

NATIONELLA REGISTRET ÖVER SMÄRTREHABILITERING

Smärtrehabilitering Rapport 2022:2

Årsrapport 2021 del 2

Patienter med uppföljning 2021 ett år efter avslut av rehabilitering 2020

Utgiven 2022-06-01

**Nationella Registret
över
Smärtrehabilitering**

Registerhållare och styrgruppen för NRS (Nationella Registret över Smärtrehabilitering) vill tacka deltagande sjukhus, vårdenheter, ansvariga chefer och kontaktpersoner samt all personal som engagerat sig i enheterna för att samla in och registrera data till registret. Deras insatser ligger till grund för det material som beskrivs i denna rapport och som har för avsikt att användas för att förbättra verksamheten.

© NRS - **Nationella Registret över Smärtrehabilitering**

Ansvarig utgivare – Marcelo Rivano Fischer, Registerhållare

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	3
UPPFÖLJNING 2021, 1 ÅR EFTER AVSLUTAD REHABILITERING 2020	4
GLOBALA HÄLSOFÖRÄNDRINGAR VID UPPFÖLJNING 2021	4
Förändrad hantering av livssituationen och smärtupplevelse efter rehabilitering	4
Förändrat hälsotillstånd efter rehabilitering	5
ÖVRIGA FÖRÄNDRINGAR VID UPPFÖLJNING 2020	6
Förändringar relaterade till arbetsliv och ersättning från Försäkringskassan.....	6
Förändringar i frekvens sjukvårdsbesök året innan och året efter MMR.....	10
Förändringar i psykisk mående och katastroftankar kring smärta.....	10
Förändringar i aktivitet, funktion och hälsorelaterad livskvalitet.....	14
Case-Mix: I arbete vid uppföljning, vid hög eller låg antal läkarbesök.....	18
Case-Mix: Smärta, katastrofiering och arbetsförmåga året efter MMRsv vid hög och låg HAD initialt	19
Effektstorlek av förändringar.....	20
Patientförändringar vid uppföljning per antal frågeformulär	22
Bortfallsanalys	23
SAMMANFATTNING.....	25
FIGURER OCH TABELLER	26

UPPFÖLJNING 2021, 1 ÅR EFTER AVSLUTAD REHABILITERING 2020

I rapporten ingår data om 1283 patienter, varav 214 patienter som 2020 genomgått multimodal rehabilitering inom primärvård (MMRpv) och 1788 patienter som 2020 klarmarkerades i registret som patienter som genomgått multimodal rehabilitering inom specialistvård varav 1069 svarat på alla tre mättillfällen (MMRsv). Med tanke på att 2021 andra året då pandemin belastade sjukvården är en genomsnittlig svarsfrekvens vid ettårsuppföljningen på 60% en bra uppnådd andel.

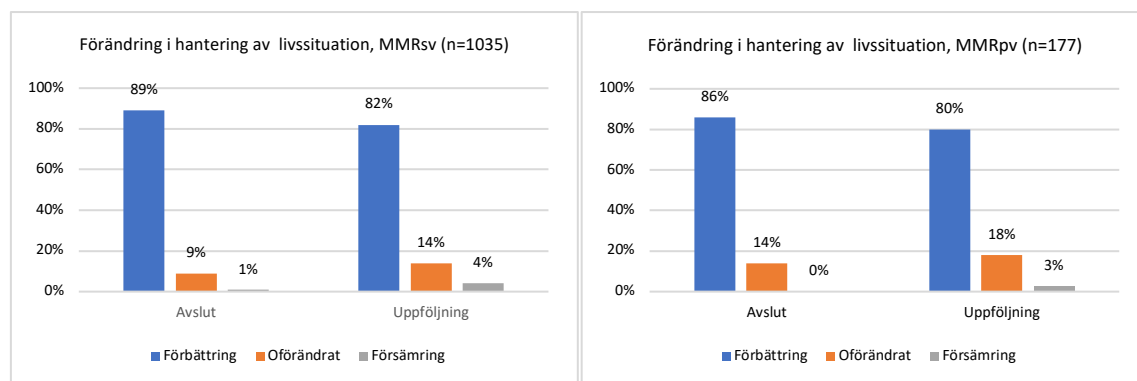
I rapporten ingår enbart registreringar där svar finns vid alla tre mätpunkterna (före rehabilitering, vid avslutad rehabilitering och vid ettårsuppföljning av MMR under 2021).

GLOBALA HÄLSOFÖRÄNDRINGAR VID UPPFÖLJNING 2021

Upplevelsen av hälsotillstånd består av många aspekter och kan mätas med olika instrument som fokuserar på specifika hälsoaspekter eller med hjälp av globala hälsofrågor. Nedan presenteras patienternas självrapportering av globala förändringar avseende deras livssituation, smärtupplevelse och hälsotillstånd.

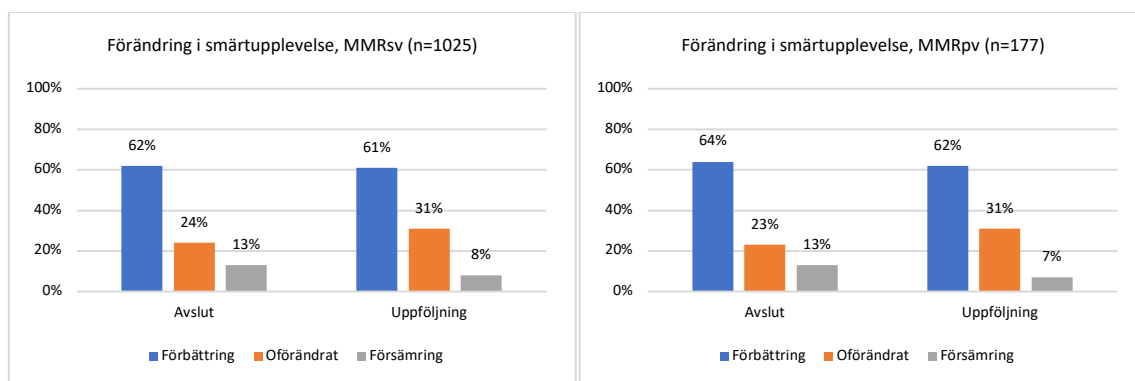
Förändrad hantering av livssituationen och smärtupplevelse efter rehabilitering

En av de viktigaste aspekterna att följa upp efter MMR är om patienternas förmåga att hantera livssituationen i stort har förbättrats efter rehabiliteringsperioden. Nedan presenteras resultat direkt efter avslutad rehabilitering och ett år senare på patienternas svar på frågan om hantering av livssituationen upplevs förbättrad efter MMR eller inte.



Figur 1. Förändring i hantering av livssituationen vid avslut (2020) och ett år efter MMR.

Den absoluta majoriteten av patienterna som genomgår MMR uppger en förbättrad förmåga att hantera livssituationen efter rehabiliteringsperioden. Detta gäller MMR både inom primärvården (86%) och inom specialistvården (89%). Ett år efter avslutad rehabilitering uppger 82% fortsatt en förbättrad hanteringsförmåga (MMRsv) och 80% efter MMRpv.



Figur 2. Förändring i smärtupplevelse vid avslut (2020) och ett år efter MMR.

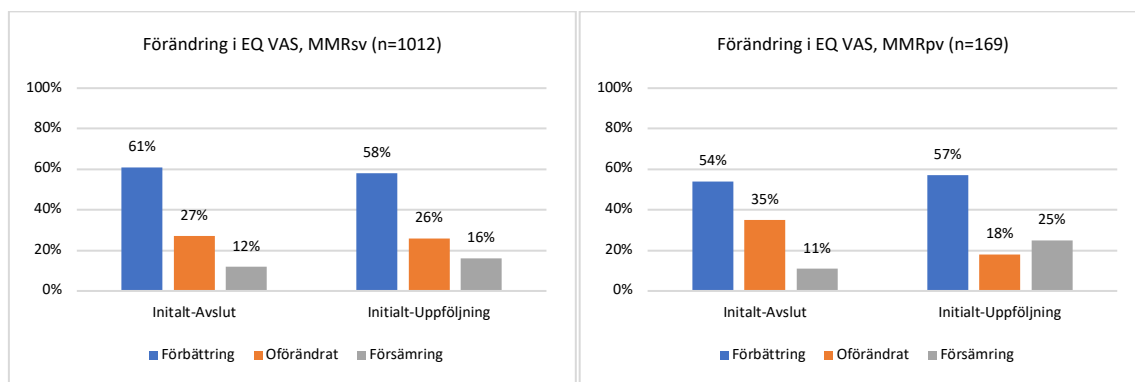
Rehabiliteringsperioden leder till minskad smärtupplevelse, andelen som rapporterar detta efter avslutad rehabilitering ligger på ungefär samma nivå efter ett år och detta gäller för både MMRsv och MMRpv. Antal registreringar inom primärvården är få i jämförelse med registreringar inom specialistvården vilket gör att inga säkra slutsatser kan dras av jämförelser mellan rehabilitering på dessa två vårdnivåer.

Det är en större andel patienter som anger förbättring avseende hantering av livssituationen jämfört med förbättring av smärtupplevelsen. Detta tyder på att livssituationen kan förbättras trots kvarvarande smärtupplevelse.

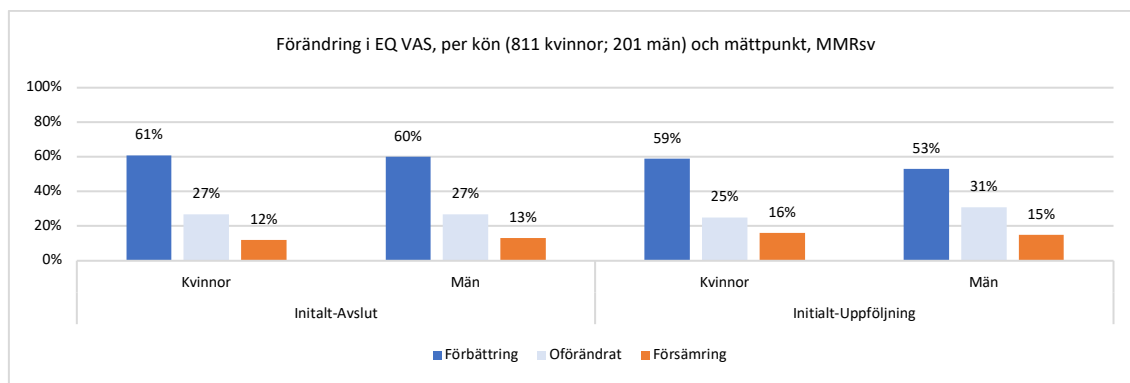
Förändrat hälsotillstånd efter rehabilitering

Instrumentet mäter hälsorelaterad livskvalité via en Hälsobarometer (EQ VAS). EQ VAS har en skala från 0 till 100, i vilken 0 betyder "sämsta tänkbara tillstånd" och 100 "bästa tänkbara tillstånd". Förändringar i EQ VAS definieras: en förändring på 20% eller mer mellan mätpunkterna.

Hälsobarometern ger ett svar på hur patienterna upplever sitt nuvarande hälsotillstånd och en stor andel av patienterna (54-61%) beskriver ett bättre hälsotillstånd vid avslut av MMR. Ett resultat som bibehålls ett år efter avslut (57%-58%). MMRpv har ökat andelen förbättringar efter ett år något mer än MMRsv, skillnaden kan bero på skillnader i svårighetsgrad från början, men också på att vi jämför två grupper som skiljer sig markant i antal.



Figur 3. Förändring i hälsotillståndet (EQ VAS) vid avslut (2020) och ett år efter MMR.



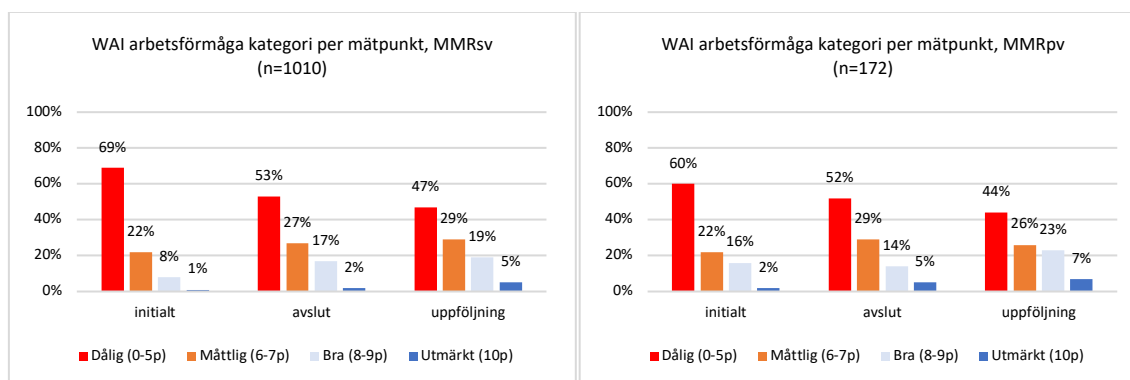
Figur 4. Förändring i hälsotillståndet (EQ VAS) vid avslut (2020) och ett år efter MMR per kön.

Förbättringen i upplevt hälsotillstånd är lika stor för män och kvinnor vid avslut, men ett år efter MMRsv bibehålls kvinnornas förbättring medan 7% av männen rapporterar att förbättringen har minskat. Här kan man på enhetsnivå fördjupa sina analyser avseende andelen män som inte behåller ett förbättrat hälsotillstånd på längre sikt. Det kan vara av värde att analysera initial nivå av funktionshinder för grupperna samt ha diskussioner kring riktade uppföljningar och/eller modifieringar i programinnehållet.

ÖVRIGA FÖRÄNDRINGAR VID UPPFÖLJNING 2020

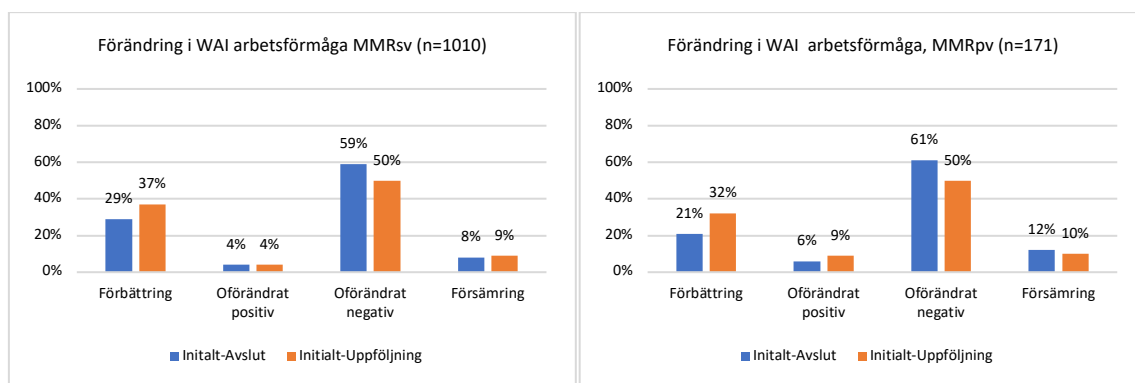
Förändringar relaterade till arbetsliv och ersättning från Försäkringskassan

Patienterna skattar sin egen arbetsförmåga med mätinstrumentet WAI (Work Ability Index). I NRS används fråga 7 från WAI: "Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga?". Patienterna skattar på en skala 0–10 där 10 är bäst. Utifrån svaret på denna fråga klassificeras arbetsförmåga i: dålig (0–5, kategori 1), måttlig (6–7, kategori 2), bra (8–9, kategori 3) eller utmärkt (10, kategori 4). Fråga 7 har visat sig vara valid och reliabel i jämförelse med när hela WAI används (<http://fhvmetodik.se/svenska-wai-natverket/>). Förändring definieras på följande sätt: patienten flyttar sig till en lägre kategori = försämring, patienten flyttar sig till en högre kategori = förbättring, patienten är kvar i kategori 1 = oförändrat negativ, patienten är kvar i en av kategori 2, 3 eller 4 = oförändrat positiv.



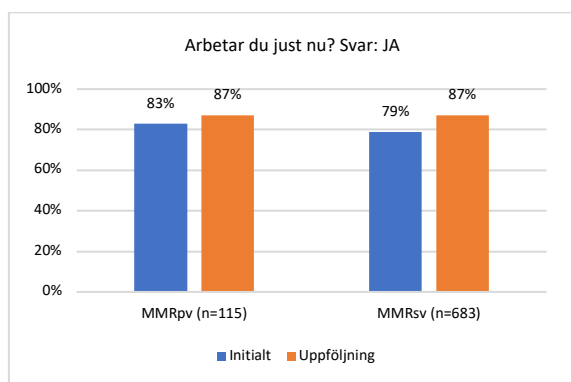
Figur 5. Förändring i arbetsförmåga (WAI) per kategori och mättpunkt med avslut 2019.

Före rehabilitering rapporterar 69% (MMRsv) respektive 60% (MMRpv) av patienterna att de har en dålig ”nuvarande arbetsförmåga” i relation till när deras arbetsförmåga var som allra bäst. Detta visar att rehabiliteringsprogrammen både inom specialistvården och primärvården har en viktig uppgift avseende utveckling av arbetsinriktade åtgärder av olika slag. Vi ser också att gruppen med ”dålig” värdering av sin nuvarande arbetsförmåga är den grupp med störst andel positiva förändringar. Detta tyder på att MMR med framgång hjälper till att förbättra patienternas värdering av den egna förmågan avseende arbete. Vidare, förbättringen på 16%-8% vid avslut ökar ett år efter avslutad rehabilitering till 22%-16%. Detta understryker betydelsen av att titta på utfallet avseende arbetsförmåga på längre sikt än enbart efter avslut.



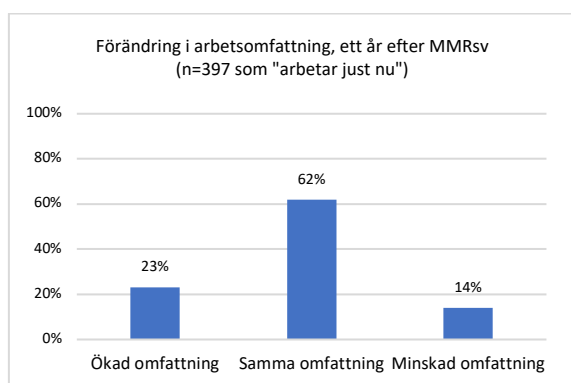
Figur 6. Förändring i arbetsförmåga (WAI) vid avslut (2020) och ett år efter MMR.

Andelen som skattar ”dålig” arbetsförmåga minskar från före till efter rehab och minskar sedan ytterligare med ca 10% ett år senare, både i primärvården och specialistvården. Vi ser att för patienterna i primärvården skattas arbetsförmågan något bättre jämfört med specialistvården innan rehabiliteringen startar. Skillnaden i skattningen av arbetsförmågan före rehabilitering kan återspegla en adekvat bedömning av patienternas svårigheter, dvs att patienter med större svårigheter remitteras till specialistvården.



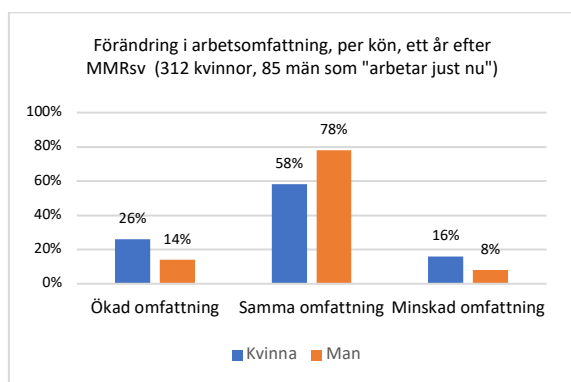
Figur 7. Förändring i andel patienter som svarat att de arbetar ”just nu”, initialt och ett år efter MMR.

Andelen patienter som rapporterar att de är i arbete ”just nu” ökar ett år efter avslutad rehabilitering jämfört med före rehabilitering. (Figur 7). Andelen som är i arbete före rehabilitering är högre i primärvården. Det kan inte uteslutas att pandemin påverkat, och då sannolikt minskat, andelen som är i arbete 2021.



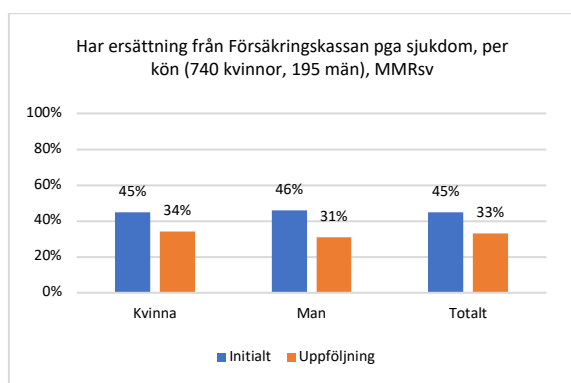
Figur 8. Förändring i arbetsomfattning avseende patienter som uppger att de arbetar ett år efter avslutad MMRsv.

Patienter i specialistvården som rapporterar en ökning i arbetsomfattning ett år efter rehabilitering är betydligt fler än patienter som rapporterar en minskning i arbetsomfattning. Mer än hälften (62%) behåller den arbetsomfattning de hade före rehabiliteringen (Figur 8). Till skillnad från frågan i WAI är svaren i denna fråga även relaterad till andra yttre faktorer som t ex arbetstillgång.



Figur 9. Förändring i arbetsomfattning avseende kvinnor och män som uppger att de arbetar ett år efter MMRsv.

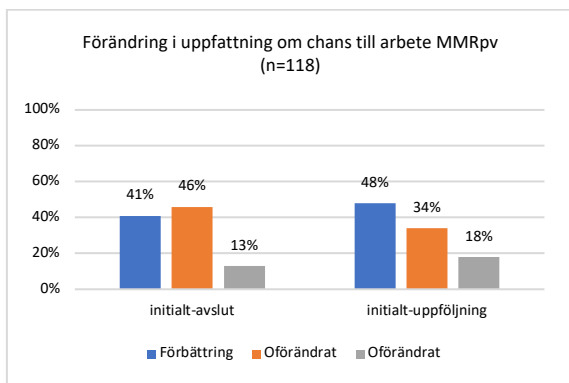
Fler kvinnor (26%) än män (14%) rapporterar en ökning i arbetsomfattning ett år efter rehabilitering. Fler män (än kvinnor) rapporterar samma arbetsomfattning före som ett år efter rehabiliteringen och en något mindre andel män än kvinnor rapporterar att de arbetar i mindre omfattning ett år efter rehabiliteringen (Figur 9). Även här kan pandemin ha haft en inverkan.



Figur 10. Ersättning från Försäkringskassan pga sjukdom, per kön och mätpunkt, MMRsv.

Andel patienter som har ersättning från Försäkringskassan ett år efter rehabilitering minskar med 12%. En viss skillnad i minskning av ersättningen från Försäkringskassan ett år efter rehabilitering mellan kvinnor (11%) och män (15%) kunde konstateras (Figur 10).

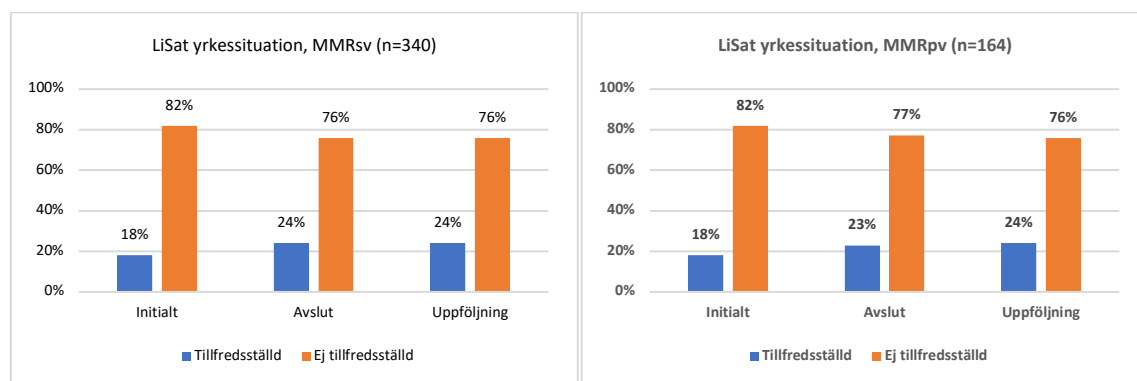
Det ser ut som att cirka en fjärdedel av kvinnorna men färre av männen ett år efter rehabiliteringen har börjat arbeta i ökad omfattning. Vidare visar rapporteringen att andelen som inte längre har ersättning från Försäkringskassan ökat från 55% före rehabilitering till 67% ett år efter rehabiliteringen.



Andelen som skattar att deras chans att arbeta efter 6 månader har ökat med 7% (från 41% till 48%) mellan avslut och ettårsuppföljningen i primärvården (Figur 11)

Figur 11. Förändring i bedömning om möjlighet till arbete om 6 månader, vid avslut (2020) och ett år efter, MMRpv.

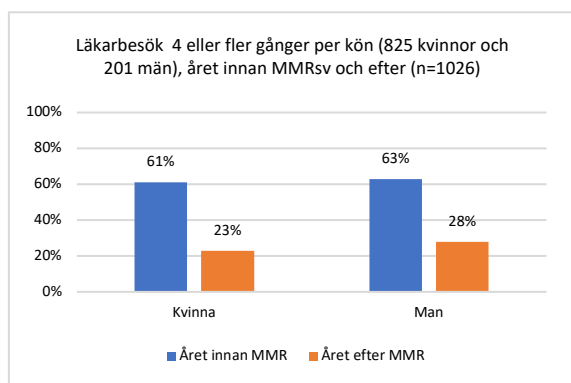
LiSat-11 innehåller 11 frågor. Här redovisas en av dessa frågor. LiSat avser att mäta patientens tillfredsställelse med sitt liv i stort. Svaren anges på en sex-gradig skala från 1 till 6 poäng, där sex motsvarar mycket tillfredsställande. Förändringar definieras enligt följande: förbättring betyder att skattningen ändras från 4p eller lägre vid första mätpunkten till 5p eller 6p vid andra mätpunkten. Oförändrat positivt betyder att skattningen ligger över 4p vid båda mätpunkterna. Oförändrat negativt betyder att skattningen ligger lägre än 5p vid båda mätpunkterna. Försämring betyder att skattningen ändras från 5p eller 6p vid första mätpunkten till 4p eller lägre vid andra mätpunkten.



Figur 12. Förändring i tillfredsställelse med yrkessituationen (LiSat) per mätpunkt, med avslut 2020.

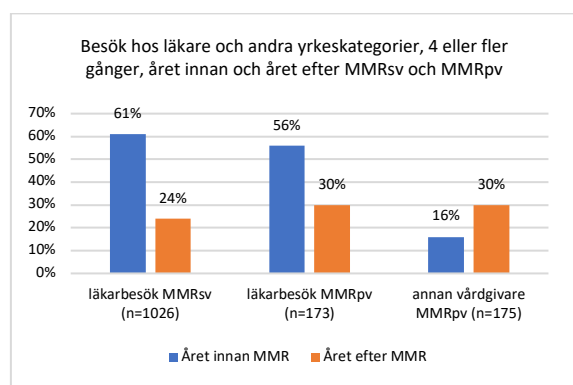
Andelen som skattar att de är tillfredsställda med sin arbetssituation förbättras något från initialt till avslut och håller sig stabilt från avslut till uppföljning, både inom primärvården och specialistvården, även om tillfredsställelse med arbetssituationen ligger på låga nivåer. Här kan vi dock notera att en stor andel av patienter med långvarig smärta inte är tillfredsställda med sin yrkessituation, detta gäller både för patienter inom primärvård och specialistvård.

Förändringar i frekvens sjukvårdsbesök året innan och året efter MMR



Figur 13. Förändring i läkarbesök per kön, året innan och året efter MMRsv med avslut 2020.

Efter deltagande i rehabilitering kan vi se att andelen som söker läkare 4 eller fler gånger minskar för både män och kvinnor i specialistvården (Figur 13). Andelen med många läkarbesök är också högre i specialistvården jämfört med primärvården. Något som ytterligare stödjer tanken om att patienter i stort slussas till rätt vårdnivå (Figur 14).



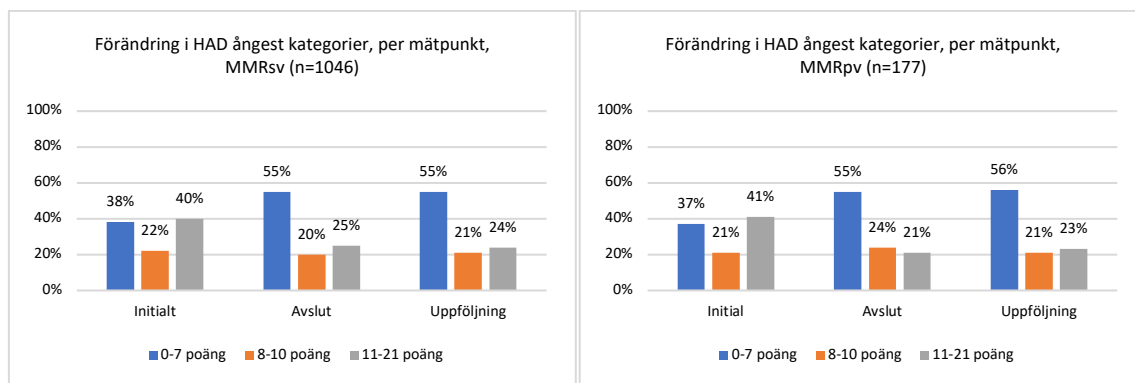
Figur 14. Förändring i sjukvårdsbesök, året innan och året efter MMR med avslut 2020.

I primärvården ser vi att andelen som söker andra vårdgivare än läkare, 4 eller fler gånger, ökar ett år efter rehabilitering i jämförelse med året före rehabilitering (Figur 14), i motsats till tidigare år. Detta kan innebära att patienter efter MMRpv i större omfattning sökte andra yrkeskategorier än läkare under pandemin.

Figureerna 13-14 visar viktiga resultat som innebär en minskad belastning på vården och en samhällsekonomisk vinst som sker efter MMR.

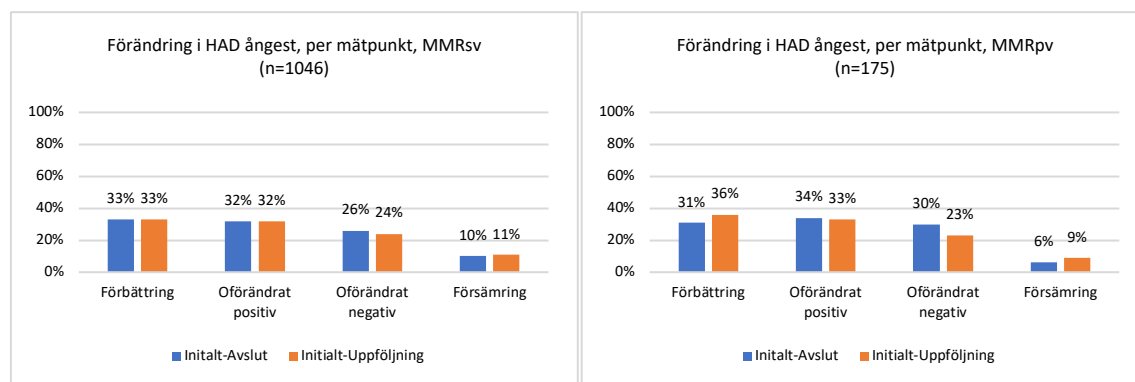
Förändringar i psykisk mående och katastroftankar kring smärta

HAD är ett självskattningsformulär som avser att mäta grad av ångest och depression hos patienter inom somatisk vård. HAD består av 14 frågor som ger svar på 2 delskalor: 1) Ångest/oro. Poäng summeras och kan grupperas i 3 kategorier som pekar på svårighetsgrad: 0-7p indikerar liten risk; 8-10p indikerar risk; 11-21p indikerar sannolik risk ångest/oro. 2) Depressivitet/nedstämdhet. Poäng summeras och kan grupperas som ovan. Förändringar definieras enligt följande. Förbättring innebär att skattningen ändras från en "svårare" till en "lättare" kategori vid andra mätpunkten. Oförändrat positivt innebär att skattningen ligger kvar i den "lättaste" kategorin (0-7p) vid båda mätpunkterna. Oförändrat negativt innebär att skattningen ligger kvar i samma kategori (8-10p eller 11-21p) med risk eller sannolik risk för ångest/depression vid andra mätpunkten. Försämring innebär att skattningen ändras från en "lättare" till en "svårare" kategori vid andra mätpunkten.

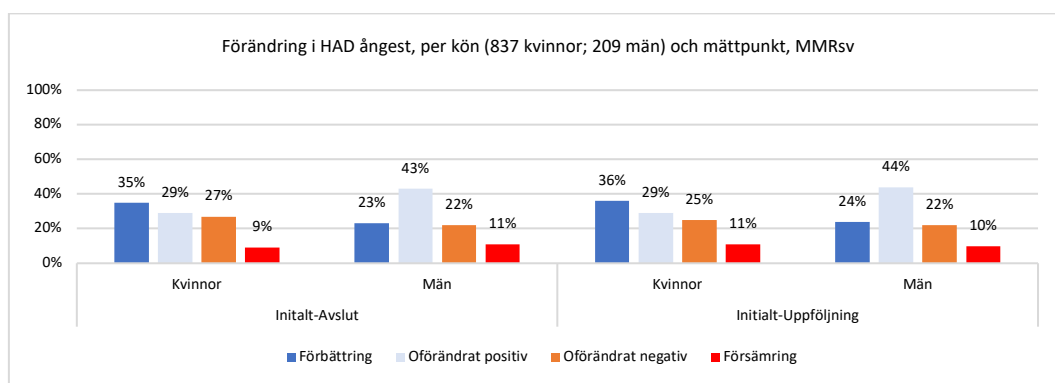


Figur 15. Förändring i ångest (HAD) kategorier per mätpunkt, med avslut 2020.

Psykisk påverkan, t ex symptom på ångest och depression, är vanligt hos patienter med långvarig smärta. Förekomst och förändring av ångest skiljer sig inte speciellt mycket åt mellan primärvård och specialistvård. En betydande andel har hög ångest innan rehabilitering, den andelen minskar och kvarstår lägre vid ettårsuppföljningen (Figureerna 15-16).

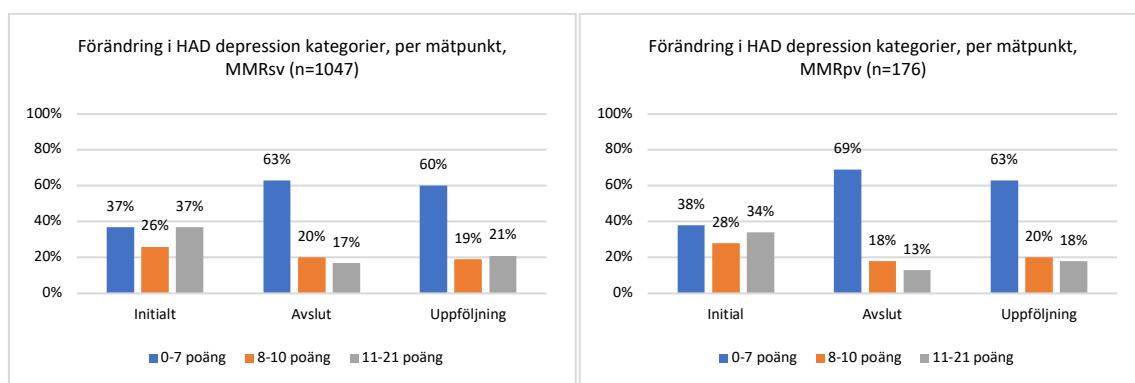


Figur 16. Förändring i ångest (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.



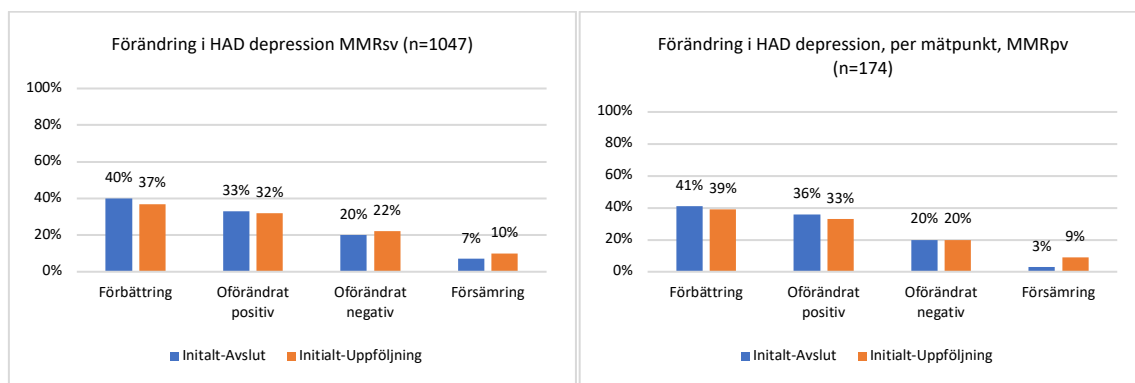
Figur 17. Förändring i ångest (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.

Förbättringar av ångestrelaterade symptom är stabil över tid från avslut till ettårs uppföljning hos båda könen. Något mer än en tredjedel av kvinnorna och något färre av männen förbättras, dock har större andel av männen inga symptom på ångest innan rehabilitering.

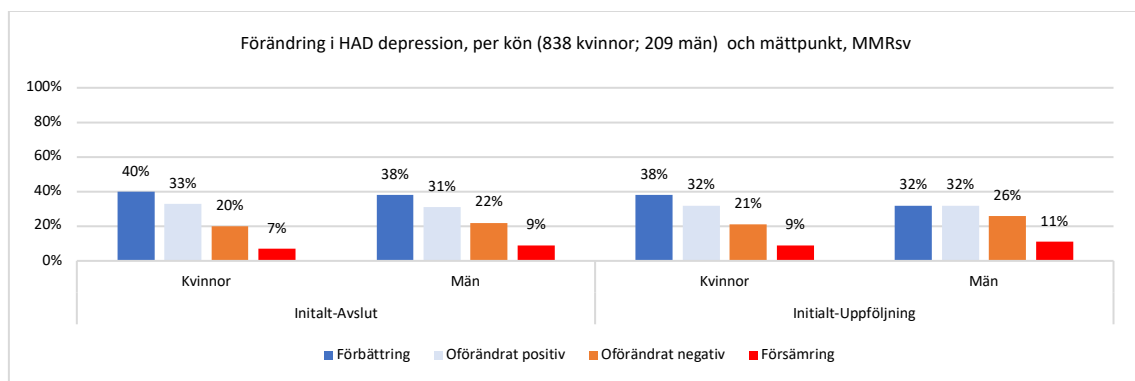


Figur 18. Förändring i depression (HAD) kategorier per mätpunkt, med avslut 2020.

Till skillnad från ångest ser vi när det gäller depression en något större andel med sannolik depression i specialistvården jämfört med primärvården, vilket i tillägg till ovan nämnda faktorer ytterligare stödjer att patienter slussas till rätt vårdnivå, dvs personer med mer svårigheter remitteras till specialistvården i högre grad. Andelen med sannolik depression minskar och kvarstår lägre vid ettårsuppföljningen (Figurerna 18-19).



Figur 19. Förändring i depression (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.



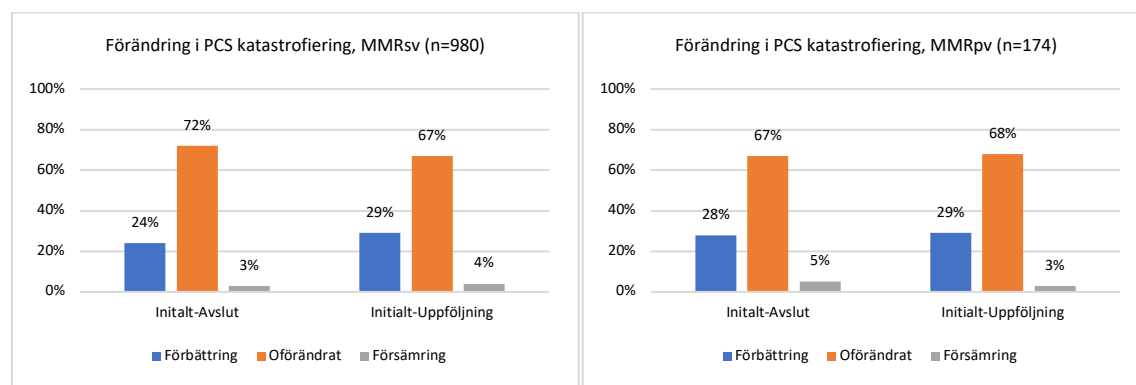
Figur 20. Förändring i depression (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.

Liksom för ångestrelaterade symtom har kvinnorna något högre andel som förbättras jämfört med männen när det gäller depressiva symtom. I Figur 20 kan vi se att resultaten efter 1 år är

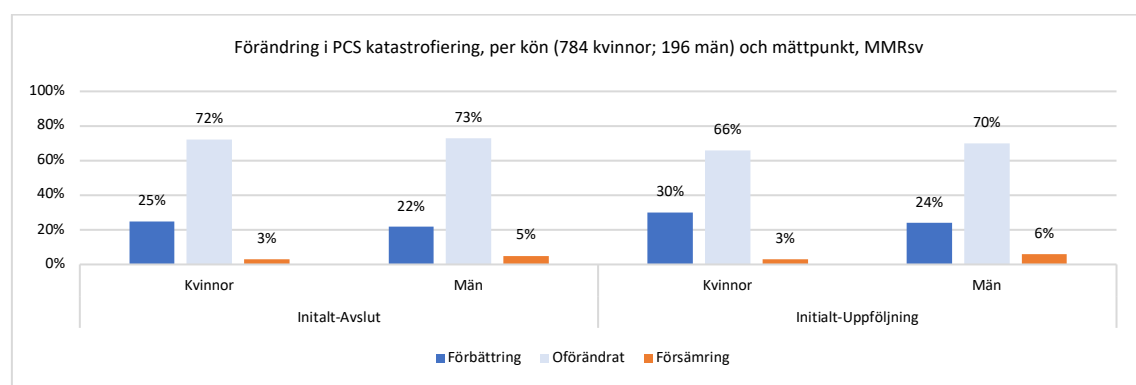
stabila för kvinnorna medan för männen ses en minskad andel förbättrade efter ett år jämfört med vid avslut.

Katastrofiering, eller smärtrelaterade katastroftankar, har definierats som en överdriven negativ tendens till tankefokus på faktisk eller förväntad smärta som består av grubblande/ältande, uppförstoring och hjälplöshet. Katastrofiering kännetecknas av återkommande negativa förväntningar som bidrar till ett undvikandebeteende vid långvarig smärta och som utgör en viktig riskfaktor för vidmakthållande av smärta och nedsatt funktion hos individer med långvarig smärta. NRS följer därför upp katastrofiering med hjälp av PCS (Pain Catastrophizing Scale).

PCS avser att mäta graden av smärtrelaterade katastroftankar och emotioner för patienter med smärta. Frågeformuläret PCS består av 13 frågor och det finns fem skalsteg, från "inte alls" till "hela tiden". Antal poäng är mellan 0 och 52. Lägre poäng på skalan innebär mindre katastrofiering. Svenska normvärde saknas i nuläget. Utländska normer rekommenderar ett gränsvärde på 30 poäng (motsvarar den fjärdedel av en population som är mest katastrofierande). Medelvärde i olika smärtpopulationer ligger mellan 20-25p. En skillnad mellan mätpunkterna på 15,1 poäng eller mer krävs för att räknas som en förändring (vilket är större än ett förväntat mätfel). Ref Martin Södermark, 2019.



Figur 21. Förändring i katastrofiering (PCS), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.



Figur 22. Förändring i katastrofiering (PCS), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.

Smärtrelaterade katastroftankar minskar med mer än 15,1 poäng hos 24% (MMRsv) respektive 28% (MMRpv) av patienterna vid avslut av rehabiliteringen. Denna andel har efter ett år ökat till 29% både i specialistvården och i primärvården. Återigen ser vi vikten av att följa upp resultat efter ett år (Figur 21).

Vi ser för kvinnorna en något högre andel som förbättras jämfört med män, både vid avslut (25% mot 22%) och vid uppföljningen (30% mot 24%). Det finns dock, som noterat ovan, en

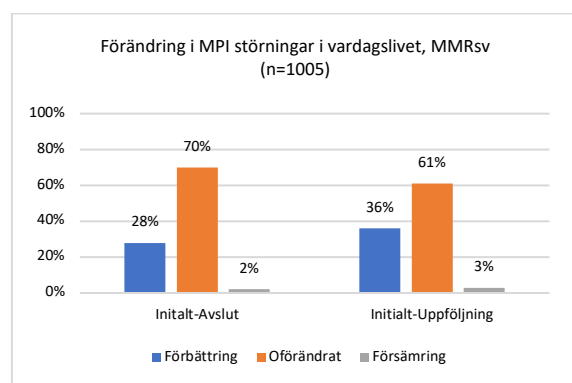
betydande skillnad i antal kvinnor och män som ingår i analysen. Jämförelser bör därför tolkas med försiktighet (Figur 22).

I denna rapport används en specifik statistisk beräkning (Reliable Change Index) för att fånga upp reliabla förändringar på individnivå, dvs. förändringar som sannolikt inte beror på mätfel (ref. M Södermark, 2019), när data om förändringar av klinisk säkerställd betydelse saknas eller inte är publicerade. Gränsvärde i PCS på 30 poäng rapporteras enbart för en specifik diagnosgrupp och vi saknar data om gränsvärden som kan appliceras på alla patienter som registreras i NRS.

Förändringar i aktivitet, funktion och hälsorelaterad livskvalitet

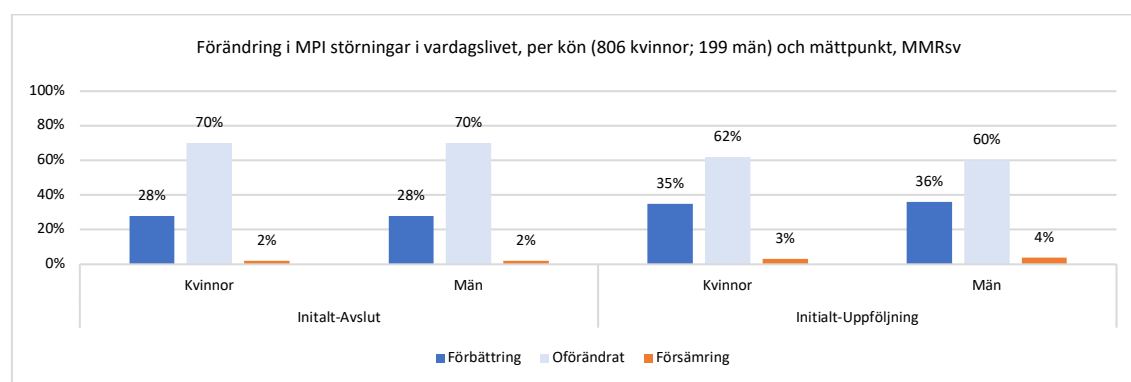
Störningar i vardagslivet är en delskala i MPI som beskriver hur mycket hemliv, arbete, fritid och sociala aktiviteter påverkats av smärtan, hur man kan planera aktiviteter och hur relationer påverkats. Därför är detta en fråga som beskriver ”hela vardagen”.

MPI-S är ett frågeformulär avsett specifikt för personer med långvarig smärta. Det är framtaget utifrån teorier baserade på beteendeforskning och kognitiv psykologi med fokus på betydelsen av smärt- och hälsorelaterat beteende. En skillnad mellan mätpunkterna på 1,16 poäng eller mer krävs för att räknas som en förändring (vilket är större än ett förväntat mätfel). Ref Martin Södermark, 2019.



Drygt en tredjedel av patienterna (36%) rapporterar, ett år efter rehabiliteringen, mindre störningar pga. smärta i sin vardag (Figur 23). Med tanke på de stora konsekvenser som långvarig smärta innebär för patienternas vardagsliv visar detta resultat på en viktig förbättring.

Figur 23. Förändring i störningar i vardagslivet (MPI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.



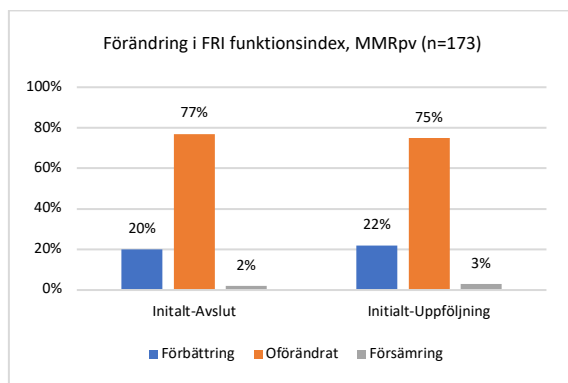
Figur 24. Förändring i störningar i vardagslivet (MPI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.

I Figur 24 visas att samma andel kvinnor och män (28%) vid avslut upplever en förbättrad vardag vid avslut av rehabilitering. Vi ser också att förändringen fortsätter i positiv riktning efter vid ett årsuppföljning för både män och kvinnor. Det innebär troligen att det behövs tid

för att tillförlitligt implementera de hanteringsstrategier som patienterna arbetar med under rehabiliteringen i vardagslivet.

I denna rapport används en specifik statistisk beräkning (Reliable Change Index) för att fånga upp reliabla förändringar på individnivå, dvs. förändringar som sannolikt inte beror på mätfel (ref. M Södermark, 2019), när data om förändringar av klinisk säkerställd betydelse saknas eller inte är publicerade. Gränsvärde på 0,6 i MPI-S, som föreslagits av IASP och som vi tidigare använt, rapporteras enbart för en delskala i MPI-S och vi saknar data om gränsvärden som kan appliceras på resterande delskalor i MPI-S. Skillnaden i beräkningar från tidigare år bör tas i beaktande om resultaten jämförs med tidigare Årsrapporter.

FRI (Functional Rating Index) mäter grundläggande funktionsnivå med 10 frågor. Svartalternativen är på en skala från 0 – 4. Poängen räknas samman (max 40 p) och räknas om till ett procenttal, dvs summan divideras med 40 och sedan multipliceras med 100. 100 % betyder att patienten inte uppfattar sig ha någon funktionsförmåga alls, 0 % innebär full självskattad funktion. En förändring på 20% krävs för att räknas som en förändring.



Ett år efter avslutad rehabilitering i primärvården har 22 % förbättrat sin funktion mätt med FRI, ett utfall som håller sig stabilt sedan rehabiliteringen avslutas (Figur 25).

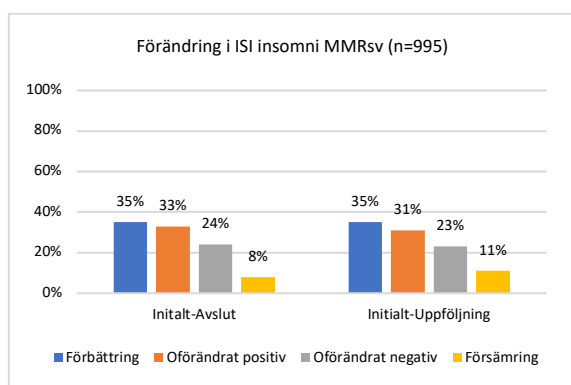
Figur 25. Förändring i självskattad funktion (FRI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRpv.

Olika typer av sömnproblem är vanliga i populationen. 63% anger före MMRsv medelsvåra till svåra sömnproblem. Sömn kan påverkas negativt av smärta i sig, men man vet också att ett inaktivt liv, stress och nedstämdhet har samband med sömnproblem. Sömnsvårigheter har både i kliniska sammanhang och i forskning pekats ut som en viktig konsekvens av långvarig smärta men också som en bidragande faktor till långvarig smärta. Patienter som förbättrar sin sömn rapporterar att de får mer energi under dagen och bättre ork och koncentration.

ISI är en sömnskala som används för att identifiera personer med insomni. Skalan består av sju självskattningsfrågor. Resultat redovisas som en totalsumma, medelvärde, och kategorier enligt följande 4 kategorier: 1) Totalpoäng 0–7: Inga kliniskt signifikanta svårigheter, 2) Totalpoäng 8–14: Uppfyller knappt kriterierna för insomni 3) Totalpoäng 15–21: Klinisk insomni (medel) och 4) Totalpoäng 22–28: Klinisk insomni (svår).

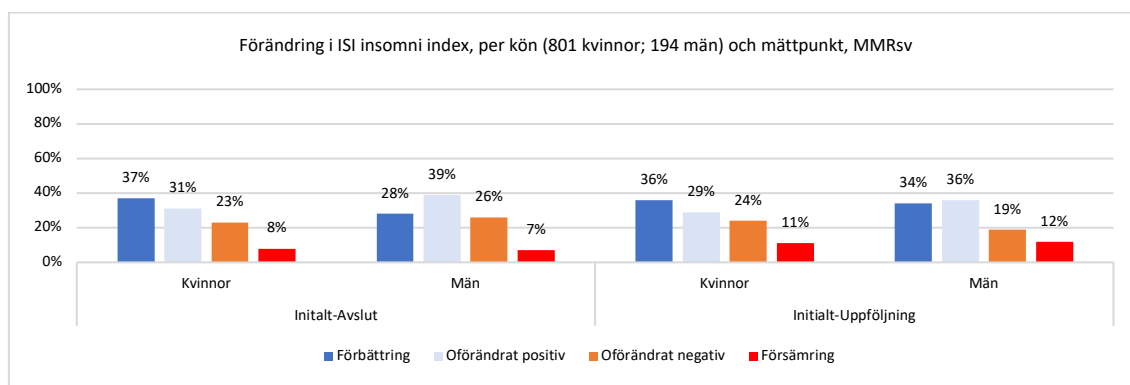
Förändringar definieras enligt följande: Förbättring betyder att skattningen ändras från kategori 3 eller 4 till kategori 1 eller 2 vid andra mätpunkten. Oförändrat positivt betyder att skattningen ligger kvar inom kategorier 1–2 vid båda mätpunkterna. Oförändrat negativt betyder att skattningen ligger kvar inom kategorier 3–4 vid båda mätpunkterna. Försämring betyder att skattningen ändras från kategorier 1–2 till kategorier 3–4 vid andra mätpunkten.

Förbättrad sömn efter rehabiliteringen ses hos 35% vid avslut och också ett år efter avslut.



Enheterna bör analysera sina resultat och undersöka om interventioner riktade mot sömn bör tillämpas eller betonas, om deras resultat ligger på lägre nivåer än nationellt. Vidare kan vara av intresse att analysera grupper som uppvisar försämringar eller som ligger kvar på en nivå med dålig sömn med syfte att utveckla åtgärder inriktade på specifika behov som kan föreligga (Figur 26).

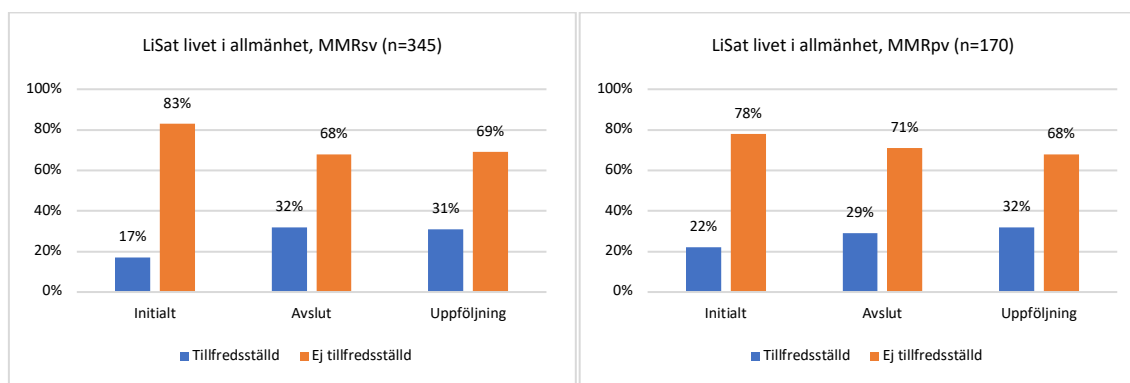
Figur 26. Förändring i insomni index (ISI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.



Figur 27. Förändring i insomni index (ISI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.

Trenden för kön visar återkommande att kvinnor uppvisar en något högre andel med förbättrad sömn än män. Resultaten här är bestående över tid mellan avslut och ettårs uppföljningen för kvinnorna (37% och 36%) men förbättras något ytterligare för männen (från 28% till 34%).

På sidan 9 visades resultatet för delfrågan om yrkessituationen i LiSat11 (Figur 12). Nedan finns ytterligare resultat från LiSat11 på delfrågan om tillfredsställelse med livet i allmänhet.

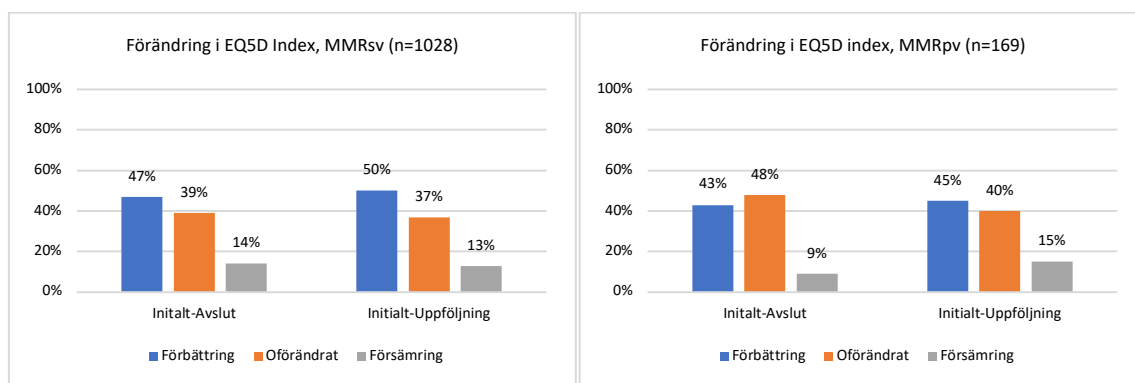


Figur 28. Förändring i tillfredsställelse med livet i allmänhet (LiSaT) per mätpunkt med avslut 2020..

Patienter med långvarig smärta rapporterar låg livstillfredsställelse. Andelen är lika stor i MMRsv och MMRpv men minskar vid avslut och det håller sig på samma nivå vid ettårsuppföljningen för patienter på båda vårdnivåerna (Figur 28).

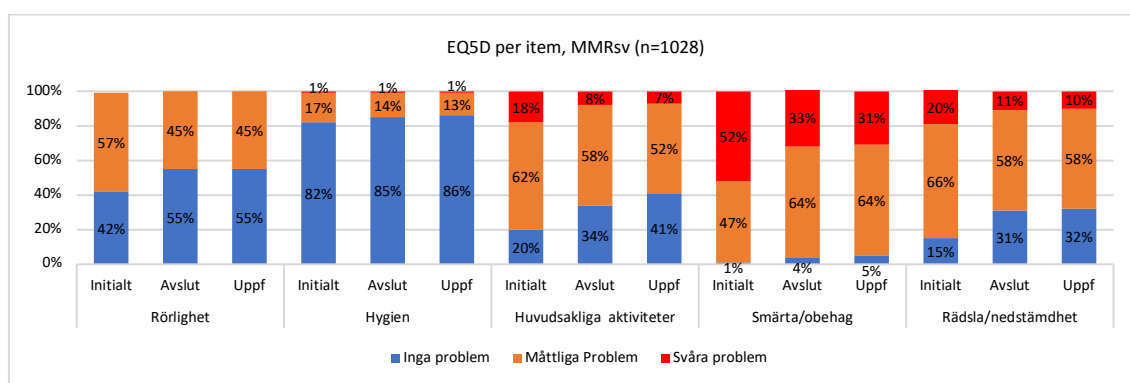
EQ5D mäter hälsorelaterad livskvalité i ett s.k. hälsoindex. EQ5D är framtaget för hälsoekonomiska beräkningar av sjukvård. Indexet täcker 5 hälsodimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. I dessa dimensioner anger man tre allvarlighetsgrader: inga problem, måttliga problem, svåra problem. En förändring i EQ5D innebär en skillnad på 10% eller mer mellan mätpunkterna.

Patienter i specialistvården och i primärvården har i denna uppföljning i genomsnitt samma EQ5D index före rehabilitering (0,30).



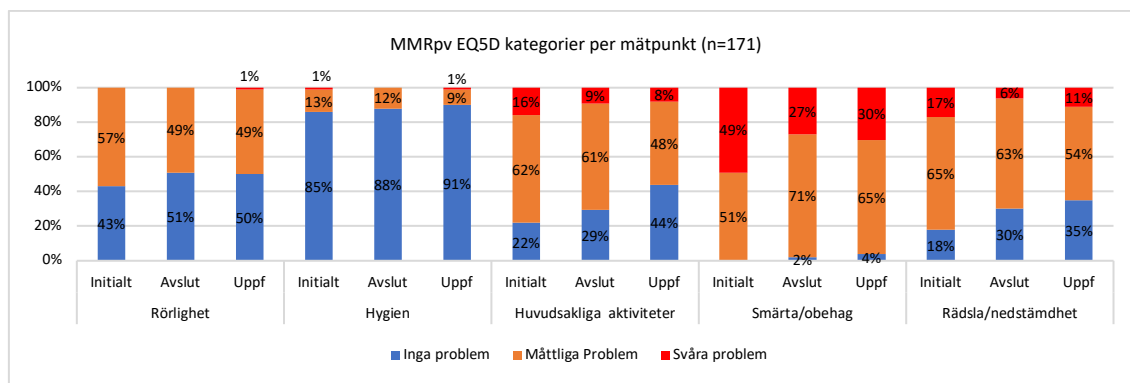
Figur 29. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.

Andelen som förbättras vid ettårsuppföljningen är större jämfört med direkt efter avslutad rehabilitering. Detta är bara ett av de mätinstrument inom NRS där vi ser samma trend, att patienter fortsätter att förbättras även ett år efter avslutad rehabilitering vilket måste ses som mycket positivt (Figur 29).



Figur 30. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), MMRsv per item och mätpunkt med avslut 2020.

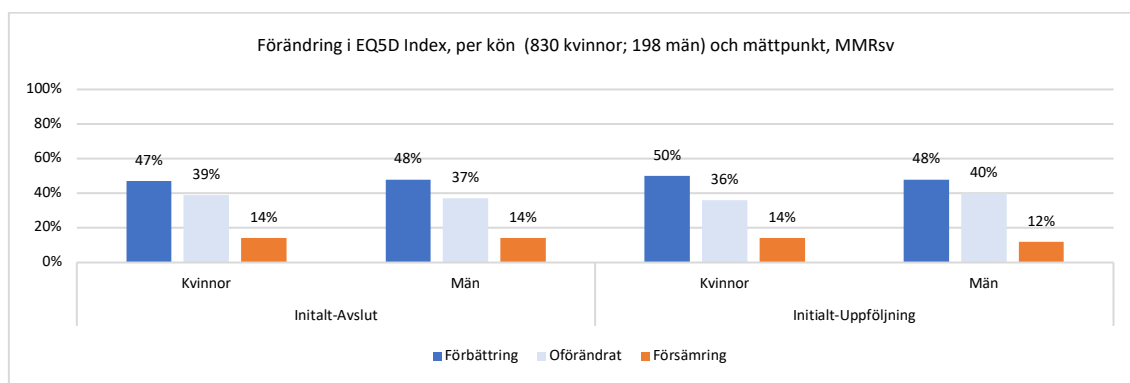
Figurerna 30 och 31 visar att patienterna rapporterar inga eller måttliga problem med rörlighet, och de flesta har inga problem med hygien, måttliga problem med huvudsakliga aktiviteter samt rädsla/nedstämdhet, men svåra problem med smärta.



Figur 31. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), MMRpv per item och mätpunkt med avslut 2020.

Det är också inom de tre sista domänerna som förbättringar främst sker men vi ser även en positiv utveckling avseende rörlighet där andelen utan problem successivt ökar.

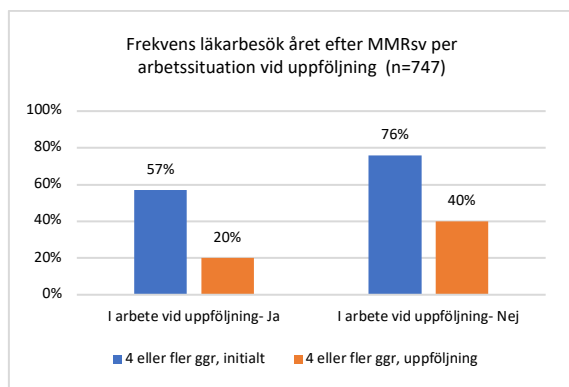
Figur 32 visar att både män och kvinnor rapporterar lika stora förbättringar i EQ5D index vid avslutad rehabilitering. Förbättringen ökar dock för kvinnor och förblir stabil för män vid ettårsuppföljning.



Figur 32. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), per kön vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.

Case-Mix: I arbete vid uppföljning, vid hög eller låg antal läkarbesök

I årets rapport fortsätter vi att analysera relationen mellan att vara i arbete och vårdsökande.

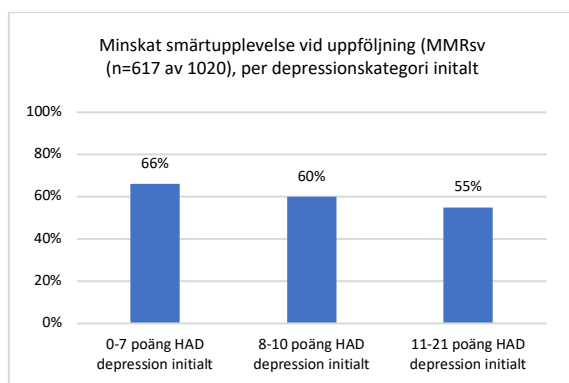


Figur 33. Frekvens av läkarbesök året efter avslutad MMRsv (2020) per arbetssituation vid uppföljning.

Positiva förändringar i frekvens av läkarbesök året efter avslutad MMRsv var signifikant högre i gruppen som svarade att de var i arbete vid uppföljning än de som svarade att de inte var i arbete vid uppföljningen (Figur 33). Även om vi inte kan uttala oss om orsak och verkan ser det ut som att om man är i arbete så har man mindre vårdsökande.

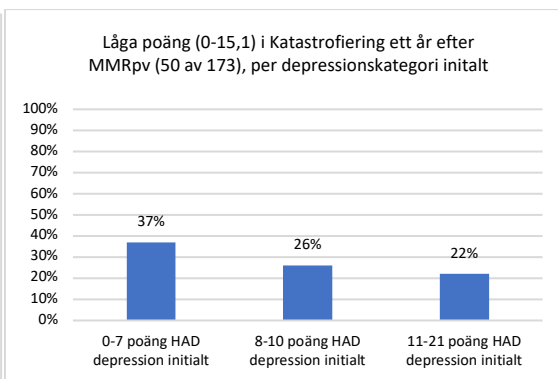
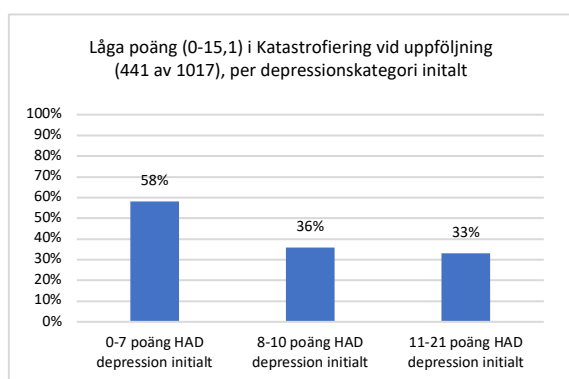
Patienter som vid uppföljningen uppgav 4 eller fler besök till läkare efter avslutad rehabilitering hade en signifikant större sannolikhet att uppge sig inte vara i arbete vid uppföljning ($p < 0,001$). Vidare, patienter som rapporterade 4 eller fler besök till läkare året före MMR svarade att de inte var i arbete vid ettårsuppföljning ($p < 0,001$)

Case-Mix: Smärta, katastrofiering och arbetsförmåga året efter MMRsv vid hög och låg HAD initialt



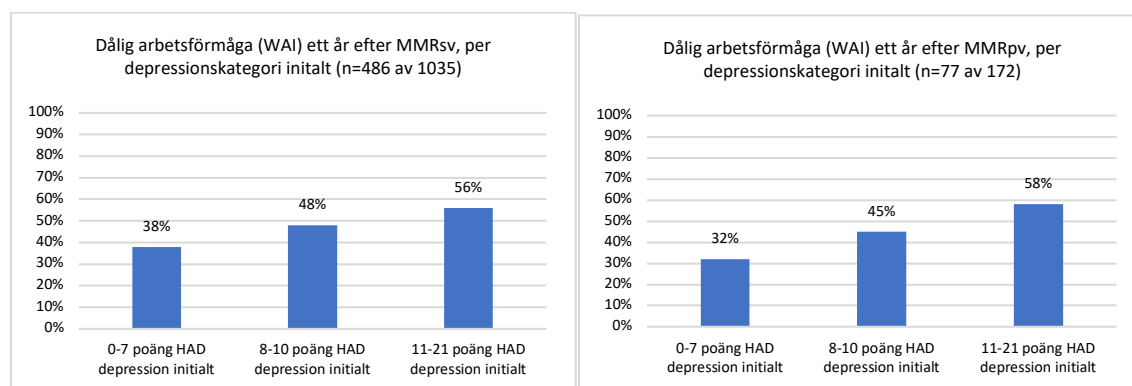
Figur 34. Förbättringar i smärtupplevelse ett år efter MMRsv (2020) per HAD kategori initialt.

I figur 34 kan vi se att depressiva symtom innan rehabilitering ser ut att relatera till smärtminskning vid ettårsuppföljningen. I gruppen med minst depression ses den största andelen patienter med minskad smärta efter ett år. Detta samband ses inte lika tydligt vad gäller ångestsymtom innan rehab.



Figur 35. Förbättringar i katastrofiering ett år efter MMR (2020) per HAD kategori initialt.

Psykisk ohälsa innan rehabilitering ser ut att relatera till katastroftankar vid ettårsuppföljningen. I gruppen med minst ångest respektive depression initialt ses den största andelen patienter med få katastroftankar ett år efter avslutad rehab (Figur 35).



Figur 36. Dålig arbetsförmåga (WAI) ett år efter MMR (2020) per HAD kategori initialt.

Grad av depressiva symtom innan rehabilitering ser ut att ha samband med egenrapporterad dålig arbetsförmåga vid ettårsuppföljningen. I gruppen med minst depression initialt ses den minsta andelen patienter med dålig arbetsförmåga ett år efter rehab. Detta samband ses inte riktigt lika tydligt vad gäller ångestsymtom innan rehab (Figur 36).

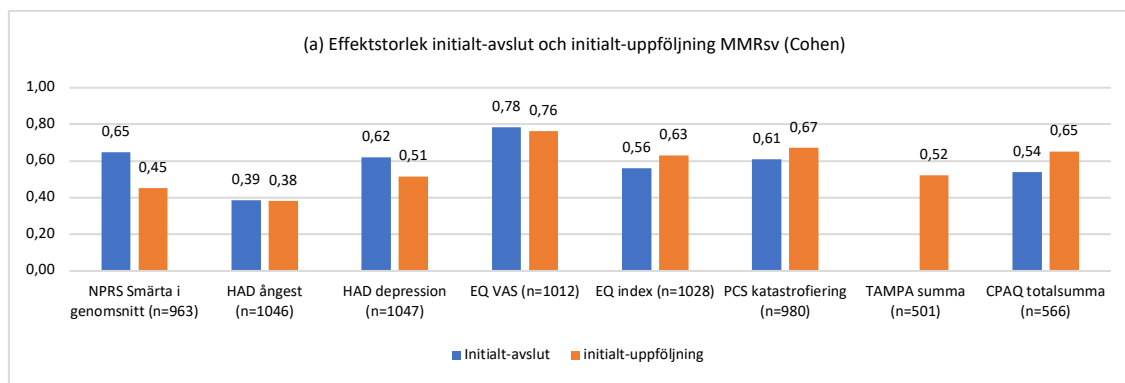
Sammanfattningsvis ser psykisk ohälsa innan rehabilitering ut att ha samband med både smärta, katastrofiering och arbetsförmåga året efter rehabilitering i specialistvården.

Effektstorlek av förändringar

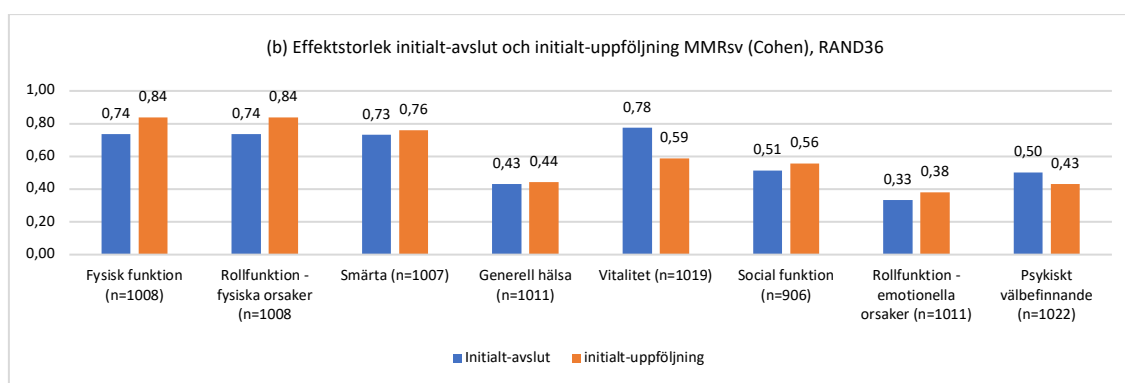
Effektstorlek (effect size) beskriver förändringarnas storlek mellan före och efter rehabilitering samt 1 år efter avslutad rehabilitering i relation till spridningen (SD).

Effektstorlek är ett statistiskt mått på storleken av en förändring efter en behandling. Cohen's d är ett vanligt sätt att ange betydelsen av detta värde och 0,2 = liten förändring, 0,50 = moderat förändring och 0,8 = stor förändring.

Effektstorleken för olika mätinstrument i specialistvården varierar mellan 0,04–0,78 efter rehabiliteringen och mellan 0,09–0,84 ett år efter avslutad rehabilitering. Figur 37 visar att moderata förändringar sker vid ettårsuppföljning i MMRsv i domän depression, allmän hälsa, hälsoindex, katastrofiering, rörelserädsla och acceptans, (0,51-0,76). Små förändringar rapporteras vid ettårsuppföljning avseende ångest och smärta i genomsnitt ((0,38-0,45). Flera effektstorlekar visar på ytterligare förbättringar över tid fram till ettårs uppföljningen, vilket bekräftar att förbättringar av rehabiliteringen behöver ses över en längre tid än enbart efter avslutad behandling.

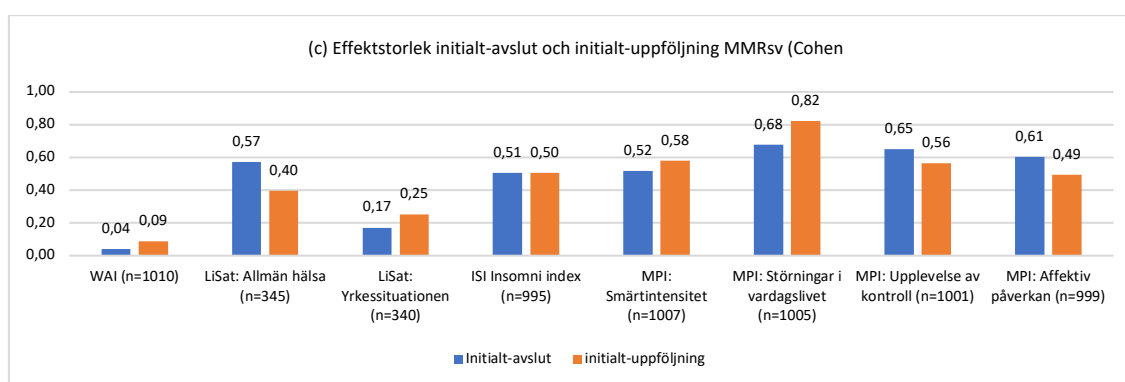


Figur 37. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (a).



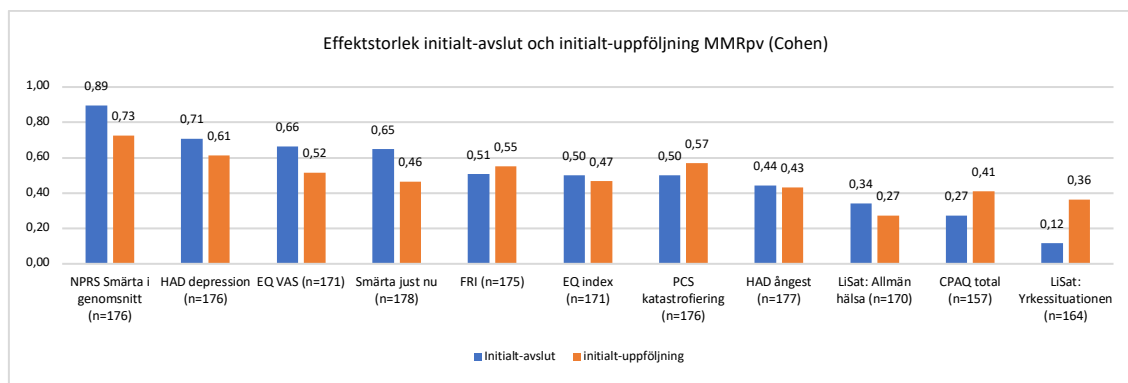
Figur 38. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (b).

Figur 38 visar stora effektstorlekar på förändringar vid ettårsuppföljning vad gäller fysisk funktion (0,84) och funktionsnivå beroende på fysiska orsaker (0,84), enligt RAND-36. Vidare visar andra delskalor moderata förändringar vid ettårsuppföljning (0,76-0,56) medan tre delskalor visar på små förändringar (0,44-0,38).



Figur 39. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (c).

Stor effektstorlek observeras avseende förändringar i MPI delskala störningar i vardagslivet (0,82) och moderata förändringar ett år efter avslutad rehabilitering i insomni, MPI delskalor smärtintensitet och upplevelse av kontroll (0,50-0,77). Små förändringar förekommer från initialt till ettårsuppföljning vad gäller MPI delskala affektiv påverkan och tillfredsställelse med livet och yrkesituationen (0,49-0,40) (Fig. 39).



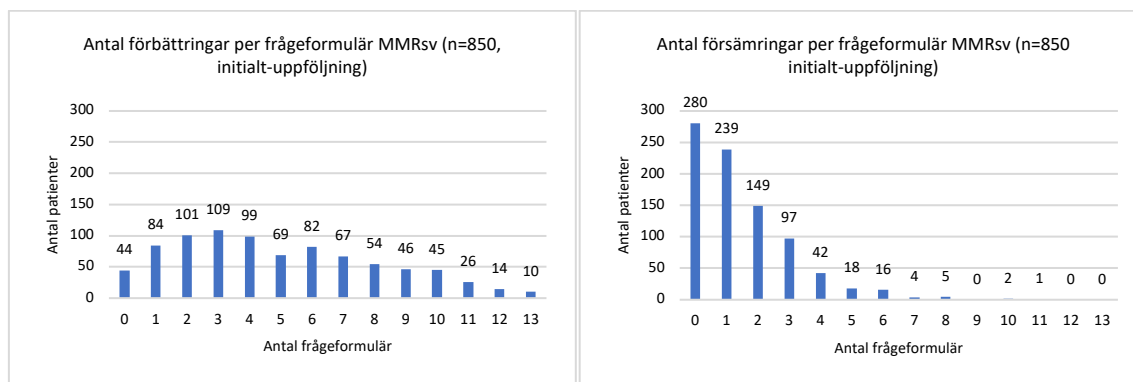
Figur 40. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRpv.

Effektstorleken för olika mätinstrument i primärvården varierar mellan 0,12–0,89 efter rehabiliteringen och mellan 0,27–0,57 ett år efter avslutad rehabilitering. Ett observandum är att Cohen 0,12 beskriver effektstorlek för förändring av Yrkestillfredsställelse vilket av självklara skäl inte förväntas förändras under rehabiliteringsperioden Vid ettårsuppföljning ses moderata förändringar för alla variabler (Figur 40).

Med tanke på att smärtrehabilitering bland annat handlar om att ge patienten verktyg att klara av att bättre hantera livet med långvarig smärta är det glädjande att man ser en liten ytterligare förbättrad effekt vid ettårs-uppföljningen jämfört med direkt efter avslutad rehabilitering avseende många variabler. Rehabiliteringens resultat är hållbart även ett år efter avslutad rehabilitering. Effektstorleks analys visar att MMR:s utfall vid avslut och uppföljning återspeglar väl och i vissa fall överträffar de resultat som redovisas i vetenskapliga publikationer avseende smärtrehabilitering.

Patientförändringar vid uppföljning per antal frågeformulär

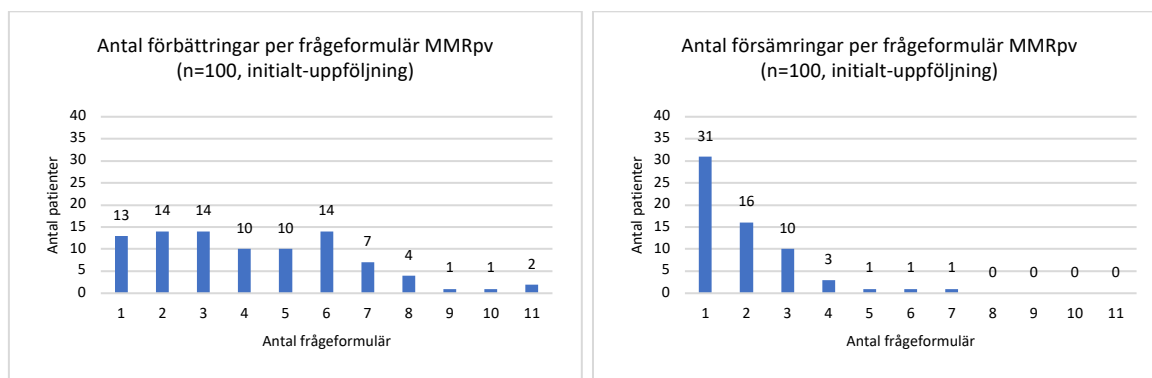
Förutom att presentera varje mätinstrument för sig, försöker vi också i år att visa en mer översiktlig bild av förbättringar/försämringar för ett antal mätinstrument/variabler sammantaget. Här visas antal patienter som förbättrats eller försämrats avseende 13 variabler vid ettårsuppföljning av MMRsv (WAI, HAD (ångest/depression), PCS, ISI, NPRS, EQ-5D, EQ-VAS, RAND-36 (fysisk funktion, vitalitet) MPI (störningar i vardagslivet), fysisk aktivitet och antal läkarbesök). I grafen över ”Antal förbättringar” (Figur 41) kan vi t ex utläsa att 95% av patienterna förbättrades på ett eller flera av de 13 variablerna ett år efter avslutad rehabilitering, 85% förbättrades på 2 eller fler instrument.



Figur 41. Antal förbättringar och försämringar ett år efter MMRsv (2020) per frågeformulär.

Resultaten från denna mer övergripande analys ligger i linje med resultaten från den globala frågan om förmågan att hantera livssituationen efter rehabilitering. Här svarar i genomsnitt 84% att de i viss mån/hög grad förbättrat sin hanteringsförmåga. Vi behöver sannolikt en bredd av mätinstrument för att fånga in patienters olika problemområden och resultat av rehabiliteringen. Patienter har en stor variation i komplexitet och svårighetsgrad av konsekvenser av smärtan. Några har inga problem inom vissa områden och kan då heller inte förbättras inom de områdena, därför tillför denna sammantagna kartläggning ytterligare information om resultat efter deltagande i rehabilitering. Endast 44 av 850 patienter (4%) förbättrades inte på något av de 13 variablerna. De patienter som är med i denna analys måste ha svarat på alla 13 mätinstrumenten, därför blir det en del bortfall, 80,5% av patienterna deltar i analysen.

Vi ser en betydande övervikt av förbättringar jämfört med försämringar. De flesta som försämras gör det generellt sett på 1-2 variabler. Endast några få patienter (2%) försämras på 5 eller fler variabler.



Figur 42. Antal förbättringar och försämringar ett år efter MMRpv (2020) per frågeformulär.

Inom MMRpv har vi ett större bortfall vid ettårsuppföljningen, 56% deltar i analysen (100 patienter). Variablerna NPRS i genomsnitt, EQ-5D, EQ-VAS FRI, PCS, Godin, HAD ångest och depression, läkarbesök samt WAI är med i analysen. 90% förbättras på 1 eller fler av dessa mätinstrument i primärvården, 77% på 2 eller fler variabler. Vi ser samma trend som för specialistvården att förbättringar överväger jämfört med försämringar (Figur 42).

Bortfallsanalys

Tabellen nedan visar andelar av ifyllnadsgrad för specialistvården vid olika kombinationer av mättillfällen.

	Antal	Andel
Inga formulär ifyllda	4	0,2%
Enbart initialt	167	9%
Enbart initialt och avslut	441	25%
Enbart avslut	17	1%
Enbart avslut och uppföljning	10	1%
Enbart uppföljning	4	0%
Enbart initialt och uppföljning	76	4%
Alla tre formulär ifyllda	1069	60%

Tabell 1. Ifyllnadsgrad vid de olika mättillfällen, patienter med avslut 2020.

Vi ser att 60% fyllt i frågeformulären vid samtliga tre tillfällen (initialt, avslut och uppföljning). De skilde sig från resten av patienter genom låga poäng på ångest och katastrofiering. Patienter (40%) som inte svarat alla tre tillfällena beskrev något sämre hälsa avseende oro (EQ-5D), högre grad av ångest, bristande fysisk aktivering, dvs sittande mer eller mindre hela dagen, och högre nivå av katastrofiering, initialt.

SAMMANFATTNING

Denna rapport sammanfaller med pandemiåren 2020 och 2021 och har sannolikt haft viss inverkan på olika sätt. Det har varit två ansträngande år för större delen av vården vilket kan ha påverkat möjligheten att bedriva utredningar samt rehabilitering samt få in ettårsuppföljningarna. Det var färre patienter som deltog i ett rehabprogram 2020 jämfört med 2019 vilket ju också påverkar antalet ettårsuppföljning under 2021.

Årsrapporten ger en överskådlig bild av vilka förändringar som sker på nationell nivå både efter MMR pv och MMRsv. Vi ser också att vissa resultat förbättras ytterligare efter avslutad MMR. Några viktiga slutsatser som vi kan dra av årets rapport är:

Globala förbättringar: Vi ser att 80% (NRS_{pv}) 82% (NRS_{sv}) av patienter som genomgått MMR beskriver en ökad förmåga att hantera sin livssituation även ett år efter avslutad rehabilitering. I år har vi också för andra året gjort en annan ”global” beskrivning av förbättring genom att undersöka hur många som förbättras på ett antal mätinstrument. Där kan vi se att 90%-95% förbättras på minst ett av mätinstrumenten. Av detta kan man möjligen dra slutsatsen att vi behöver ett brett batteri av frågor för att fånga in det breda spektrum av konsekvenser som långvarig smärta kan föra med sig. Dessa viktiga förbättring som patientgruppen rapporterar ett år efter avslutad rehabilitering är en viktig parameter för att MMR i Sverige är en fungerande och viktig medicinsk insats.

Könsskillnader: Vi ser att det finns vissa skillnader mellan förbättringar för kvinnor och män, där kvinnorna har en liten tendens att förbättras i något högre grad än männen. Detta resultat har också observerats i en nyligen publicerad artikel av Gerdle et al.

Grad av psykisk ohälsa innan rehabilitering: Patienter med lägre grad av psykisk ohälsa framförallt depression ser ut att ha samband med bättre utfall för både smärta, katastrofiering och arbetsförmåga året efter rehabilitering i specialistvården.

Arbete och vårdkonsumtion: De patienter som kommer till MMR har hög grad av arbetsfrånvaro och är därför också till stor del beroende av ersättning från Försäkringskassan. Vi ser också att det är en patientgrupp som har en hög vårdkonsumtion. Vi kan inte dra slutsatser av orsak och verkan mellan interventionen (MMR) och förändringar i arbetsförmåga och vårdkonsumtion. Det vi tydligt ser är dock att ett år efter MMR har en stor grupp patienter med svår och långvarig ohälsa ökat sin arbetsförmåga, börjat arbeta, minskat sitt behov av ersättning från Försäkringskassan och de kan i högre grad hantera sina symtom på ett ändamålsenligt sätt utan behov av fortsatt hjälp via vården. Dessa faktorer bidrar till en ekonomisk vinst främst för de patienter som förbättrats men även till en samhällsekonomisk vinst.

Tidsperspektiv på rehabilitering: Vi ser till sist i årsrapporten att de förbättringar som sker efter MMR i många fall tenderar att ta tid. Förbättringar i flera variabler förbättras ytterligare mellan avslutad rehabilitering och ettårsuppföljning. Detta stämmer väl överens med forskningen som visat på att beteendeförändringar kan ta lång tid.

Detta tyder på att resultat efter MMR måste ses på längre tid samt att det skulle kunna vara så att vi framöver kan identifiera de patientgrupper bättre som har mest nytta av behandlingen samt de patienter som kan behöva en mer individualiserad uppföljning.

FIGURER OCH TABELLER

Figur 1. Förändring i hantering av livssituationen vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	4
Figur 2. Förändring i smärtupplevelse vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	5
Figur 3. Förändring i hälsotillståndet (EQ VAS) vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	5
Figur 4. Förändring i hälsotillståndet (EQ VAS) vid avslut (2020) och ett år efter MMR per kön.....	6
Figur 5. Förändring i arbetsförmåga (WAI) per kategori och mätpunkt med avslut 2019.....	6
Figur 6. Förändring i arbetsförmåga (WAI) vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	7
Figur 7. Förändring i andel patienter som svarat att de arbetar "just nu", initialt och ett år efter MMR.....	7
Figur 8. Förändring i arbetsomfattning avseende patienter som uppger att de arbetar ett år efter avslutad MMRsv.....	8
Figur 9. Förändring i arbetsomfattning avseende kvinnor och män som uppger att de arbetar ett år efter MMRsv.....	8
Figur 10. Ersättning från Försäkringskassan pga sjukdom, per kön och mätpunkt, MMRsv.....	8
Figur 11. Förändring i bedömning om möjlighet till arbete om 6 månader, vid avslut (2020) och ett år efter, MMRpv.....	9
Figur 12. Förändring i tillfredsställelse med yrkessituationen (LiSat) per mätpunkt, med avslut 2020.....	9
Figur 13. Förändring i läkarbesök per kön, året innan och året efter MMRsv med avslut 2020.....	10
Figur 14. Förändring i sjukvårdsbesök, året innan och året efter MMR med avslut 2020.....	10
Figur 15. Förändring i ångest (HAD) kategorier per mätpunkt, med avslut 2020.....	11
Figur 16. Förändring i ångest (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	11
Figur 17. Förändring i ångest (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.....	11
Figur 18. Förändring i depression (HAD) kategorier per mätpunkt, med avslut 2020.....	12
Figur 19. Förändring i depression (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	12
Figur 20. Förändring i depression (HAD), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.....	12
Figur 21. Förändring i katastrofiering (PCS), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	13
Figur 22. Förändring i katastrofiering (PCS), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.....	13
Figur 23. Förändring i störningar i vardagslivet (MPI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.....	14
Figur 24. Förändring i störningar i vardagslivet (MPI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.....	14
Figur 25. Förändring i självskattad funktion (FRI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRpv.....	15
Figur 26. Förändring i insomni index (ISI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.....	16
Figur 27. Förändring i insomni index (ISI), vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv per kön.....	16
Figur 28. Förändring i tillfredsställelse med livet i allmänhet (LiSaT) per mätpunkt med avslut 2020.....	16
Figur 29. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), vid avslut (2020) och ett år efter MMR.....	17
Figur 30. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), MMRsv per item och mätpunkt med avslut 2020.....	17
Figur 31. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), MMRpv per item och mätpunkt med avslut 2020.....	18
Figur 32. Förändring i livskvalitéindex (EQ5D), per kön vid avslut (2020) och ett år efter MMRsv.....	18
Figur 33. Frekvens av läkarbesök året efter avslutad MMRsv (2020) per arbetssituation vid uppföljning.....	19
Figur 34. Förbättringar i smärtupplevelse ett år efter MMRsv (2020) per HAD kategori initialt.....	19
Figur 35. Förbättringar i katastrofiering ett år efter MMR (2020) per HAD kategori initialt.....	19
Figur 36. Dålig arbetsförmåga (WAI) ett år efter MMR (2020) per HAD kategori initialt.....	20
Figur 37. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (a).....	21
Figur 38. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (b).....	21
Figur 39. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRsv (c).....	21
Figur 40. Effektstorlek mellan initialt och avslut samt initialt och uppföljning, NRS instrument, MMRpv.....	22
Figur 41. Antal förbättringar och försämringar ett år efter MMRsv (2020) per frågeformulär.....	22
Figur 42. Antal förbättringar och försämringar ett år efter MMRpv (2020) per frågeformulär.....	23
Tabell 1. Ifyllnadsgrad vid de olika mätillfällena, patienter med avslut 2020.....	23