och att patienten är en medlem i teamet.

Kompetens för att handha patientens grad av komplexitet finns i MMR-teamet

Avgörande för om multimodal rehabilitering ska kunna levereras i praktiken är att teamets sammanlagda kompetens är tillräcklig i förhållande till det program man ska följa och smärtkomplexiteten hos den patientgrupp det riktas till. Det är svårt att utifrån litteraturen dra säkra slutsatser om vilka kompetenser som är nödvändiga för att utföra en lyckad multimodal rehabilitering. Många gånger finns det också praktiska hinder för att få tillgång till den önskade, mest ändamålsenliga kompetensen. Vidare kan kompetens definieras och inhämtas på olika sätt. Ändå finns det anledning att sträva efter hög kompetens, eftersom brister i kompetens kan äventyra resultaten. De nedan preciserade kraven ska därför ses som mål att sträva emot.

Kompetens inom ett team som erbjuder MMR 1-program

- Ingående kunskap om teamarbete och det multimodala rehabiliteringsprogrammets mål och de komponenter som ingår i MMR 1.
- Grundläggande kunskap om smärta och smärtbehandling.
- Uppdaterad kunskap om den biopsykosociala modellen avseende långvarig smärta, för förståelse av uppkomst, utveckling och konsekvenser av långvarig smärta.
- Utbildning på grundnivå i teori och tillämpning av beteendemedicinska principer.
- Kunskap om sambandet mellan aktivitetsutförande och hälsa/ohälsa samt färdighet att använda dem i standardiserad och vetenskapligt förankrad bedömning och behandling av aktivitets hinder.
- Kunskap i att genomföra standardiserade test av exempelvis fysisk kapacitet, muskelfunktion, rörlighet, koordination och balans.
- Kunskap i att planera och vägleda patienten till ökad fysisk aktivitet och förbättrad förmåga genom olika former av fysisk träning.
- Utbildning i KBT steg I.
- Vidareutbildning i smärtans psykologi samt erfarenhet (under handledning) av behandling av smärtproblematik.
- Ingående kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta.
- Kunskap om psykosocial rehabilitering, socialförsäkringsfrågor och arbetsmarknadsfrågor.

Kompetens inom ett team som erbjuder MMR 2-program

MMR 2 kräver fördjupad kompetens, speciellt vad gäller hantering av de negativa psykologiska komponenterna, samsjuklighet och smärttillstånd med hög intensitet.

- Specialistkunskap i rehabiliteringsmedicin eller annan specialitet (exempelvis allmänmedicin) med tilläggsspecialiteten smärtlindring samt ingående och regelbundet uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om diagnostik, behandling och rehabilitering av långvarig smärta.
- Utbildning på avancerad nivå inom beteendemedicinska tillämpningar inom sjukgymnastik.
- Utbildning på avancerad nivå inom områdena arbetsterapi och smärta samt omfattande erfarenhet av arbetsterapeutisk bedömning, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta.
- Utbildning i KBT steg II.

- Vidareutbildning i smärtans psykologi.
- Utbildning i och erfarenhet av att utöva avancerade tekniker som exponering av rörelserädsla, depression och smärta samt katastroftankar och smärta.
- Vidareutbildning inom psykosocialt behandlingsarbete.
- Uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta.
- Omfattande och regelbundet uppdaterad kunskap om gällande regelverk inom arbetsmiljö, arbetsskydd, sociala förhållanden och socialförsäkringssystemet och dess rehabiliteringskedja

Kompetensen är till stora delar professionsberoende. En sammanställning av förslag på arbetsuppgifter i MMR-teamet och vilka kompetenser som behövs för att utföra dessa vid såväl MMR 1 som MMR 2 redovisas för olika professioner i en separat bilaga på SKL:s webbplats (www.skl.se/medicinskaindikationer).

Enheten rapporterar till nationellt kvalitetsregister (NRS)*

Att kunna följa upp resultat är viktigt i alla vårdens delar. Speciellt viktigt är uppföljning när det gäller en så komplex metod som MMR där det fortfarande finns en rad kunskapsluckor vad gäller kombinationer av åtgärder, programutformning för specifika grupper etc. Kontinuerligt insamlade data skulle kunna utgöra ett viktigt bidrag för att fylla vissa av kunskapsluckorna runt metoden både för MMR 1 och MMR 2.

* Innan anpassning av NRS-registret gjorts gäller detta endast för den sjukhusanslutna specialistvården.

Etiska aspekter

Som beskrivits ovan påverkar långvarig smärta livet på flera områden och bidrar till att allvarligt försämra personens övergripande livskvalitet. Detta innebär att personer med långvarig smärta av den komplexitet som förutsätts här kan sägas ha ett stort vårdbehov, vilket innebär att om det finns vårdåtgärder med god effekt så bör dessa göras tillgängliga i så stor utsträckning som möjligt för alla de patienter som lider av detta tillstånd. MMR har visat sig ha effekt på detta tillstånd under vissa förutsättningar (enligt ovan) som påverkar möjligheterna att göra åtgärden tillgänglig för alla drabbade patienter. Här krävs dock etisk försiktighet så att dessa förutsättningar, om möjligt, inte bidrar till att ytterligare förstärka existerande ojämlikhet i patienters livskvalitets- och hälsoliv.

Enligt den etiska plattformen för prioriteringar som inkommerats i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning får man inte ta hänsyn till patienters sociala ställning eller tidigare livsstil vid bedömning av vilka grupper som ska erbjudas vårdåtgärder. Däremot är det möjligt att väga in framtida livsstil i den mån det kan påverka möjligheterna till ett gott behandlingsresultat. MMR förutsätter att patienten själv medverkar genom att ta ansvar för sin egen vård utifrån det multiprofessionella stöd som ges. För detta krävs att patienten dels är eller kan göras motiverad att ta ett sådant ansvar, dels bedöms ha egna resurser som möjliggör detta. Utifrån den etiska plattformen är det inte problematiskt att en bedömning av motivation och möjligheter hos patienten används som urvalskriterium. Samtidigt måste ett sådant kriterium kopplas till behovets storlek och effekten av den aktuella åtgärden. Är det ett stort behov och en åtgärd med god effekt så bör man vid tillämpningen av ett sådant kriterium hellre fria än fälla, alltså erbjuda åtgärden till en patient med bristande motivation och möjligheter. Det gäller framför allt om det ingår insatser för att stärka patientens egenansvar inom ramen för åtgärden. När

det gäller MMR där det råder tveksam evidens angående åtgärdens effekt och denna effekt kan anses vara mer måttlig, finns det dock skäl att tillämpa ett sådant kriterium mer strikt. Framför allt eftersom MMR är resurskrävande och därmed kan riskera att ha undanträngningseffekter på tillfredsställelsen av andra vårdbehov.

När det gäller möjligheterna att bedriva den egenvård som krävs inom MMR förefaller det vara relevant att anta att patienter med missbruks- och beroendeproblematik samt vissa psykiatriska tillstånd kommer att ha svårt att genomföra egenvården med eftersträvad effekt. Å andra sidan är det väsentligt att påpeka att språkbarriär, ålder eller social situation i övrigt i sig inte är relevanta skäl att neka någon en åtgärd. För att skapa förutsättningar för en jämlik tillgång till MMR finns det skäl att erbjuda personer som inte kan kommunicera på svenska MMR med hjälp av tolk, framför allt därför att dessa personer kan ha erfarenheter och en situation som gör deras vårdbehov än större. Det patientcenterade upplägget av MMR gör att patientens autonomi och delaktighet kan tillgodoses. En viktig aspekt i relation till patientens autonomi och delaktighet inför beslut om MMR och upplägg av MMR är att patienten bildar sig en realistisk uppfattning om vad behandlingen kan åstadkomma. MMR kommer troligtvis inte att befria patienten från smärtan och kräver att patienten fortsätter använda sig av de strategier som han eller hon får hjälp med att utveckla, kanske livet ut. Om patienten inte är medveten om det när han/hon går in i behandlingen kan det skapa problem i det fortsatta förloppet genom att högt ställda förväntningar som inte infrias kan påverka patientens fortsatta motivation. Ytterligare en sådan aspekt är att behandlingen i vissa fall kan förvärra patientens situation utifrån hans eller hennes eget perspektiv. Behandlingen kräver att patienten i större utsträckning själv genomför det som tidigare kunde överlåtas på andra personer, något som kan upplevas betungande. Detta måste patienten vara medveten om. Likaså innefattar behandlingen en kartläggning och genomlysning av patientens hela biopsykosociala problematik, något som kan innebära att patienten måste möta problematiska erfarenheter och sidor av sitt liv som det tidigare varit möjligt att hålla undan. Här blir respekten för patientens integritet en central fråga och det är väsentligt att patienten ges möjlighet att göra en avvägning mellan vad han eller hon vill dela med sig av, i relation till hur smärtan genom detta kan påverkas i positiv riktning. Patienten kan försättas i ett sämre läge än när behandlingen inleddes om han/hon inte förmår arbeta sig igenom och lära sig hantera dessa problem och sidor och inte upplever någon positiv förändring av sin långvariga smärta. I de fall där patienten inte förmår ta ansvar för sitt eget liv kan insikten om detta likaså påverka självbild och självförtroende på ett negativt sätt. Här är det väsentligt att det finns beredskap för att hantera en sådan situation.

Detta är även relaterat till de förväntningar och den beredskap som finns kring patientens problematik på olika vårdnivåer. Även här är det väsentligt att vårdens företrädare har realistiska förväntningar på vad MMR kan åstadkomma. För högt ställda förväntningar kan resultera i att man inte anser att MMR ger tillräcklig nytta för att remittera patienter, något som undanhåller patienten en viktig behandlingsmöjlighet. Likaså är det väsentligt att i samband med att MMR avslutats ge rätt information till patienten och eventuellt till andra vårdnivåer om hur fortsatt vård och behandling bör ske och vad det kräver av olika aktörer. Återigen kan detta påverka både patientens och vårdens fortsatta förväntningar. Detta är än mer viktigt om behandlingen inte varit lyckosam, för att patienten ska få bästa möjliga hjälp utifrån sin situation.

Ur resurssynpunkt är det även väsentligt att ställa MMR i relation till andra rehabiliteringsmetoder och andra vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården. Vårdens begränsade resurser ställer krav på att de resurser som finns används på ett så rättvist och kostnadseffektivt sätt som möjligt. MMR förutsätter genom den multiprofessionella ansatsen relativt stora resurser, vilket måste ställas i relation till dels den effekt som uppnås av behandlingen, dels vilka möjliga risker för undanträngning organiseringen av MMR ger. Här måste

det då även vägas in i vilken utsträckning det finns alternativa åtgärder för detta tillstånd. Eftersom det i stor utsträckning tycks saknas alternativ kan inte en sämre kostnadseffektivitet behandlas lika strängt. Utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv skulle det även kunna argumenteras för att om patienten kan återgå i arbete så ger det en samhällsekonomisk vinst. Ett sådant argument måste dock användas med försiktighet eftersom den etiska plattformen inte tillåter hänsyn till social och ekonomisk ställning.

Hälsoekonomiska aspekter

Evidensen avseende kostnadseffektivitet för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta är närmast obefintlig. I SBU:s uppdatering 2010 [2] av smärtrapporten från 2006 [1] identifierades och inkluderades en kostnadseffektstudie [19]. Studien var finsk och jämförde multimodal rehabilitering, bestående av en kombination av manipulation, stabiliseringsövningar och läkarkonsultation, med enbart läkarkonsultation för patienter med långvarig ländryggssmärta. 204 patienter randomiserades till de två alternativa behandlingarna, hälften till vardera, och uppföljningstiden var två år. Det är värt att notera att interventionen i den finska studien inte överensstämmer helt med hur multimodal rehabilitering definieras i den här rapporten.

Studien genomfördes med ett samhällsperspektiv, vilket innebär att såväl direkta kostnader (sjukvård, egenkostnader, resor) som indirekta kostnader (arbetsförmåga) inkluderades.

Efter två år hade patienterna i den multimodala gruppen något större reduktion i smärta och betydligt högre tillfredsställelse med vården. Den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades lika mycket i båda grupperna. Kostnaderna var högre i den multimodala gruppen, både vad gäller direkta vårdkostnader och indirekta kostnader (arbetsbortfall). Man kom fram till att man fick en förbättring med en punkt på VAS-smärtskalan till en kostnad av 512 dollar. Hur detta ska tolkas är inte självklart.

Med kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) som effektmått framstår enbart konsultation som mer kostnadseffektiv än den multimodala behandlingen, eftersom det förra är mindre kostnadskrävande och effekterna är likartade.

SBU drar slutsatsen att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att det ska gå att dra säkra slutsatser om kostnadseffektiviteten av multimodal rehabilitering [2].

Ett par svenska studier [20, 21] har visat att multidisciplinär rehabilitering leder till signifikant minskad sjukfrånvaro jämfört med mer konventionella strategier. Detta gäller särskilt för kvinnor och för personer som varit sjukskrivna i högst 60 dagar, vilket visar vikten av tidig intervention. Studierna indikerar även att individer som får multidisciplinär rehabilitering uppnår bättre livskvalitet. Sammantaget tyder dessa fynd på att multidisciplinär rehabilitering är en kostnadseffektiv strategi.

Ett av hindren för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten av multimodal rehabilitering består i att detta inte är en benämning på en väl definierad intervention.

Slutsatser och framtida forskningsområden

Utgångspunkten för om multimodal rehabilitering ska erbjudas är att smärtan är långvarig, det vill säga att den är ihållande eller intermittent och har varat i mer än tre månader, samt att smärtan är av en sådan dignitet att den i hög grad påverkar patientens dagliga liv. Eftersom patientens aktiva deltagande i teamet är grundläggande i metoden krävs att patienten har potential att genomföra ett aktivt

förändringsarbete. Viktigt är också att patienten inte har någon annan sjukdom eller något annat tillstånd som innebär hinder för att kunna genomgå rehabiliteringsprogrammet.

Den utredning som föregår beslutet om multimodal rehabilitering ska ha genomförts på ett systematiskt sätt, vilket innebär att en strukturerad anamnes har tagits upp, att andra tillstånd som skulle kunna orsaka smärtan (röda flaggor) har uteslutits och screening för psykosociala riskfaktorer (gula flaggor) har genomförts. Vidare ska en bedömning och gradering av smärtans komplexitet ha genomförts enligt en särskild modell som innebär att patienten selekteras till den form av MMR som är mest ändamålsenlig för tillståndet. I utredningen ingår även att erbjuda unimodala åtgärder om det bedöms vara relevant. Likaså är det viktigt att en optimering av farmakologisk behandling har gjorts på ett evidensbaserat sätt.

Krav som ställs på utföraren för att indikation ska föreligga är att ett fast team med flera professioner representerade utför flera synkroniserade åtgärder som hålls samman i ett program. Vidare är en förutsättning att teamet har den kompetens som krävs för att rehabilitera det aktuella smärttillståndet. I bilaga 5 presenteras en algoritm som tar upp ovan nämnda steg.

Vi vet inte i dag vilka behandlingskomponenter som bidrar till effekten av MMR eller vilka andra behandlingar/komponenter som kan läggas till eller varieras för att optimera effekten. Kännedom om vilka processer eller mekanismer i behandlingen som förmedlar förändringen är inte heller kartlagda. Det finns utrymme för ett flertal större forskningsprojekt inom området. Både individens och samhällets kostnader (inte enbart de monetära) blir stora när en person blir sjukskriven på grund av långvarig smärta.

Större resurser för forskning inom området smärtrelaterad multimodal rehabilitering behövs för att kunna säkerställa evidensen. Stora multicenterstudier skulle underlätta design av studier för att utvärdera "doseringen" av multimodal rehabilitering, så kallad *stepped-care*. Det är viktigt att ta reda på vilka patienter som har bäst nytta av olika omfattning av rehabiliteringsåtgärder, och i vilken situation.

Ju mer vi vet genom forskning om omständigheterna hur man bäst kan påverka den enskilda individens situation, desto effektivare blir vården och desto mindre blir det individuella lidandet.

Referenser

1. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2006. Rapport.
2. Rehabilitering vid långvarig smärta, en systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering 2010. Rapport.
3. Turk DC GR. Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. . 2nd ed, editor. New York: The Guilford Press; 2002.
4. Bergman S, Herrström P, Höglström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and socio-demographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol*. 2001 Jun;28(6):1369–77.
5. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*. 1996 May-Jun;65(2–3):123–67.
6. Rekola KE, Keinänen-Kiukaanniemi S, Takala J. Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultations with a physician. *J Epidemiol Community Health*. 1993 Apr;47(2):153–7.
7. Mantyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*. 2001 Jan;89(2–3):175–80.
8. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö-Wrååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain*. 2002;6(5):375–85.
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 Pain*. 2006 May;10(4):287–333.
10. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul;133(4):581–624.
11. Nicholas MK. Pain management in musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008 Jun;22(3):451–70.
12. Turk DC, Dworkin RH, Revicki D, Harding G, Burke LB, Cella D, et al. Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain*. 2008 Jul 15;137(2):276–85.
13. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 May;47(5):670–8.
14. Brown G. The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Occupational Medicine*. 2008;58:447–8.
15. Hockings RL, McAuley JH, Maher CG. A systematic review of the predictive ability of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Spine*. [review]. 2008;33(15):E494–E500.
16. Melloh M, Elfering A, Egli-Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli-Salathé C, et al. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. *International Orthopaedics (SICOT)*. 2009;33:301–13.
17. Grimmer-Somers K, Vipond N, Kumar S, Hall G. A review and critique of assessment instruments for patients with persistent pain. *Journal of Pain Research*. 2009;2:21–47.
18. International Society of Behavioral Medicine (ISBM). Webbadress: <http://www.isbm.info/>.
19. Niemistö L, Rissanen P, Sarna S, Lahtinen-Suopanki T, Lindgren KA, Hurri H. Cost-effectiveness of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain: a prospective randomized trial with 2-year follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 May 15;30(10):1109–15.
20. Jensen IB, Bergström G, Ljungquist T, Bodin L. A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain*. 2005 Jun;115(3):273–83.
21. Jensen IB, Busch H, Bodin L, Hagberg J, Nygren A, Bergström G. Cost effectiveness of two rehabilitation programmes for neck and back pain patients: A seven year follow-up. *Pain*. 2009 Apr;142(3):202–8.
22. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Yellow Flags: The identification and management of psychosocial risk factors in patients with low back pain. *Physical Therapy*. 2011 [Under publicering].

Bilaga 1: Aktivitetsutredning

En aktivitetsutredning fokuserar på de problem patienter har med att utföra aktiviteter på grund av sin smärta. Vanligtvis är det en arbetsterapeut som gör en sådan utredning.

Utredningen

- omfattar enskilda aktiviteter inom områdena arbete, fritid och boende samt olika aktiviteters inbördes samverkan i den vardagliga repertoaren samt aktiviteternas betydelse i ett livssammanhang
- genomförs i samverkan med patienten
- innefattar identifiering av aktivitetsproblem och aktivitetsmål
- genomförs med hjälp av formaliserade och icke-formaliserade bedömningsmetoder
- utgår från och genomförs om möjligt i realistiska sammanhang och situationer, i annat fall i klinisk miljö
- kommuniceras med andra professioner i team och tjänar som underlag till formulering av övergripande mål på delaktighetsnivå.

Utredningen innefattar bedömning av

- smärtans påverkan på aktivitetsutförandet
- underliggande fysisk och psykisk kapacitet
- motoriska färdigheter och processfärdigheter nödvändiga för att utföra aktiviteter som ingår i patientens vardagsliv
- förmåga att kommunicera och interagera relaterat till nödvändiga aktiviteters förutsättningar och krav
- tillvägagångssätt vid utförande av aktiviteter som patienten upplever som problematiska
- omgivningens (fysisk, social och kulturell) inverkan på förmågan och möjligheten att utföra aktiviteter
- aktivitetsrepertoar och aktivitetsmönster i vardagen.

Utredning och bedömningen görs tillsammans med patienten och innebär samverkan vid identifiering av problem och aktivitetsmål som utgångspunkt för förändring och smärtlindring. Bedömningen kommuniceras med de övriga i teamet och därefter formuleras övergripande mål på delaktighetsnivå.

Bilaga 2: Röda flaggor

Innan MMR initieras ingår att ta ställning till om patienten har ett smärttillstånd som beror på allvarliga tillstånd/sjukdomar (röda flaggor) som ska ha en helt annan handläggning än utredning inför och genomförande av MMR. Exempel på sådana tillstånd är t.ex. malignitet, fraktur, diskbräck med cauda equina-symtom, inflammatorisk ledsjukdom (nedan redovisas röda flaggor som kan vara relevanta i detta sammanhang). I vissa fall kan patienten efter utredning och behandling för sin sjukdom/tillstånd vara aktuell för ställningstagande till MMR i ett senare skede.

Ställningstagande/utredning görs vanligtvis av primärvårdens läkare. Man bör tydliggöra för patienten när denna del av utredningen är avklarad och meddela att det inte finns några tecken på allvarlig sjukdom såsom cancer osv. Detta minskar patientens oro, minskar tendenser till omfattande våldsökande på jakt efter orsaken (s.k. *doctor's shopping*) samt ökar motivationen att bli aktiv i sin egen rehabilitering.

Exempel på röda flaggor vid ryggskadad och generaliserade smärtor:

- Ryggsmärta hos barn under 18 år
- Avsevärda smärtor eller smärtdebut efter 55 år
- Våldsamt trauma bakom smärtan
- Konstant eller progredierande smärta under natten
- Bestående svår rörelseinskränkning
- Intensifierad smärta vid minsta rörelse
- Svårigheter att urinera
- Förlust av tonus i analsfinkter eller avföringsinkontinens, sadelanestesi
- Utbredd progredierande motorisk svaghet eller gångstörningar
- Strukturell deformitet
- Tidigare cancersjukdom
- Systemisk cancersjukdom
- Droghmissbruk
- HIV
- Viktförlust
- Allmänt nedgången
- Långvarig hosta (TBC)
- Misstänkt inflammatorisk ledsjukdom (Bechterew)
- Gradvis insättande sjukdom efter 40 års ålder
- Markant morgonstelhet
- Ihållande rörelseinskränkning
- Perifera leder angripna
- Irit, hudutslag, kolit, utsöndring från urinröret
- Ärftlighet
- Polymyosit – röd flagga?
- Polymyalgia rheumatika – röd flagga?
- Thyroideastörningar – röd flagga?
- B12-/folsyrabrist – röd flagga?
- Kroniskt trötthetssyndrom – röd flagga?
- Gravare depression – röd flagga?
- Omfattande ångesttillstånd – röd flagga?

(Huvudsakliga källor: PM från ortopedkliniken, Linköping och Vårdprocessprogram för generaliserad smärta, Landstinget i Östergötland)

Bilaga 3: Psykosociala faktorer

Gula flaggor

Gula flaggor är en benämning på psykologiska faktorer som vid långvarig smärta kan störa patientens återgång till ett normalt liv. Att de kallas "gula flaggor" syftar även på att de ska betraktas som varningssignaler, alltså att det finns risk att patienten utvecklar ett långvarigt problem eller att det redan är ett faktum som måste hanteras.

Psykologiska faktorer kan påverka hur ett smärtproblem upplevs men inte minst bidra till utvecklingen av långvariga funktionsnedsättningar. Som exempel kan oro och negativa tankar leda till att man undviker vissa rörelser, vilket i sin tur förhindrar läkning och bidrar till funktionsproblem. I tabell 1 ges en översikt av gula flaggor enligt olika evidenssamlingar [1, 2].

Tabell 1. Beskrivning av gula flaggor

Faktor	Beskrivning	Specifika områden
Självupplevd nedsatt funktionsförmåga	Hög nivå av upplevd funktionsnedsättning ökar risken för långvarig dysfunktion och smärta	Vardagsaktiviteter
Rädsla–undvikandeföreställningar och kognition	Rädsla för rörelse, katastroftankar och tron att det blir ett dåligt utfall ökar risken för funktionsnedsättning	Rädsla, katastroftankar
Smärta	Hög skattning av smärtintensitet ökar risken för långvariga problem	Hög intensitet Duration
Negativ affekt	Höga nivåer av negativ affekt ökar risken för långvarig dysfunktion och smärta	Nedstämdhet Ångest Oro
Förväntan att bli återställd	Tron att man kommer att få betydande framtida smärtproblem är förknippad med en ökad risk för dysfunktion och smärta	Förväntan att kunna återgå till normal sysselsättning Förväntan att smärtan blir långvarig
Psykosocial arbetsmiljö	Upplevelse att den psykosociala arbetsmiljön är bristfällig eller att arbetet är skadligt ökar risken för funktionsnedsättning och smärtproblem	Tillskrivning av problemet till en dålig arbetsmiljö Låg arbetstillfredsställelse Rädsla att det blir problematiskt att återgå till arbete

Psykosociala gula flaggor kan både mätas med validerade frågeformulär och fångas i anamnesen. Frågeformulären är väsentliga då anamnes tar tid och har låg sensitivitet. Ett frågeformulär ger ett generellt mått på risken och kan bidra till fördjupad kartläggning av relevanta psykosociala faktorer.

Screening

En första screening av gula flaggor kan genomföras med hjälp av frågeformulär som till exempel Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, vilket har validerats [3–6]. Syftet är att så tidigt som möjligt identifiera de patienter som har stor risk för att utveckla en långvarig funktionsnedsättning. Frågorna från formuläret finns i tabell 2 och dessa täcker de olika psykosociala områdena. Patienten tar ställning till frågorna genom skattningsskalor från 0 till 10. Högre poäng är förknippad med framtida funktionsnedsättning och sjukskrivning. Screening är en tidig och grov sorteringsmetod som kan vara till hjälp för att identifiera de patienter som är i behov av multimodal rehabilitering.

Tabell 2. Frågor om gula flaggor i Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. Dessa besvaras med olika skattningsskalor (0–10).

1. Vilket år föddes Du? (ej i poängberäkning)
2. Är Du (Man / Kvinna) (ej i poängberäkning)
3. Är Du född i Sverige? (ej i poängberäkning)
4. Vad är Din huvudsakliga sysselsättning? (ej i poängberäkning)
5. Var har Du besvär?
6. Hur många dagar har Du varit sjukskriven de senaste 12 månaderna p.g.a. Dina besvär?
7. Hur länge har Du lidit av Ditt nuvarande besvär?
8. Är Ditt arbete tungt eller monotont?
9. Hur mycket smärta har Du haft under den senaste veckan?
10. Hur ont har Du haft i genomsnitt under de senaste 3 månaderna?
11. Hur ofta har Du i genomsnitt haft ont under de 3 senaste månaderna?
12. Med tanke på det Du gör under en genomsnittlig dag för att hantera eller klara av Din smärta, hur stora är Dina möjligheter att minska den?

13. Hur spänd eller stressad har Du känt Dig den senaste veckan?
14. I vilken utsträckning har Du känt Dig nedstämd den senaste veckan?
15. Som Du upplever det själv, hur stor är risken att Ditt nuvarande tillstånd kan bli långvarigt?
16. Hur stor chans tror Du att Du har att kunna arbeta om 6 månader?
17. Om Du tar hänsyn till Dina arbetsuppgifter, arbetsbelastning, arbetsledning, lön, utvecklingsmöjligheter och arbetskamrater, hur nöjd är Du med Ditt arbete?
18. Smärtan ökar vid fysisk aktivitet
19. Om besvären ökar är det en signal om att jag bör sluta med det jag håller på med tills besvären minskar
20. Jag bör inte utföra normala aktiviteter eller arbeten med den smärta jag har för närvarande
21. Jag kan utföra lättare arbete under en timme
22. Jag kan gå i en timme
23. Jag kan utföra vanligt hushållsarbete
24. Jag kan utföra veckoinköpen
25. Jag kan sova på natten

Psykologisk utredning

De patienter som identifieras i screeningen av gula flaggor förtjänar en mera ingående psykologisk utredning. Syftet är att kunna göra en bedömning av de gula flaggorna. Denna utredning är till hjälp för att fastställa indikationer för MMR, men är även viktig för individuell planering och anpassning av MMR. Utredningen kan genomföras med hjälp av frågeformulär och intervju. I tabell 3 ges exempel på hur en utredning kan se ut.

*Tabell 3. Exempel på frågeformulär och intervjufrågor som kan vara lämpliga i en utredning. Dessa är baserade på en systematisk översikt**

Faktor	Exempel på utredningsmetod
Självskattad nedsatt funktionsförmåga	Pain Disability Index; Functional Abilities Confidence Scale samt fem frågor från Örebro MPSQ. Frågeformulären ger information om allmän upplevd funktion. Intervjufrågor kan beröra både nivån av nedsatt funktion men framför allt patientens syn på orsaken och samband med andra faktorer.
Rädsla–undvikande-föreställningar och kognition	Pain Catastrophizing Scale, Tampa Scale of Kinesiophobia och Fear-avoidance Beliefs Questionnaire ger inblick i patientens föreställningar. Intervjufrågor kan penetrera sambandet mellan tankar och beteende.
Smärta	Numeric Rating Scales, Visual Analogue Scales och Verbal Rating Scales kan användas för att få en uppskattning av smärtintensitet. Intervjun berör upplevelsen av smärta.
Negativ affekt	Hospital Anxiety and Depression Scale, Kessler Psychological Distress Scale, Center for Epidemiological Studies Depression Scale är till hjälp i att bedöma negativ affekt. Intervjun används till exempel till att undersöka sambandet mellan negativ affekt och funktionsnedsättning.
Förväntan att bli återställd	Två frågor från Örebro MPSQ berör förväntan att bli återställd. Pain Self-Efficacy Questionnaire ger mått på patientens självkänsla rörande aktiviteter. Intervjun kan penetrera varför patienten förväntar sig ett visst utfall.
Psykosocial arbetsmiljö	Occupational Role Questionnaire. Work Limitations Questionnaire. Intervjun kan penetrera förhållanden på arbetsplatsen inklusive föreställningar om återgång till arbete och kommunikation med medarbetare och överordnande.

*Frågeformulären är valda enligt rekommendationer från systematiska översikter [6, 7]. De nämns som exempel på lämpliga instrument och inte som krav. Flera instrument nämns under varje faktor för att belysa valmöjligheten, men man behöver inte använda sig av alla i en utredning.

Referenser till bilaga 3

- Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Yellow Flags: The identification and management of psychosocial risk factors in patients with low back pain. Physical Therapy. 2011 [Under publicering].
- Persistent pain assessment instruments: A compendium. Accident Compensation Corporation, 2008.
- Hockings RL, McAuley JH, Maher CG. A systematic review of the predictive ability of the Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Spine. [review]. 2008;33(15):E494–E500.
- Brown G. The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Occupational Medicine. 2008;58:447–8.
- Melloh M, Elfering A, Egli-Presland C, Roeder C, Barz T, Rolli-Salathé C, et al. Identification of prognostic factors for chronicity in patients with low back pain: a review of screening instruments. International Orthopaedics (SICOT). 2009;33:301–13.
- Grimmer-Somers K, Vipond N, Kumar S, Hall G. A review and critique of assessment instruments for patients with persistent pain. Journal of Pain Research. 2009;2:21–47.
- Accident Compensation Corporation A. Persistent pain assessment instruments: A compendium. Corporation AC, 2008.

Bilaga 4: Frågor om individens förväntningar och potential för förändringsarbete före rehabilitering

Det finns ofta ett antal hinder som personen möter när han/hon ska förändra sitt sätt att hantera smärtrelaterade situationer/problem. Rehabilitering är effektivast om den är skraddarsydd, bland annat enligt individens potential för förändring. För att undersöka individens förändringspotential samt dennes förväntningar kring rehabilitering kan man ställa ett antal frågor. Man kan ställa dessa frågor till exempel i ett informationsbrev om rehabilitering.

Det finns inga "rätta" svar, utan svaren ska vara ett diskussionsunderlag mellan patienten och teamet i utredningsfasen.

1. Hur beredd är du att genomföra förändringar angående din situation på en skala från 0 till 10 där 0 betyder inte alls beredd och 10 betyder beredd.	
Inte alls beredd	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beredd
2. Att göra en förändring kan vara olika viktigt, olika angeläget. På en skala 0–10 där 0 betyder inte alls viktigt och 10 betyder mycket viktigt, hur viktigt tycker du det är att ändra din situation?	
Inte alls viktigt	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket viktigt
3. Hur säker är du på din förmåga att genomföra rehabiliteringen / förändringen? Skalan är från 0 till 10 där 0 betyder inte alls säker och 10 betyder att du är mycket säker på din förmåga att klara det?	
Inte alls säker	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket säker
4. I vilken utsträckning förväntar du dig att rehabilitering förbättrar din situation? Skalan är från 0–10 där 0 innebär att situationen inte förbättras alls och 10 att du blir helt återställd.	
Ingen förbättring	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Helt återställd

Referenser som ger stöd för att använda sig av framför allt förändringsstadiefrågor:

Robert D. Kerns, Julie Wagner, Roberta Rosenberg, Jennifer Haythornthwaite, Margaret Caudill-Slosberg. Identification of subgroups of persons with chronic pain based on profiles on the pain stages of change questionnaire. *Pain* 116 (2005) 302–310

Robert D. Kerns, Roberta Rosenberg. Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the pain stages of change model. *Pain* 84 (2000) 49ff55

Zara J. Whysall, Cheryl Haslam, & Roger Haslam. Developing the Stage of Change Approach for the Reduction of Work-related Musculoskeletal Disorders. *Journal of Health Psychology* (2007) Vol 12(1) 184–197

Beth Glenn and JohnW. Burns. Pain Self-Management in the Process and Outcome of Multidisciplinary Treatment of Chronic Pain: Evaluation of a Stage of Change Model. *Journal of Behavioral Medicine*, (2003) Vol. 26, No. 5, 417–433.

Stefanie Zenker, Michael Petraschka, Michael Schenk, Anett Reißhauer, Tanja Newie, Kai Hermanns, Klaus-Dieter Wernecke, and Claudia Spies. Adjustment to Chronic Pain in Back Pain Patients Classified According to the Motivational Stages of Chronic Pain Management. *The Journal of Pain*, Vol 7, No 6 (June), 2006: pp 417–427

Carsten Maurischat, Martin Härter, Robert D. Kerns, Jürgen Bengel. Further support for the pain stages of change model: Suggestions for improved measurement. *European Journal of Pain* 10 (2006) 41–49.

John W. Burns, Beth Glenn, Ken Lofland, Stephen Bruehl, R. Norman Harden. Stages of change in readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the moderating role of early-treatment stage progression in predicting outcome. *Pain* 115 (2005) 322–331.

Rollnick S., Mason P. & Butler C. (1999). *Health behaviour change. A guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bilaga 5: Algoritmer och variabler för bedömning

I. Har patienten långvarig smärta (minst 3 månaders duration) eller ofta återkommande smärta som påtagligt stör patientens liv i vid bemärkelse (t.ex. sömn, arbetsförmåga, fritid, livskvalitet)?

Nej ☐ Om Nej, ej aktuell för multimodal rehabilitering

Ja ☐ Om Ja, gå vidare nedan!

II. Har röda flaggor uteslutits (för exempel se bilaga 2)?

Nej ☐ Om nej, utred!

Ja ☐ Om Ja, gå vidare nedan!

III. Är patienten optimalt medicinerad enligt evidens/riktlinjer alternativt har prövat utan framgång?

Nej ☐ Om nej, justera medicineringen! Gå till nästa fråga!

Ja ☐ Om Ja, gå till nästa fråga.

IV. Har patienten erbjudits och genomgått unimodal icke-farmakologisk behandling?

Nej ☐ Om nej, pröva detta om rimlig chans till förbättring föreligger!

Ja, ☐ med uttalat positiva resultat → erbjud fortsatt insatt behandling

Ja ☐ men utan påtagliga resultat → gå vidare till punkt V.

V. Screening av gula flaggor enligt Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire

< 90 – troligen ej aktuell för MMR

90–105 följs upp – kan vara aktuell efter utredning (enligt VI nedan) eller i senare skede

>105 – utred ytterligare (enligt VI nedan)

VI. Ytterligare utredning

- Utredning av ångestsymtom (klinisk värdering inkl. ångestskalan av HAD¹)
- Utredning av depressionssymtom (klinisk värdering inkl. depressionsskalan av HAD²)
- Utredning av katastroftankar (klinisk värdering inkl. katastrofinstrumentet PCS³)
- Utredning av undvikande beteende (klinisk värdering inkl. instrumentet FABQ⁴)

Indikation för MMR1 föreligger vid låga till måttliga nivåer av:

1. negativ affekt (nedstämdhet, oro/ångest)

eller

2. rädsla–undvikande-tankar eller -beteende (katastroftankar; undvikande)

Gå vidare till nästa fråga (VII)!

¹ Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD

² Hospital Anxiety and Depression Scale; HAD

³ Pain Catastrophizing Scale; PCS

⁴ Fear-avoidance Beliefs Questionnaire; FABQ

Indikation för MMR2 föreligger vid starkt förhöjda nivåer av:

1. negativ affekt (nedstämdhet, oro/ångest)
eller
2. rädsla–undvikande (rädsla, undvikande beteende)

Gå vidare till nästa fråga (VII)!

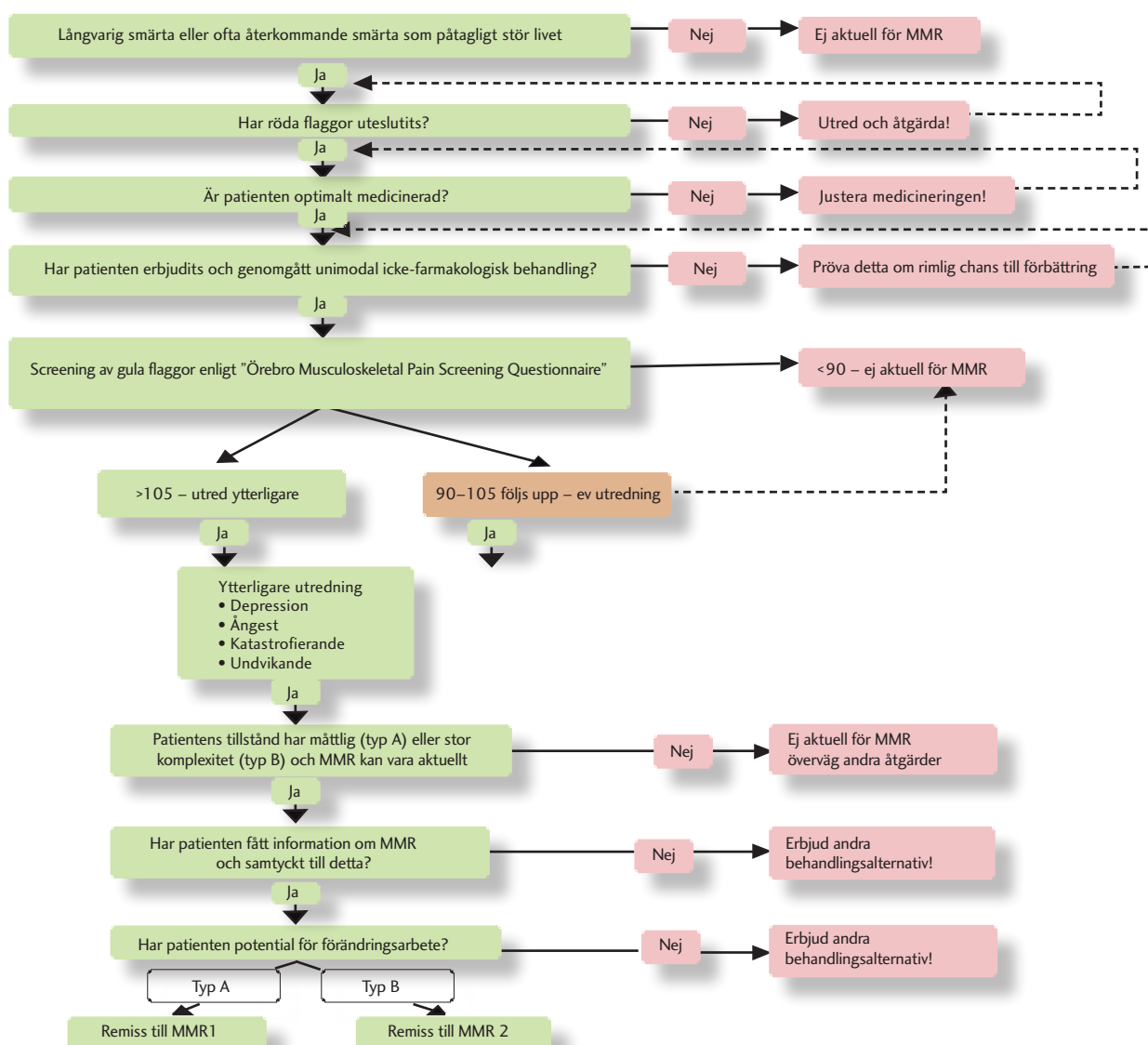
Kommentar: Om extremt höga värden på Va-d: överväg psykiatrisk behandling/remittering om resultatet överensstämmer med den kliniska bilden.

VII. Har patienten fått information om vad den aktuella multimodala rehabiliteringsnivån (MMR1 eller MMR2) innebär och samtyckt till detta?

- Nej ☐ Om nej, erbjud andra behandlingsalternativ!
- Ja ☐ Om Ja, gå till nästa fråga

VIII. Har patienten potential för förändringsarbete (se bilaga 3)

- Nej ☐ Om nej, erbjud andra behandlingsalternativ!
- Ja ☐ Om Ja, skriv remiss till MMR1 eller MMR2



Nationella medicinska indikationer

Projektet Nationella medicinska indikationer har drivits i samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska Läkaresällskapet, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering, med finansiering från Socialdepartementet.

Projektets syfte har varit att utveckla beslutsstöd i form av nationella indikationer för åtgärder inom vård och omsorg. Arbetet har genomförts i samverkan med vårdens professioner.

Denna rapport är en del i detta utvecklingsarbete, som har utmynnat i ett förslag till process och organisation för att i en fortlöpande verksamhet ta fram och uppdatera nationella indikationer inom vården. En sådan verksamhet kommer att byggas upp inom Socialstyrelsen.



Svenska
Läkaresällskapet



Sveriges
Kommuner
och Landsting



Socialstyrelsen

