

NATIONELLA REGISTRET ÖVER SMÄRTREHABILITERING

Rapport 2022:1

Årsrapport 2021 del 1

Patienter som avslutats under 2021

Utgiven 2022-03-31

**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.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
INLEDNING	5
Vad registreras i NRS och vad gör man i smärtvården?	5
Kvalitetsindikatorer	6
ICF och den biopsykosociala modellen	6
Relevans	7
Målgrupp för NRS	7
Design	8
System för validering och hög datakvalitet	8
System för utrapporter	8
Anslutning, täckning och datafullständighet	9
Anslutning	9
Täckning	9
Datafullständighet	10
NRS bidrag till förbättring av vården	11
Enheternas användning av NRS	11
Forskning med NRS som grund	12
Beskrivning av patienter som avslutades 2021	13
Registrering i tidsperspektiv	13
Orsak till avbrott	13
DEL 1: GLOBALA HÄLSOFÖRÄNDRINGAR	14
Förändrad hantering av livssituationen efter rehabilitering	14
Förändrat hälsotillstånd efter rehabilitering	18
DEL 2: ÖVRIGA FÖRÄNDRINGAR VID AVSLUT AV REHABILITERING	19
Förändringar i ångest och depression efter rehabilitering (HAD)	20
Förändringar i katastrofiering efter rehabilitering (PCS)	25
Förändringar i självrapporterad arbetsförmåga efter rehabilitering (WAI)	26
DEL 3: ANALYSER, REHABILITERING	31
Urval av patientgrupper till rehabilitering	31
Huvuddiagnoser i NRS	38
DEL 3: SAMMANFATTANDE DISKUSSION	40
DEL 4: FIGURER	41

INLEDNING

År 2021 blev ytterligare ett år som präglades av Covid-19. Vi ser att trots pandemin har antalet registrerade patienter ökat lite jämfört med året innan.

Lite nyheter från året som gick kommer här. Under 2021 har vi med hjälp av 1177 i Region Skåne byggt upp digitala formulär till patienter och även börjat testa på en specialistvårdsenhet. Vi testar än så länge det Initiala formuläret. Enheten skickar ut länkar till patienten som kan svara på frågeformuläret via 1177. Patientens svar går sen tillbaka till enheterna som registrerar i NRS som vanligt. Så snart vi ser att de olika delarna fungerar kommer fler att erbjudas använda detta utan kostnad. När alla formulär är klara på 1177 blir nästa steg att börja arbeta med direktöverföring från enheterna till registercentrum.

Ny lathund för diagnoser publicerades och ligger på hemsidan. <https://www.ucr.uu.se/nrs/nrs-specialistvard/manualer-specialistvard>

Höstmötet gick av stapeln 15-16 september. Även i år i digitalt format. Runt 70 personer deltog. Tack alla för ert engagemang under dagarna!

I en ny flik på hemsidan publiceras frågor från er och våra svar under rubrik Frågor & svar.

NRS har nu presentation av vissa specialistvårdsdata på Vården i Siffror (VIS).
<https://vardenisiffror.se/>

En vägledning kring PROM-data är nu publicerad. [Patientrapporterade mått - insamling och ansvar \(skr.se\)](#). Här finns mycket matnyttigt att läsa, t ex om att förutom den information om kvalitetsregister som ligger först i formulären så behöver det vara tydligt att formulärens avsändare och mottagare är vårdenheten.

Enheter i både primärvården och specialistvården har skickat in beskrivningar av sina rehabprogram, som ni kan läsa om på hemsidan. [Deltagande enheter - NRS \(uu.se\)](#)
[Deltagande enheter - NRS \(uu.se\)](#)

Under hösten 2020 introducerades Patientkategori 1 i modulen för primärvården, dvs nu är det möjligt att registrera patienter som enbart utreds i en egen kategori. Kategori 1 finns redan inom specialistvården.

Vad registreras i NRS och vad gör man i smärtvården?

Långvarig smärta är ett påtagligt folkhälsoproblem i Sverige och globalt. Långvarig smärta är ett sjukdomstillstånd i sig och inte endast ett symptom på annan bakomliggande sjukdom. Sammantaget medför smärta stort lidande för individen och höga kostnader för vården och samhället.

Multimodal teambaserad rehabilitering (MMR) är den behandling som har bäst evidens hittills avseende arbetsåtergång och förbättrad upplevd smärta/hälsa för patienter med långvarig smärta. MMR består av väl samordnade och målinriktade åtgärder som utförs av olika professioner och rekommenderas som "golden standard" såväl nationellt som internationellt (SBU 2006; 2010).

I NRS fångas en del av patienternas verklighet upp genom självrapportering. Personer med långvarig smärta skattar på gruppnivå sämre hälsa jämfört med personer med andra svåra långvariga eller kroniska sjukdomar. Patienter som remitteras till specialiserad smärtvård har ofta haft sina symtom i många år, de har haft många vårdbesök och flertalet har provat en mängd olika behandlingar innan de får tillgång till MMR.

NRS registret ger både patienter och behandlare en överskådlig bild av smärtans konsekvenser. I Årsrapport 2021 rapporteras data både från NRS primärvård (NRSpv) och NRS specialistvård (NRSsv). Vår ambition har varit att ta fram de viktigaste resultaten som efterfrågas av regionerna, vården och patienterna. I bilagor finns all data på enhetsnivå och enheterna kan jämföra sig med andra och göra fördjupade analyser på enhetsnivå (se flik ”Årsrapporter” under NRSpv och NRSsv på NRS hemsida, <https://www.ucr.uu.se/nrs/>).

Det är viktigt att påpeka vid tolkning av resultatdelen i NRS att enheternas förutsättningar ser olika ut utifrån organisatoriska och personalmässiga perspektiv. Patienternas hälsa påverkas även av lokala omgivningsfaktorer som t ex arbetslöshet, utbildningsnivå, sociala skillnader avseende integration, avstånd till vård och tillgång till nära vård mm. Detta innebär att enheterna med fördel bör jämföra sig med liknade verksamheter.

NRS har använts för att initiera och utvärdera många förbättringsarbeten i smärtvården under 2021, dessa beskrivs senare i denna Årsrapport.

Kvalitetsindikatorer

Standardiserade patientenkäter i NRS följer nationella och internationella rekommendationer enligt IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurements, and Pain Assessment in Clinical Trials*); demografiska data, utbildningsnivå, arbetsstatus och framtidstro, smärtintensitet, psykologiska faktorer, mått om aktivitet/delaktighet samt hälsorelaterad livskvalité.

Data om sjukfrånvaro hämtas från Försäkringskassans centrala databas före, samt ett år och två år efter rehabilitering (ca vart 5:e år).

ICF och den biopsykosociala modellen

Registrets variabler bygger också både på de faktorer som WHO beskriver som viktigast för att påverka hälsa i sitt sammanhang och den biopsykosociala modellen som beskriver aspekter som påverkar individers hälsoupplevelser.

Beskrivning av hälsa är ett komplex åtagande. ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. ICF erbjuder en struktur och ett standardiserat språk med syfte att beskriva och analysera hälsa och dess ömsesidigt påverkande delkomponenter. Klassifikationen kompletterar ICD-10 (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem), eftersom två personer med samma ICD-10 diagnos kan ha olika nivåer av funktionstillstånd.

Funktionstillstånd och funktionshinder omfattar individens kroppsliga funktioner och kroppsliga strukturer/anatomi samt aktivitet (individens genomförande och kapacitet att genomföra aktiviteter) och delaktighet (individens engagemang i en livssituation). Kontextuella faktorer omfattar omgivningsfaktorer (den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen i vilken individen lever och verkar) och personfaktorer.

Nedan sammanfattas registrets relevans, design, täckningsgrad, förbättringar i vården samt forskning och ny kunskap som registret genererat.

Cirka 50% av befolkning har långvarig smärta i någon grad och ungefär 7% är vårdsökande och har en smärtrelaterad diagnos. Första insatsen för patientgruppen sker i primärvården, personer med mer komplexa behov av multimodal utredning och rehabilitering ska remitteras till specialistvårdsnivå. Smärtdiagnoser utgör den näst vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning (cirka 30%), endast psykisk ohälsa är en vanligare orsak. Detta leder till höga kostnader för samhället, cirka 90 miljarder SEK/år, enligt en beräkning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) år 2006 och till sämre ekonomi för individerna som drabbas. Långvarig smärta medför ofta mycket låg livskvalitet för individen och förhöjd mortalitet, ofta finns samsjuklighet med psykisk ohälsa (Nationellt uppdrag – Smärta (2016) [NSK Nationellt uppdrag Smärta \(vgregion.se\)](#))

Under året har en nationell arbetsgrupp (NAG Smärta) arbetat med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta. Vår förhoppning är att detta ska bidra till att vården för patienter med långvarig smärta utvecklas och blir mer jämlik över landet.

7

Ingående vårdenheter ska under rehabiliteringsfasen ha flera professioner som arbetar utifrån planerade och samordnade åtgärder mot gemensamma mål som definieras tillsammans med patienterna (teamarbete). Vårdenheter finns dels inom primärvård och dels inom specialistvård som behandlar patienter med mer komplex smärtproblematik och/eller större konsekvenser av tillståndet, därför i behov av smärtspecialiserade professioner.

Design

NRS registrets design (on-line rapporter finns) ger möjlighet att generera relevant information som kan återföras till sjukvården. Variabler avseende vårdprocesser (tid och arbetssätt), patientrapporterade utfallsdata, PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) och patientrapporterade data om deras upplevelser av vården, PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) finns i registret. PROM data omfattar bl. a. hälsa, hälsorelaterad livskvalitet, funktions- och aktivitetsförmåga och sjukdomssymptom. PREM data omfattar bl. a. tillgänglighet, bemötande, nöjdhet och tillfredsställelse med vården. Därutöver omfattar NRS data avseende demografisk bakgrundsinformation. Grunden för variabelinnehållet utgår från IASPs (*International Association for the Study of Pain*) och WHO:s rekommendationer.

System för validering och hög datakvalitet

NRS har en anpassad Valideringshandbok som gäller både för NRSsv och NRSsv (<https://www.ucr.uu.se/nrs/nrs-specialistvard/manualer-specialistvard>), tydliga rutiner och funktioner i databasen (via Registercentrum Uppsala Clinical Research center, UCR) för att säkra att data håller hög kvalitet. Certifiering av enheternas rutiner för inmatning har 2021 gjorts genom kontinuerligt genomförda webbutbildningar för nya inmatare. Kontakter mellan landets lokala användare och nationell koordinator och statistiker avseende frågor kring databearbetning sker kontinuerligt. Nationell koordinator har för år 2021 uppmanat samtliga enheter att följa en valideringsplan innehållande: egenkontroll av aktuella registeranvändare, kartläggning av utbildningsnivå av registeranvändare, validering av källdata och systematik av egenkontroll av klarmarkering av inmatade registreringar.

Majoriteten av enheter har genomfört valideringen. Validering av källdata gjordes genom stickprov av registreringen av 133 enkäter på 28 enheter inom specialistvården. Registreringen var korrekt till 99,7% vilket får anses vara ett mycket bra resultat. Inga systematiska fel upptäcktes, i de flesta fall var de upptäckta felen att alternativet bredvid det korrekta hade registrerats.

System för utrapporter

I Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS) skapas individuella svarsprofiler som används av involverad personal som komplement till anamnes och klinisk undersökning och i dialog med den enskilda patienten. Personal involverad i rehabiliteringen kan tillsammans med patienten följa upp resultat på individnivå vilket ger både personalen och patienten feedback på uppnådda förändringar och detta har setts öka patienternas motivation för bibehållande av livsstilsförändringar. Resultat på gruppnivå används av flertalet enheter för att följa upp sina verksamhetsmål samt för att initiera och utvärdera förbättringsarbete. Det finns i NRS on-line rapportsystem möjlighet att jämföra resultat för olika tidsperioder, patientgrupper och behandlingar i realtid.

Anslutning, täckning och datafullständighet

Anslutning

År 2021 fanns enligt vår information 39 specialisvårdsenheter med uppdrag att utreda och/eller rehabilitera patienter med långvarig smärta. Under året avslutade 2 enheter sin verksamhet. Av de 39 var samtliga anslutna och 38 enheter levererade data till registret under 2021 (anslutningsgrad 100%). Andelen går inte helt säkert att beräkna eftersom flera regioner skriver tidsbegränsade avtal med enheterna vilket innebär att det finns en variation av antal aktiva enheter över tid. Samtliga regioner är representerade. Ifyllnadsgrad för åtgärden ”rehabilitering” är 98% för det första formuläret (initialt) och 78% för de formulär som fylls i både initialt och vid avslut av rehabiliteringen.

Inom primärvården rapporterade 17 enheter in till registret 2021. Flera avhopp gjordes under 2020 (inför 2021) med anledning av ändrad finansiering som medförde att flera enheter upphörde med sin verksamhet.

Registret på primärvårdsnivå är fortfarande under uppbyggnad. Det finns för närvarande ingen officiell nationell information kring antal enheter på primärvårdsnivå som bedriver MMR. Därför saknas också information om antal patienter som genomgår rehabilitering inom primärvården. Information om anslutnings- och täckningsgrad baseras därför i NRS enbart på specialistenheterna, där det f.n. är möjligt att beräkna detta.

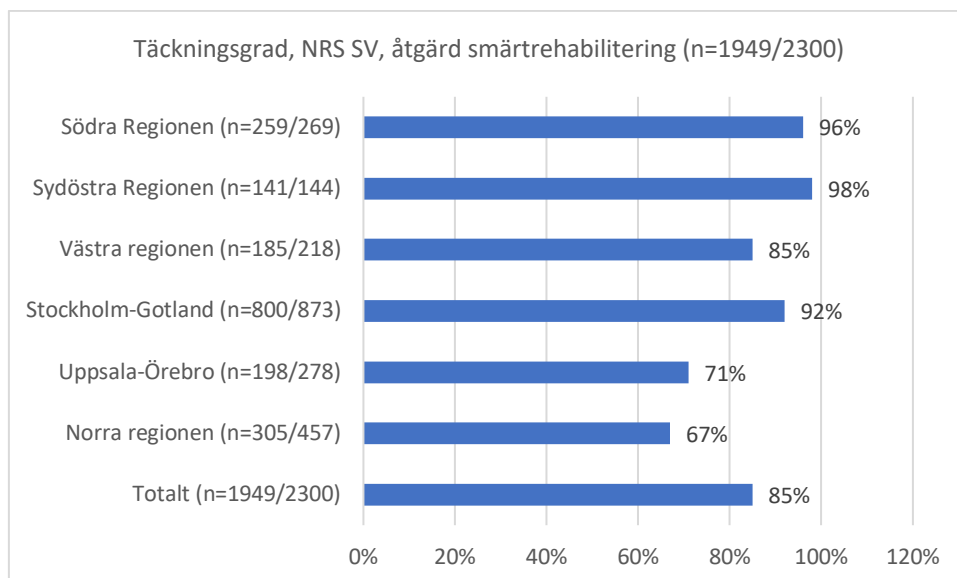
Täckning

Patienter som registreras i NRS genomgår Multimodal Rehabilitering (MMR). MMR föregås av specialiserade utredningar för beslut om patientens behov av vård. Patienter som rekommenderas till MMR följs upp i NRS vid avslut av MMR och efter ett år.

NRS beräkningar av täckningsgrad görs genom att beräkna det totala antalet patienter som genomgår behandlingen MMR registrerat i NRS dividerat med det totala antalet patienter som genomgår behandlingen MMR.

MMR är inte tydligt definierad i Patientregistret (nationella KVÅ koder används inte idag) och data för beräkning av täckningsgrad kan därför inte hämtas därifrån. NRS har därför via medverkande enheterna inhämtat information avseende det totala antalet patienter som har genomgått behandlingen MMR på specialistnivå 2021 (33 av 38 registrerande enheter har svarat).

De medverkande enheterna i NRSsv som svarade på enkäten uppgav att totalt 2300 patienter hade genomgått MMR hos dem 2021. Av dessa finns 1949 registrerade i NRS vilket är 77% av de totalt registrerade. Registrets täckningsgrad är därmed uppskattningsvis 85% under 2021. En beräkning av täckningsgraden (andel) visas nedan per sjukvårdsregion och totalt.



Figur 1. Täckningsgrad, specialiserade enheter (NRS SV), åtgärd rehabilitering 2021.

Datafullständighet

Svarsfrekvens: På nationell nivå är svarsfrekvensen efter rehabilitering 93% i NRSpv och 78% i NRSsv.

Bortfall (*missing data*): Bortfall av data varierar mellan olika mätinstrument. I NRSpv är bortfallet mellan 9% och 20% och i NRSsv mellan 24% och 33% på de obligatoriska mätinstrumenten. Vårdgivaren kan vid behov välja att begränsa registreringar till de för individens rehabilitering viktigaste mätinstrumenten, vilket ökar möjlighet att få mer komplett data vid en uppföljning av resultat. Detta kan t.ex gälla för utlandsfödda patienter med språksvårigheter eller patienter som av andra anledningar har svårigheter att fylla i formulär. Ifyllnadsgrad på detaljnivå presenteras i bilagorna.

Bortfallsanalys: I gruppen som inte svarade efter avslutad MMRsv fanns en signifikant ($p=0,014$) större andel patienter (50%) med högre grad av oro jämfört med gruppen som fyllt i formulären både initialt och vid avslut (44%). Det fanns också en större andel ($p=0,003$) som rapporterade svåra smärtor (63%) bland de som inte svarade vid avslut jämfört med de som svarade (56%). Vidare fanns i gruppen som ej svarat vid avslut en större andel ($p=0,036$) patienter som inte klarar av sina dagliga aktiviteter (22%) med jämfört med de som svarat även vid avslut (18%). En större andel patienter var stillasittande så gott som hela dagen (8%) av de som ej svarat vid avslut jämfört med av de som svarat (6%), $p=0,002$. Slutligen var en större andel av de som inte svarade vid avslut inte alls övertygade att de skulle bli återställda (34%) jämfört med de som svarade (30%), $p=0,44$.

Bortfallsanalyserna visar att det ser ut att finnas en grupp patienter med mer oro, svårare smärta, som har mer negativa tankar om framtiden eller är mer inaktiva som inte svarar vid avslut.

NRS bidrag till förbättring av vården

Enheternas användning av NRS

I kliniskt arbete: Under 2021 gjordes en kartläggning avseende enheternas användning av NRS i det kliniska arbetet. Det var 52 enheter som svarade, 36 från specialistvård och 16 från primärvård. Av de som svarade uppgav 94 % av enheterna från specialistvård respektive 89% från primärvården att de använder NRS data i det kliniska arbetet t ex under och efter rehabiliteringsperioden samt vid återkoppling till både patient och personal.

I förbättringsarbete: Under 2021 har registret kartlagt enheternas förbättringsarbete via enkät: Från specialistvården svarade 36 enheter och av dessa var det 13 som använde NRS i förbättringsarbete på enhetsnivå och 8 hade pågående forskningsstudier med NRS data som underlag. Från primärvården svarade 16 enheter och av dessa var det fyra enheter som använde NRS i förbättringsarbete. Totalt 31 av 52 enheter har haft nedstängning eller nerdragning av sin verksamhet pga Covid-19 under 2021 vilket kan ha påverkat möjligheten att bedriva förbättringsarbeten under året.

Medverkande enheterna anger att de använder NRS för att både uppmärksamma och utvärdera förbättringsarbeten.

Några exempel:

- Vi har gjort stora förändringar i rehabiliteringsprogrammets upplägg, med minskade fysiska besök och tillägg av digitala träffar. Vi följer resultaten i NRS för att se att det nya upplägget ger minst samma effekt som det tidigare upplägget.
- Uppmärksammat ett behov av att minska bortfall vid 1-årsuppföljningen för att kunna dra säkrare analyser av vår data, följer även utvecklingen av statistik kring närståendeträffar och social funktion lite extra med nytt arbetssätt rörande ny kurator
- Vi utvärderar våra behandlingsresultat för att även kunna förbättra vår behandling. Vi får samlad information om patientgruppen.
- Startat upp fler program för att täcka individuella behov
- Hur vi kan förbättra samarbetet i teamet, vilka målgrupper som behöver extra stöd och individuell anpassad behandling.
- Jämför NRS-variablerna med förbättringar och förändringar för patienterna som gått rehabprogram. Vilket ger kunskap och ger möjlighet till förbättringsarbeten
- Alltid för att se över behandlingsrutiner gentemot patient. Förändring av koncept i gruppen.
- Vi använder det i kvalitetsuppföljning.
- Förbättrat hanteringen kring enkäter för att få ett större urval och på så vis kunna göra förbättringar i vårt program.
- Diskussion och som separat ämne på personalutvecklingsdagarna dec 2021
- Vi tittar ständigt på utredningstider och rehafter. Jämför rehafter i våra olika team
- Börjat använda fler mätinstrument.
- Enheten är involverad i flera forskningsprojekt men också studentarbeten

Forskning med NRS som grund

Årligen anordnas två nationella möten med NRS forskningsgrupp där även patientrepresentanter deltar. Det pågår forskningsprojekt med flera externa medel. NRS har en sluten hemsida för forskningsgruppens deltagare ca 60 personer, professorer, docenter och disputerade, en aktiv doktorandgrupp och forskningsintresserade kliniker. Under genomfördes 2 digitala forskardagar, 28 maj och 11 november. Ett större antal vetenskapliga artiklar med data från NRS finns publicerade. Under 2021 publicerades 18 artiklar.

Länk: <https://www.ucl.ac.uk/nrs/research> / 1.NRS publikationer 2005 och framåt v14.

Nedan presenteras några exempel från artiklar som publicerades 2021:

Gerdle B. et al. *Spreading of Pain in Patients with Chronic Pain is Related to Pain Duration and Clinical Presentation and Weakly Associated with Outcomes of Interdisciplinary Pain Rehabilitation: A Cohort Study from the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQR)*. J Pain Res. 2021 Jan 28;14:173-187.

Studien visar att mer generaliserad smärta har samband med längre smärtduration och en svårare klinisk bild innan rehabilitering samt är negativt associerat med utfall av rehabiliteringen. Detta resultat stödjer vikten av tidig rehabilitering för att om möjligt ändra prognosen. Det ger också en indikation om att rehabiliteringen för patienter med generaliserad smärta behöver utvecklas.

Svanberg M. et al. *Opioid Prescriptions in Chronic Pain Rehabilitation. A Prospective Study on the Prevalence and Association between Individual Patient Characteristics and Opioids*. J Clin Med. 2021 May 14;10(10):2130.

Totalt 1334 patienter med långvarig smärta följdes avseende opioidförskrivning under 2 år efter smärtbedömningen, 24% deltog i rehabilitering. Totalt sett hade 55% någon förskrivning av opioider. För rehabpatienter var dysfunktionell smärtcoping en unik prediktor och för utredningspatienter var prediktorerna smärtintensitet och depressiva symtom. Författarna drar slutsatsen att förskrivning av opioider är vanligt bland patienter inom den specialiserade smärtvården. De föreslår att framtida forskning behövs för att förstå varför dessa faktorer relaterar till förskrivning för att på sikt förebygga överanvändning.

Rivano Fischer M et al. *Do quality of life, anxiety, depression and acceptance improve after interdisciplinary pain rehabilitation? A multicentre matched control study of acceptance and commitment therapy-based versus cognitive-behavioural therapy-based programmes*. Journal of International Medical Research. July 2021.

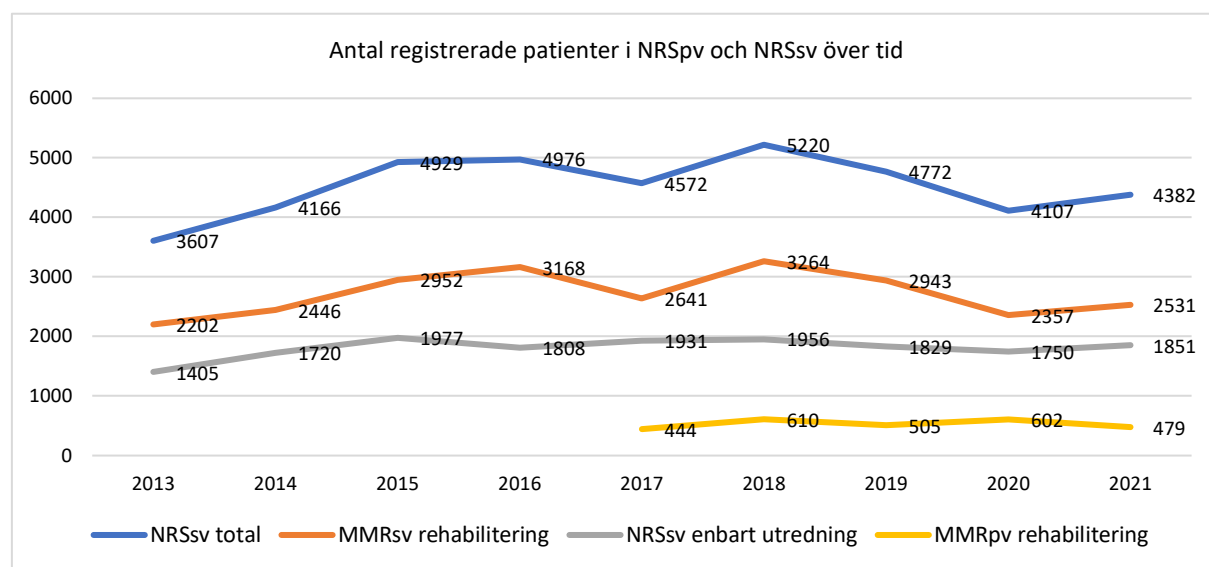
Två olika inriktningar på intensiva interdisciplinära rehabiliteringsprogram jämfördes med avseende på resultat, Kognitiv beteendeterapi (KBT) Acceptance and commitment therapy (ACT). Resultat mätt med EQ-5D och HADS depression var lika för både ACT och KBT. Inte oväntat hade ACT något större effekt på acceptans mätt med CPAQ. Klinisk betydelse: Både KBT och ACT är effektiva i att förbättra viktiga hälsorelaterade faktorer för patienter med långvarig smärta.

Genom nära samarbete mellan NRS forskargrupp och enheter delaktiga i NRS skapas stora möjligheter att kliniska frågor inspirerar till forskning och att relevanta forskningsresultat implementeras i verksamheterna på nationell nivå inom en snar framtid.

Beskrivning av patienter som avslutades 2021

Registrering i tidsperspektiv

Registrerade patienter i NRS som genomgått MMRsv under 2021 var 2531 patienter och MMRpv 479 patienter. Vid de specialiserade enheterna registrerades dessutom 1851 patienter som utreddes utan att gå igenom rehabilitering. Figur 2 visar förändringar i registrerade patienter över tid (2013–2021).



Figur 2. NRS avslutade patienter, alla registreringar, total och per kategori, 2013–2021.

Orsak till avbrott

Registret följer upp hur många patienter som avbryter sin rehabilitering samt orsakerna till sådana avbrott. Dessa siffror används t.ex. som underlag för att vid behov effektivisera flödena mellan utredningsverksamhet och MMR.

Det var ett mindre antal patienter, 8%, som avbröt MMRsv; 139 patienter genom eget beslut, 49 på grund av annan medicinsk kontakt och 42 på grund av andra anledningar. Inom MMRpv avbröt också 8%; 12 patienter genom eget beslut, 15 på grund av annan medicinsk kontakt och 14 på grund av andra anledningar. Rutinerna för registrering av avbrott skiljer sig mellan NRSsv och NRSsv vilket gör att andelarna inte är jämförbara.

DEL 1: GLOBALA HÄLSOFÖRÄNDRINGAR

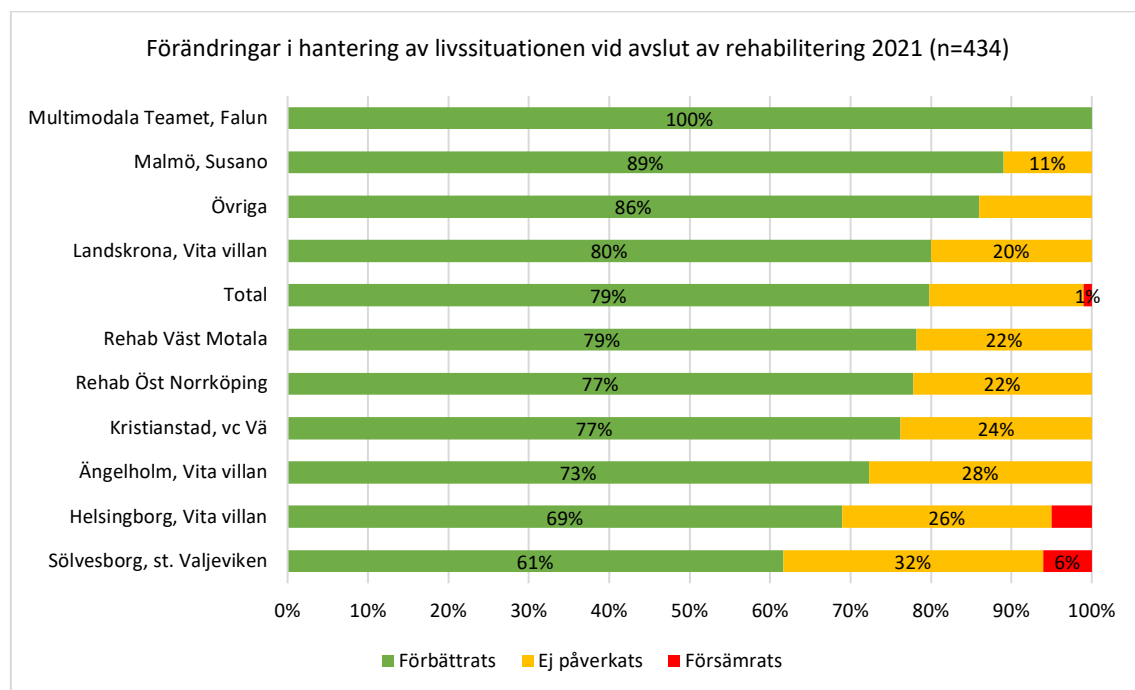
Behandlingen MMR avser att förbättra patienternas hälsotillstånd. För att få en övergripande bild över patienternas utfall efter rehabilitering, ställs två globala frågor som ger en indikation på de förändringar som är relevanta för samtliga patienter oberoende av enskilda besvärssbilder. Dessa två frågor är ”Har din rehabiliteringsperiod förändrat din förmåga att hantera livssituationen i stort” och ”Har din rehabiliteringsperiod förändrat din smärtupplevelse”. Patienten får också uppskatta sitt hälsotillstånd i EQ-VAS (s.k. Hälsobarometer) som också anger en global förändring vid jämförelse av patienternas upplevda hälsa före och efter MMR.

Enheterna rangordnas i figurerna nedan avseende förändring vid rehabiliteringsavslut.

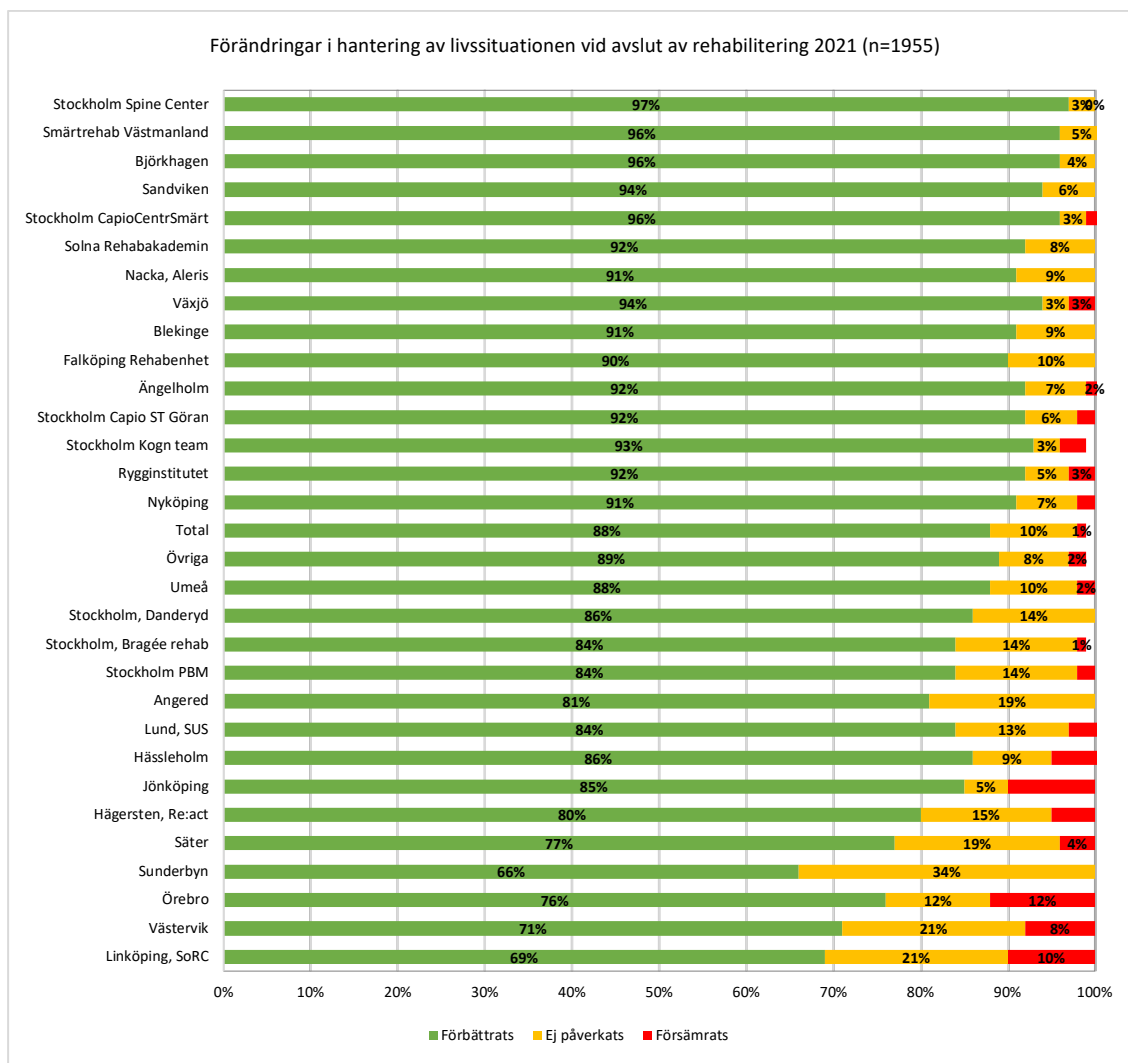
Förändrad hantering av livssituationen efter rehabilitering

Patienterna avslutar sin rehabilitering på flera enheter med en tydlig övertygelse om att de har fått adekvata strategier för att hantera livssituationen i stort (Figur 3 och 4). I linje med rehabiliteringens huvudsyfte upplever flertalet patienter som rapporterar till NRS att rehabiliteringen på ett påtagligt sätt har förbättrat deras förmåga att hantera livssituationen i stort. Detta oftast trots kvarvarande smärta.

Enheterna rangordnas i figurerna nedan avseende förändring vid rehabiliteringsavslut.



Figur 3. Förändringar i förmåga att hantera livssituationen per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.



Figur 4. Förändringar i förmåga att hantera livssituationen per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

I figur 3 ser vi att 79% av patienterna uppger en förbättrad förmåga att hantera livssituationen vid avslut av MMRpv och i figur 4 ser vi att 88% av patienterna uppger ha en förbättrad förmåga att hantera livssituationen vid avslut av MMRsv.

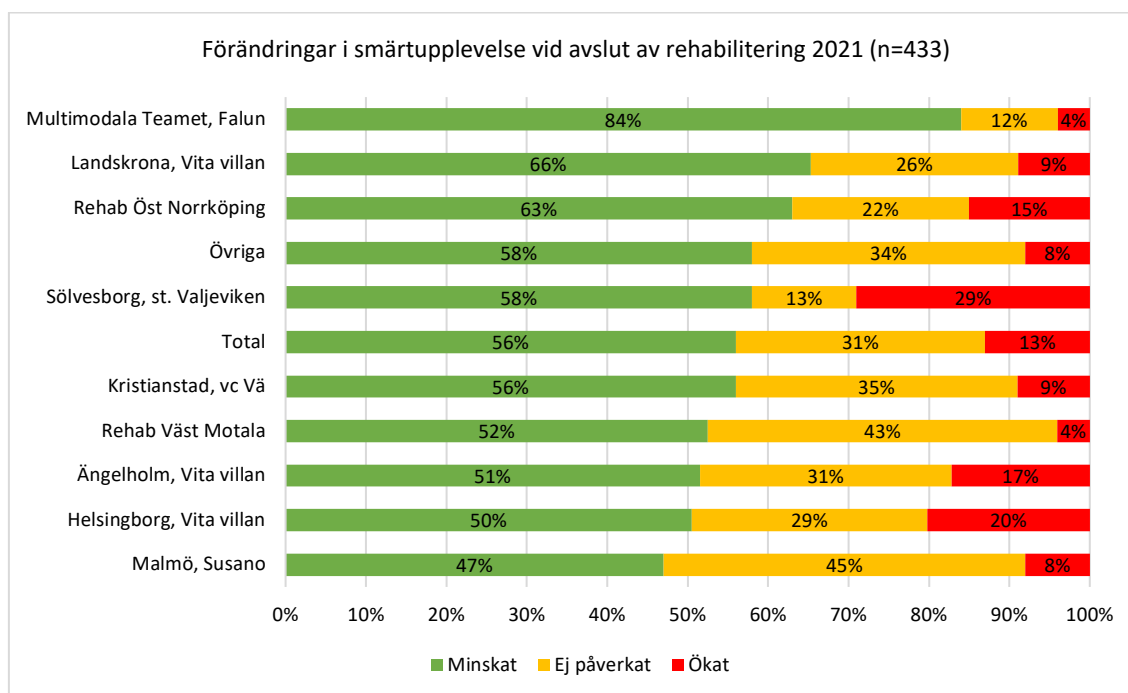
Dessa resultat innebär att efter avslutad MMR, oberoende av vårdnivå, upplever absolut majoriteten av patienter sin livssituation som förbättrad. Det finns enheter som rapporterar förbättringar för över 90% av patienterna. Andel förbättrade patienter varierar från 61% till 100% inom MMRpv och från 69% till 97% inom MMRsv. Dessa skillnader kan analyseras vidare av enheterna och även om utfallet är mycket övertygande för flertalet finns det möjlighet till förbättringar för några enheter.

Patienterna som ingår i MMRpv bör ha något bättre utgångsläge pga mindre komplex problematik på grupp nivå jämfört med patienter som ingår i MMRsv. Det innebär att andelen som kan förväntas förbättra hantering av livssituationen därför blir mindre totalt. Patienter som ingår i MMRsv har på grupp nivå en mer komplex problematik. De får också oftast en mer intensiv och specialiserad rehabilitering än vad som är möjlig i MMRpv. Detta kan påverka dessa resultat. Förväntad andel som kan förbättra sin livssituation bör kanske därför ligga något högre i de specialiserade enheterna.

Information, på enhetsnivå, om svar på frågan om förändringar i hantering av livssituationen i stort återfinns i bilagorna.

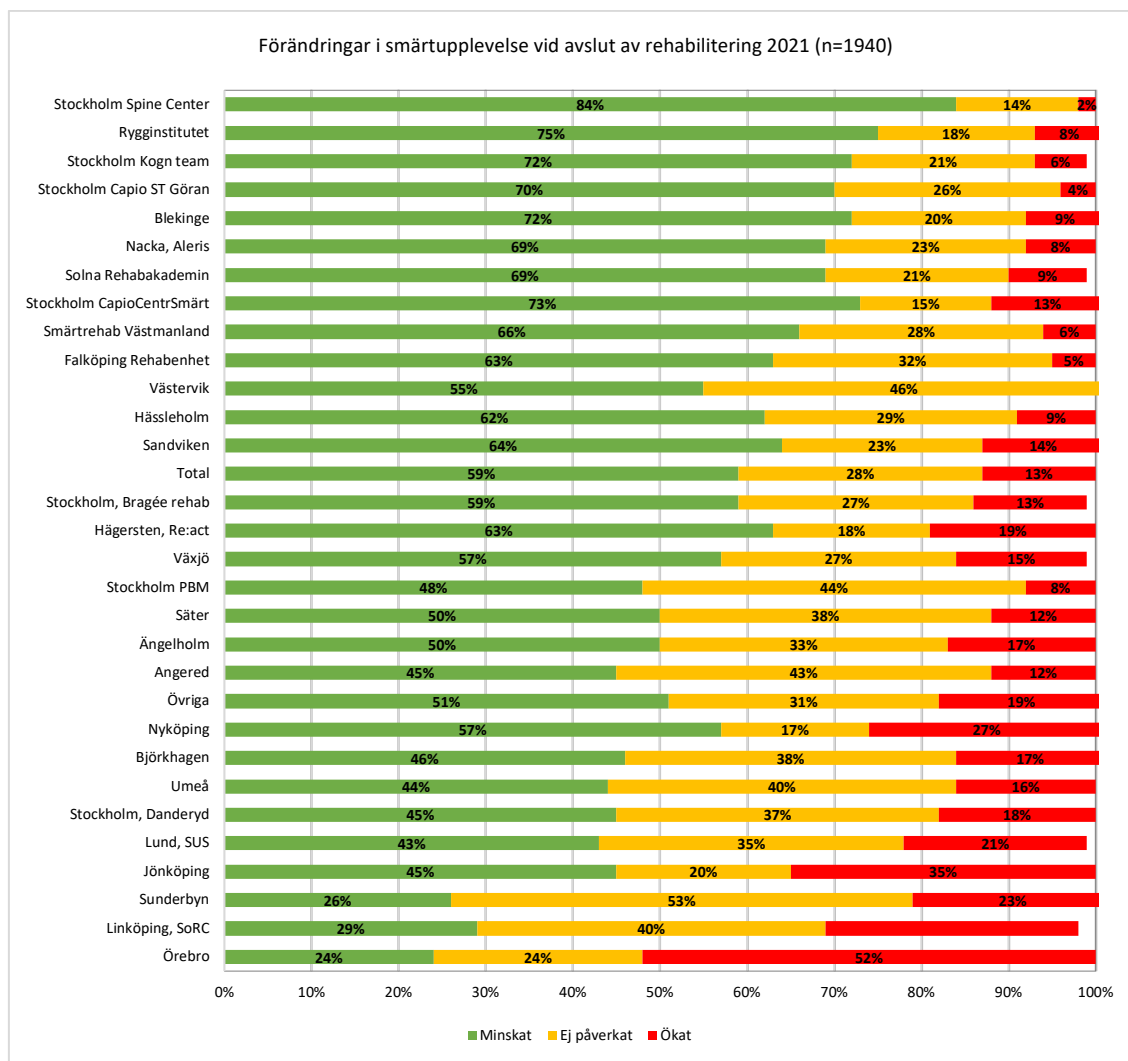
Förändrad smärtupplevelse efter rehabilitering

Smärtupplevelsen som specifikt utfallsmått är sällan i fokus för smärtrehabilitering. Detta eftersom rehabilitering syftar till beteendeförändringar som minskar negativa konsekvenser av långvarig smärta och att underlätta normal livsföring, trots en kvarvarande smärta. En stor andel patienter upplever trots detta att deras smärtupplevelse förändrats i en positiv riktning (Figur 5 och 6).



Figur 5. Förändringar i smärtupplevelse per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.

Det är viktigt att, i tider då beslutfattare söker evidens för att allokera resurser inom vården på mest effektiva sätt, via kvalitetregisterdata öka kunskapen kring MMR och vilket utfall som är relevant för patienternas situation och vardag. Enligt forskning vet vi att smärtminskning på längre sikt kan vara en konsekvens av ett mer aktivt eller anpassat liv i en riktning som varje individ anser viktig och värdefull.



Figur 6. Förändringar i smärtupplevelse per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

På nationell nivå ser vi (figurerna 5 och 6) att 56% av patienterna som genomgått MMRpv och 59% som genomgått MMRsv rapporterar att smärtupplevelsen har minskat vid avslut av rehabiliteringen. Detta måste anses som ett bra resultat med tanke på att a) utfallet registreras efter en genomsnittlig behandlingstid på ca 1-3 månader och att patienterna har haft långvarig smärta (om man räknar från deras rapporterade smärtdebut) under lång tid (minst 5 år i genomsnitt i NRSsv), b) många har sökt vård minst fyra gånger året före MMR (60% i MMRsv och 61% i MMRpv) och att c) de flesta patienter har rapporterat många smärtlokaliseringar, en eventuell indikator på en i nervsystemet generaliserad smärtproblematik.

Vi ser att det är stora skillnader på andel patienter som rapporterar en minskning av smärtupplevelsen mellan landets enheter. En minskad smärtupplevelsen vid avslut av rehabilitering varierar mellan 47% och 84% i MMRpv och mellan 24% och 84% i MMRsv.

Information, på enhetsnivå, om svar på frågan om förändringar i smärtupplevelse återfinns i bilagorna.

Inom MMRpv finns också frågan "Har din rehabiliteringsperiod förändrat din förmåga att hantera smärtan". Här uppger 79% en förbättring och 1% en försämring. Även detta får ses

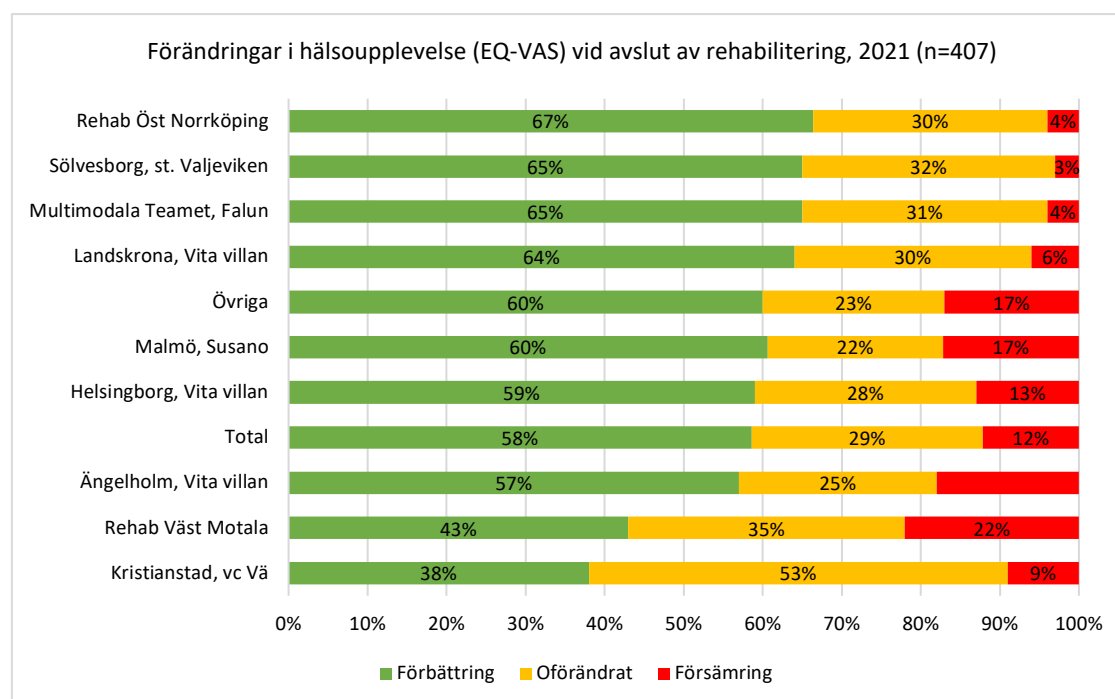
som ett mycket bra resultat av en förändring av största betydelse för patienter med långvarig smärta.

Förändrat hälsotillstånd efter rehabilitering

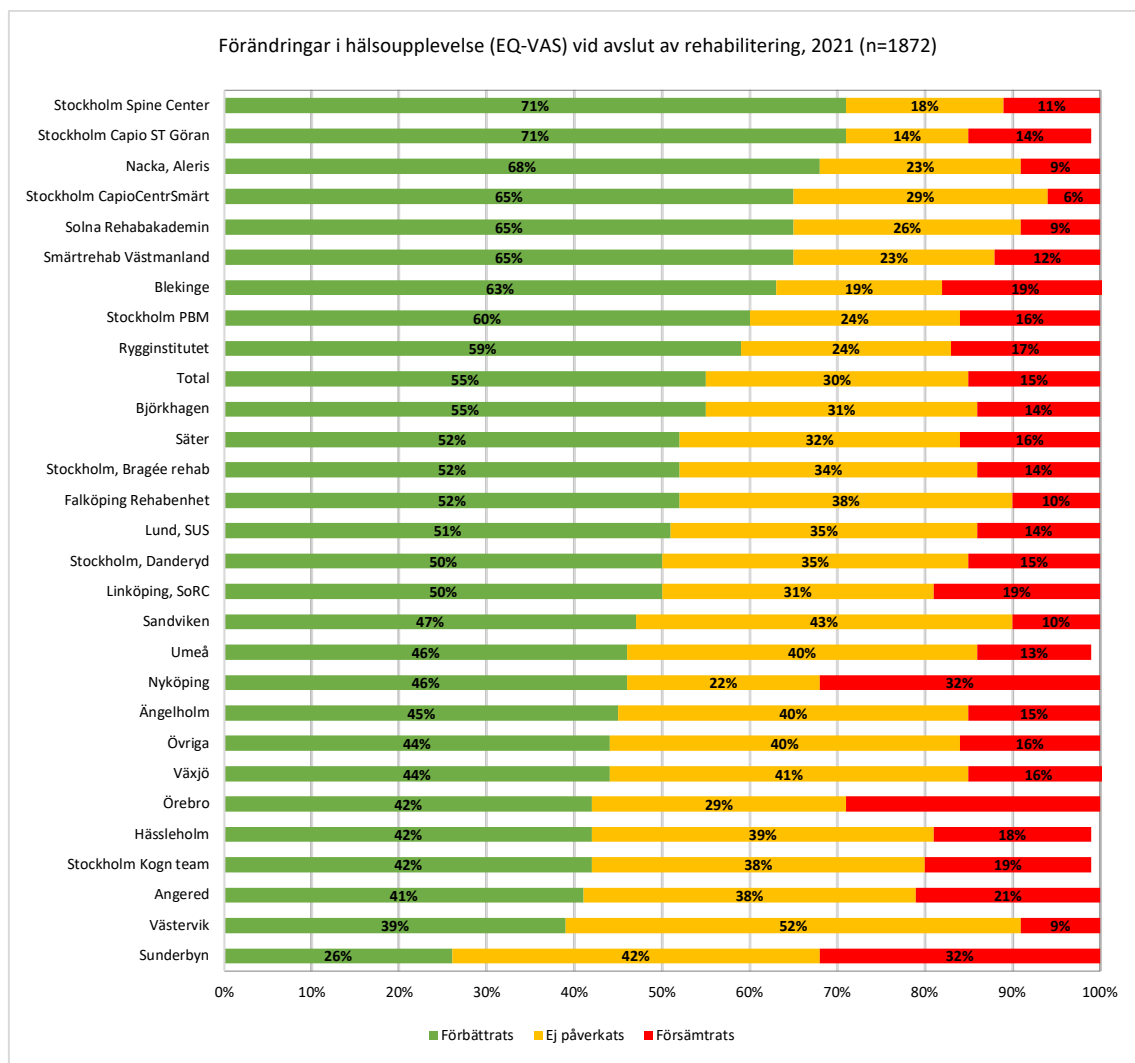
Uppfattningar om det egna hälsotillståndet kan mätas på olika sätt. I NRS mäts hälsa bl.a. med EQ-VAS. Förändringar av patienternas upplevelse av det egna hälsotillståndet vid avslut av rehabiliteringen beskrivs för samtliga deltagande enheter som rapporterat in data, i figur 7 (MMRpv) och figur 8 (MMRsv).

Efter avslutad MMRpv rapporterar 41% en förbättring (56% under 2020) och 14% en försämring av hälsotillståndet (Figur 7). Motsvarande andel som rapporterar en förbättring i MMRsv är 55% (60% under 2020) och 13% uppger ett försämrat hälsotillstånd (Figur 8). Utfallet bekräftar att i stort förbättras patienternas självrapporterade hälsa, men andelen minskar i MMRpv såväl som i MMRsv. Det finns anledning att studera gruppen vars självrapporterad hälsa inte förbättras med syfte att eventuellt modifiera åtgärderna.

Förbättringen av hälsotillståndet vid avslut av rehabilitering varierar mellan enheterna från 38% (45% under 2020) till 67% (74% under 2020) i MMRpv och från 26% (35% under 2020) till 71% (78% under 2020) i MMRsv. Försämringen av det rapporterade allmänna hälsotillståndet varierar mellan enheterna och vårdnivåerna. Från 4% till 22% i MMRpv och från 6% till 32% i MMRsv. Försämringen kan komma att förklaras med pandemins effekter på hälsotillstånd men studier kring pandemins påverkan på patienter som registreras i NRS finns än inte tillgängliga.



Figur 7. Förändringar i hälsoupplevelse (EQ-VAS) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.



Figur 8. Förändringar i hälsoupplevelse (EQ-VAS) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

Det är väsentligt att vara uppmärksam på skillnader mellan rapportering på grupp- och individnivå när data från registret används som stöd för åtgärder inom sjukvården. Att efterfråga individernas uppfattningar om det egna hälsotillståndet innebär alltid att rapportering är högst individuell och multifaktoriell. Därför bör förändringar i hälsotillståndet hos den enskilda patienten förklaras utifrån de faktorer som är viktiga för var och en av dem. Registret å andra sidan beskriver dessa förändringar på gruppnivå och syftar till att analysera möjliga samband mellan de variabler som finns tillgängliga i NRS. Positivt är att en hög andel av patienterna vid avslut av MMR, både MMRpv och MMRsv, efter en relativt kort behandlingsperiod rapporterar positiva förändringar i sitt hälsotillstånd.

DEL 2: ÖVRIGA FÖRÄNDRINGAR VID AVSLUT AV REHABILITERING

Skillnaden i andel förbättrade patienter kan t ex bero på skillnader i patienters kliniska bild initialt, tidsperspektiv avseende vårdförlopp, vilken diagnosgrupp som rehabiliteras, vilka åtgärder som rehabiliteringen innehåller på de olika enheterna samt om läkemedelsförskrivning sker under programmen eller inte. Varje enhet kan jämföra sig med

de enheter som har liknande patientunderlag initialt samt liknande programinnehåll och/eller målsättningar i sina rehabiliteringsprogram.

I denna rapport presenteras förändringar efter rehabilitering per enhet avseende rapporterat psykologisk mående (HAD-ångest och HAD-depression), negativa tankar kring smärtan (PCS-katastrofiering) samt upplevd arbetsförmåga (WAI) med figurer. Förändringar på samtliga utfallsvariabler finns att analysera i bilagorna.

Förändringar i ångest och depression efter rehabilitering (HAD)

HAD är ett självskattningsformulär som avser att mäta ångest- och depressionsymptom hos patienter inom somatisk vård. HAD består av 14 frågor som ger svar på 2 delskalor:

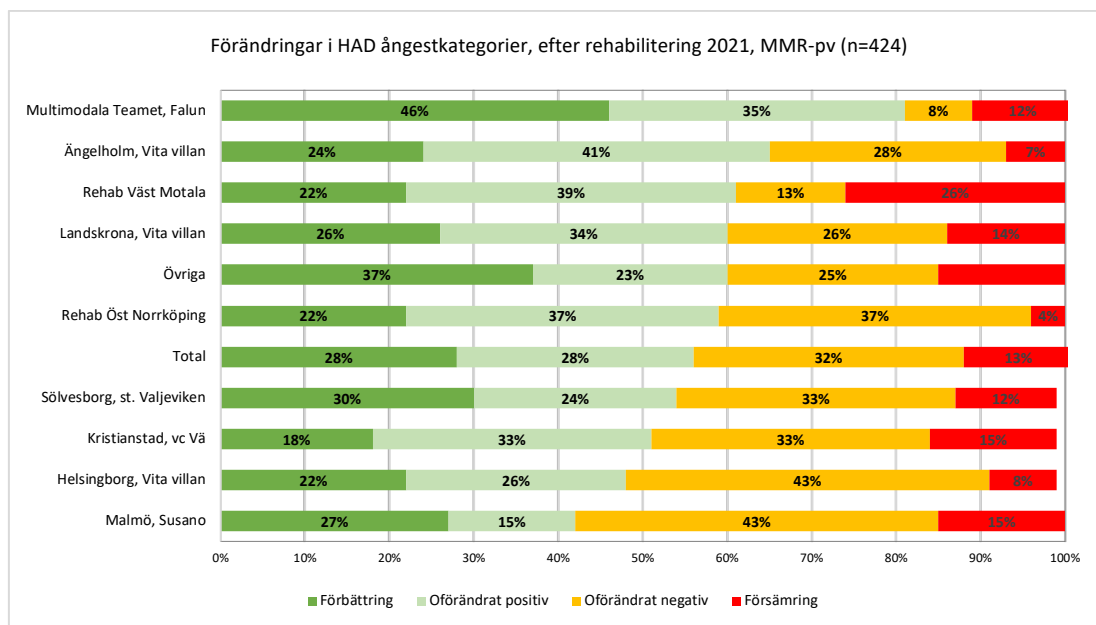
1) Ångest/oro. Poäng summeras och kan grupperas i 3 kategorier som pekar på svårighetsgrad: 0-7p indikerar liten risk; 8-10p indikerar risk; 11-21p indikerar sannolik risk ångest/oro.

2) Depressivitet/nedstämdhet. Poäng summeras och kan grupperas som ovan.

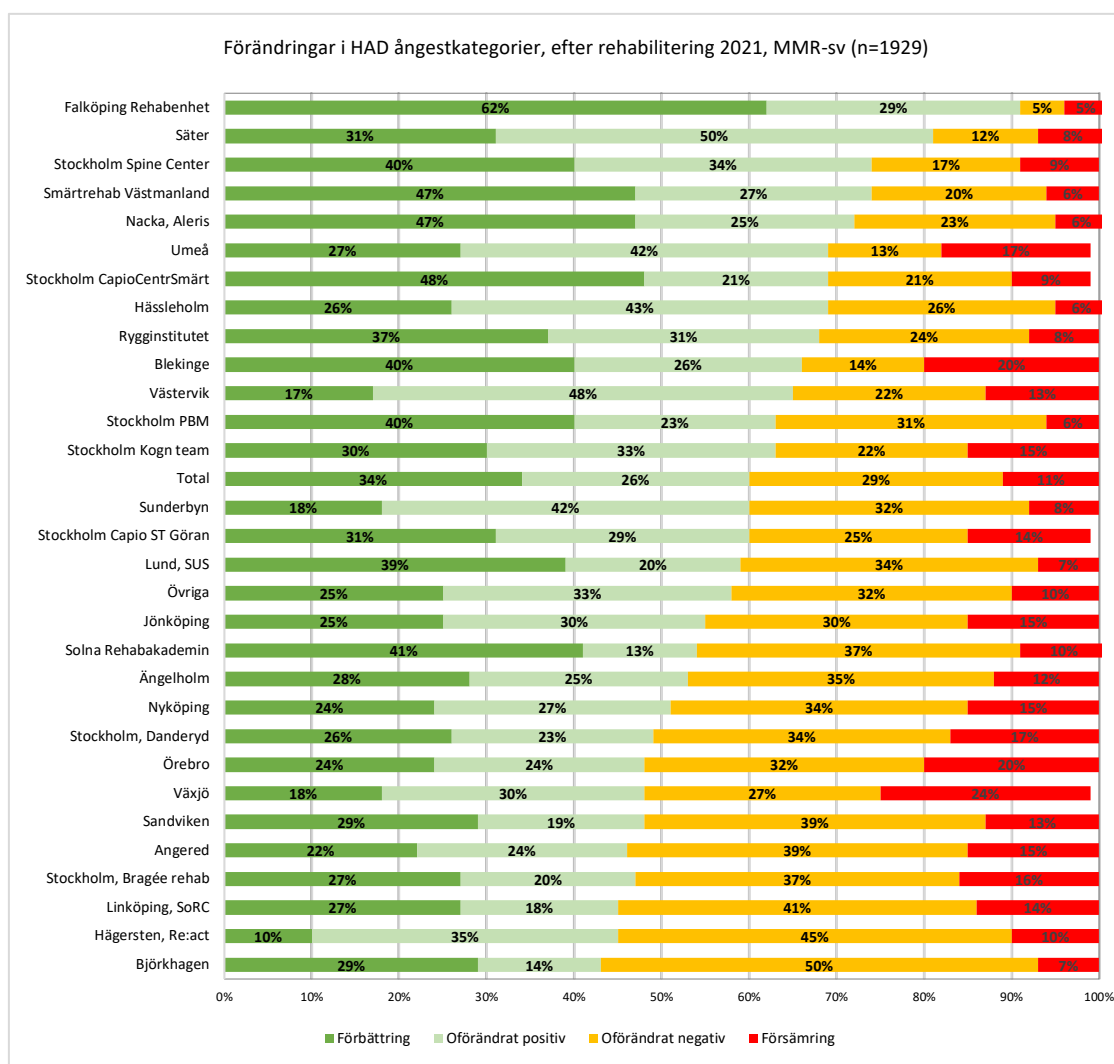
Förändringar definieras enligt följande. Förbättring innebär att skattningen ändras från en "svårare" till en "lättare" kategori vid andra mätpunkten. Oförändrat positivt innebär att skattningen ligger kvar i den "lättaste" kategorin (0-7p) vid båda mätpunkterna. Oförändrat negativt innebär att skattningen ligger kvar i samma kategori med risk för ångest/depression vid andra mätpunkten. Försämring innebär att skattningen ändras från en "lättare" till en "svårare" kategori vid andra mätpunkten.

Vid analys av resultaten, rekommenderar vi att man jämför med initiala värden och relaterar dessa till förändringar vid avslut, både vad gäller förbättringar och försämringar. Om vi som exempel tar andelen oförändrat positiva i HAD ångest så bör andelen analyseras i relation till hur stor andel som låg i den lägsta kategorin av ångest (0-7) redan från början.

Om en enhet har 15% av patienterna i den lägsta kategorin från början (initialt) och en annan har 30% i denna kategori bör skillnader vid avslut relateras till de initiala värdena. Om den första enheten rapporterar 15% som oförändrat positivt och den andra rapporterar 25% som oförändrat positivt har den första enhet bättre utfall vad gäller kategorin.



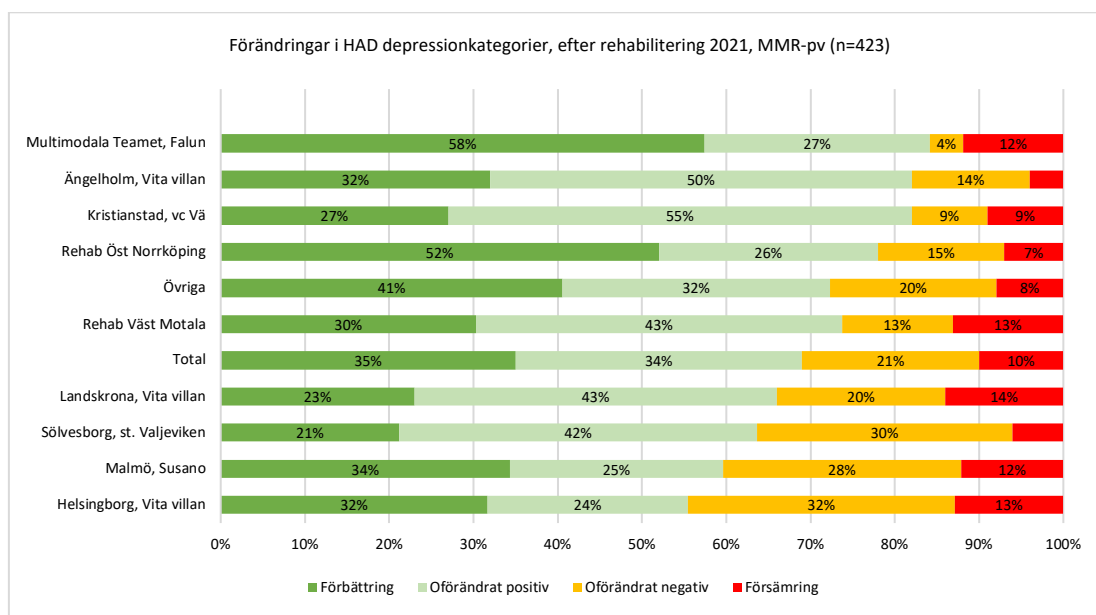
Figur 9. Förändringar i ångestkategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.



Figur 10. Förändringar i ångestkategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

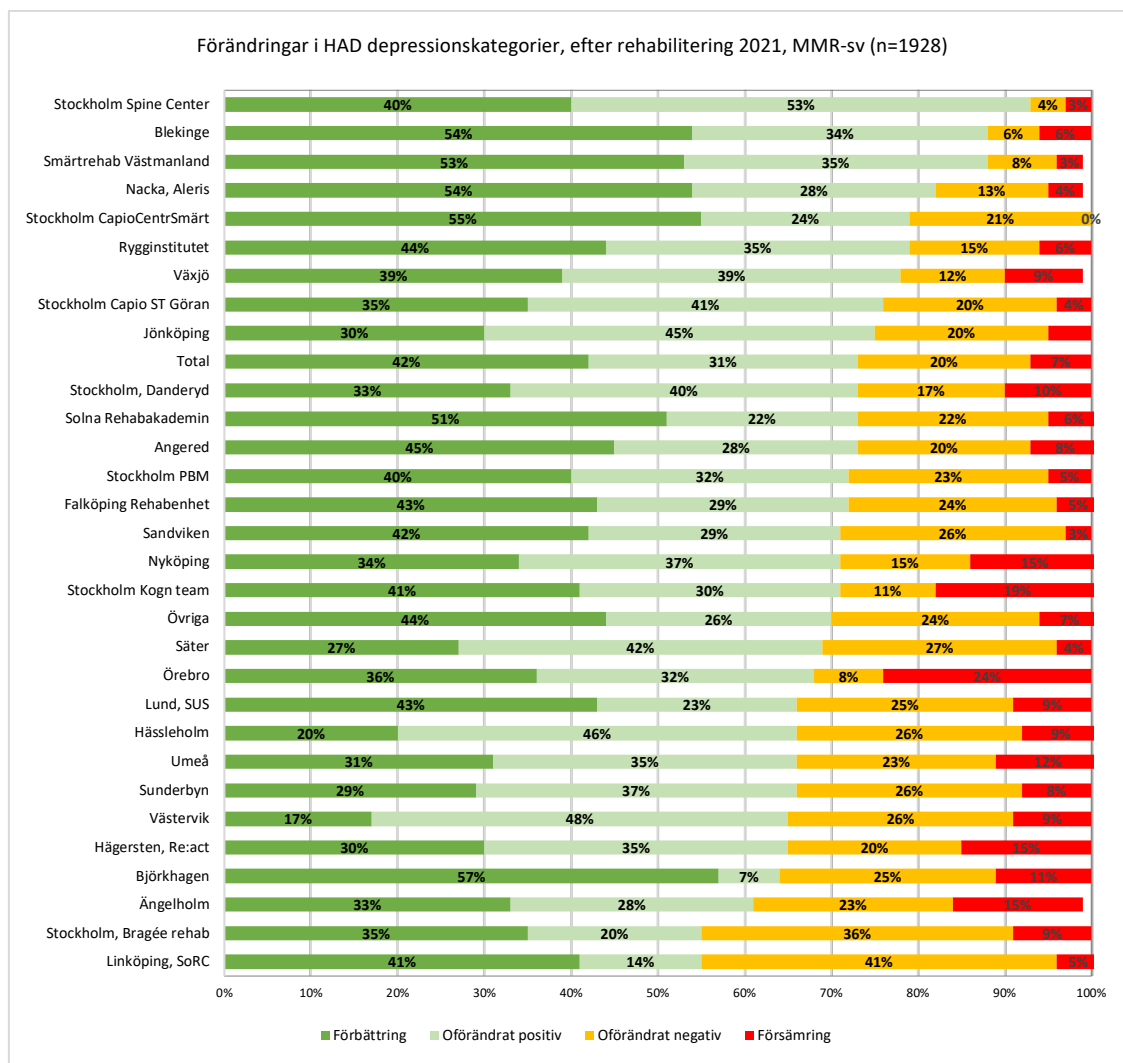
Förändringar i patienternas rapporterade ångest/ängslan är övervägande positiva (figurer 9 och 10). Mer än hälften (56% för NRSpv och 60% för NRSsv) av patienterna har förbättrats eller har stannat kvar i kategorin ”ingen risk för ångest” vid avslut av rehabilitering. Det kan vara rimligt att några patienter har viss ökad ångest i samband med avslut av rehabilitering, då man ofta befinner sig i en ansträngande förändringsprocess. Därför är det viktigt att enheterna följer upp de individuella resultaten vid avslut med sina resultat ett år efter rehabilitering.

MMR syftar till beteendeaktivering vilket är en vedertagen behandling vid depression. Att regelbundet komma till en behandling som erbjuder schemalagda, strukturerade aktiviteter kan ses som en beteendeaktivering framför allt för patienter som gått sjukskrivna med få sociala kontakter under en längre tid. Ofta sker rehabilitering i grupp där patienter, med stöd av personal, uppmuntrar varandra och utbyter erfarenheter om hur smärta kan hanteras. Patienter får också oftast möjlighet till ökad och/eller anpassad fysisk träning samt hjälp att återta aktiviteter med bättre strategier relaterat till hemliv, arbete och fritid, vilket tillsammans är strategier som positivt påverkar depression.

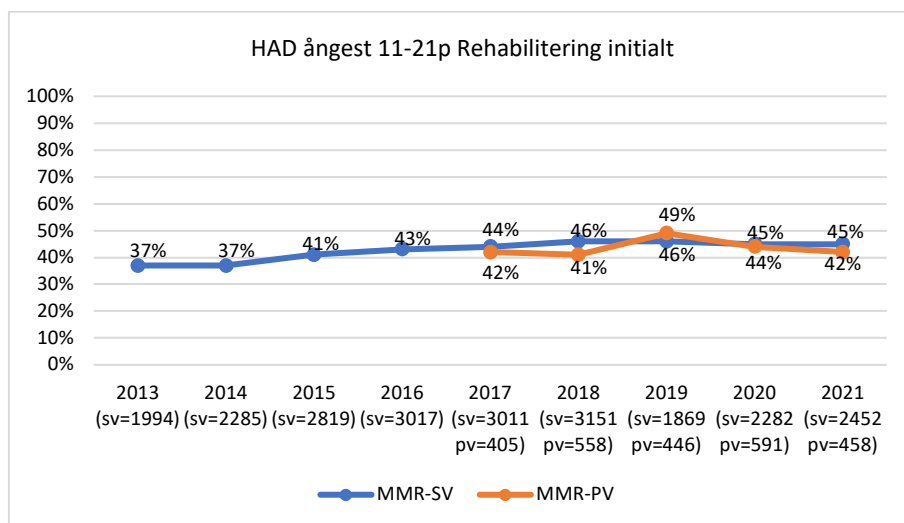


Figur 11. Förändringar i depressionskategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.

Efter MMR har nästan tre fjärdedelar förbättrats eller är kvar i kategorin ”ingen risk” för depression, både för NRSpv och NRSsv (se figur 11 och 12).



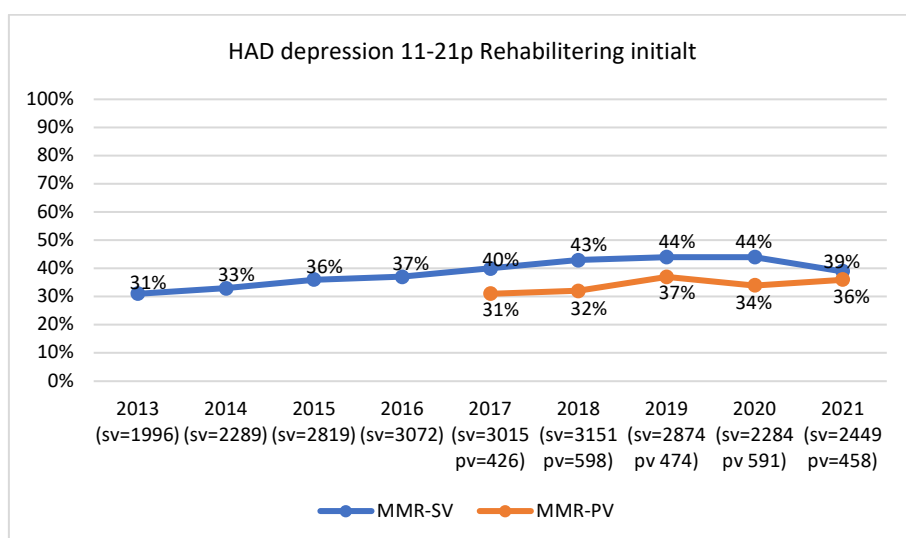
Figur 12. Förändringar i depressionskategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.



Figur 13. Andel patienter i kategorin "sannolikt klinisk ångest" initialt (HAD 11-21p) före MMRsv och MMRpv.

Med tanke på rapporter om den ökande psykiska ohälsan i samhället, som vi också kan se i ingångsmåtten i NRS över tid i båda vårdnivåer (figurer 13-14), så lyckas enheterna förbättra många patienters ångest- och depressionssymptom.

Andel patienter som skickas till specialiserade enheter och som rapporterar kliniska tecken på depression (och inaktivitet) är större än de som skickas till enheter på primärvårdsnivå vilket tyder på ett adekvat urval, även om skillnader mellan enheter inom primärvård och specialiserad vård minskat något 2021. Andel patienter som rapporterar kliniska tecken på ångest skiljer sig inte mellan enheterna, vilket tyder på att det är andra faktorer än ångest som överväger vid beslut om vilken nivå av rehabilitering behövs.

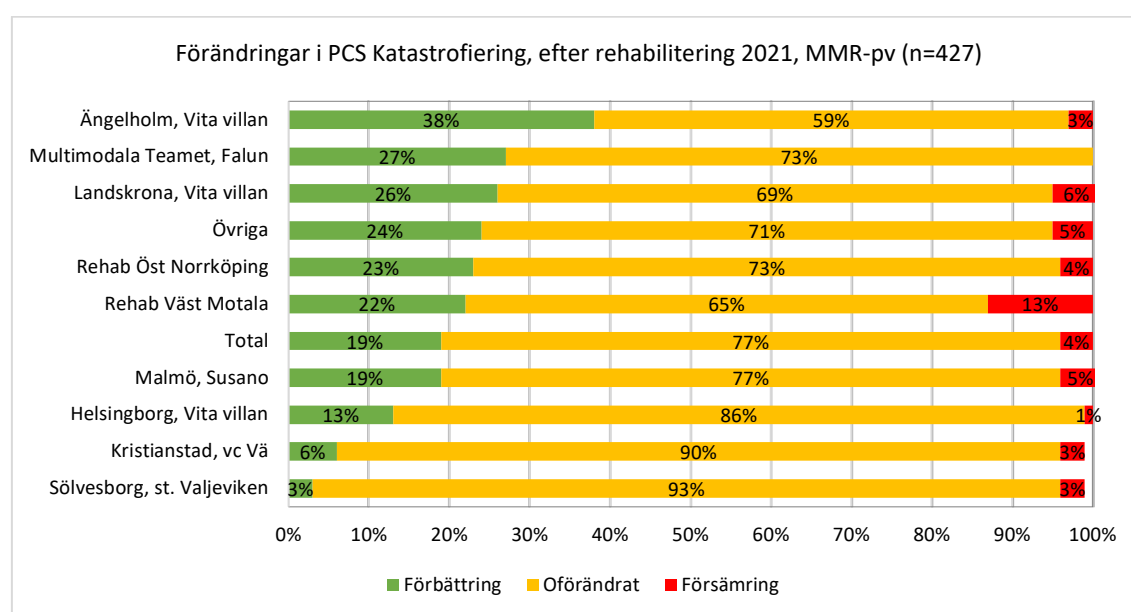


Figur 14. Andel patienter i kategorin "sannolikt klinisk depression" initialt (HAD 11-21p) före MMRsv och MMRpv.

Förändringar i katastrofiering efter rehabilitering (PCS)

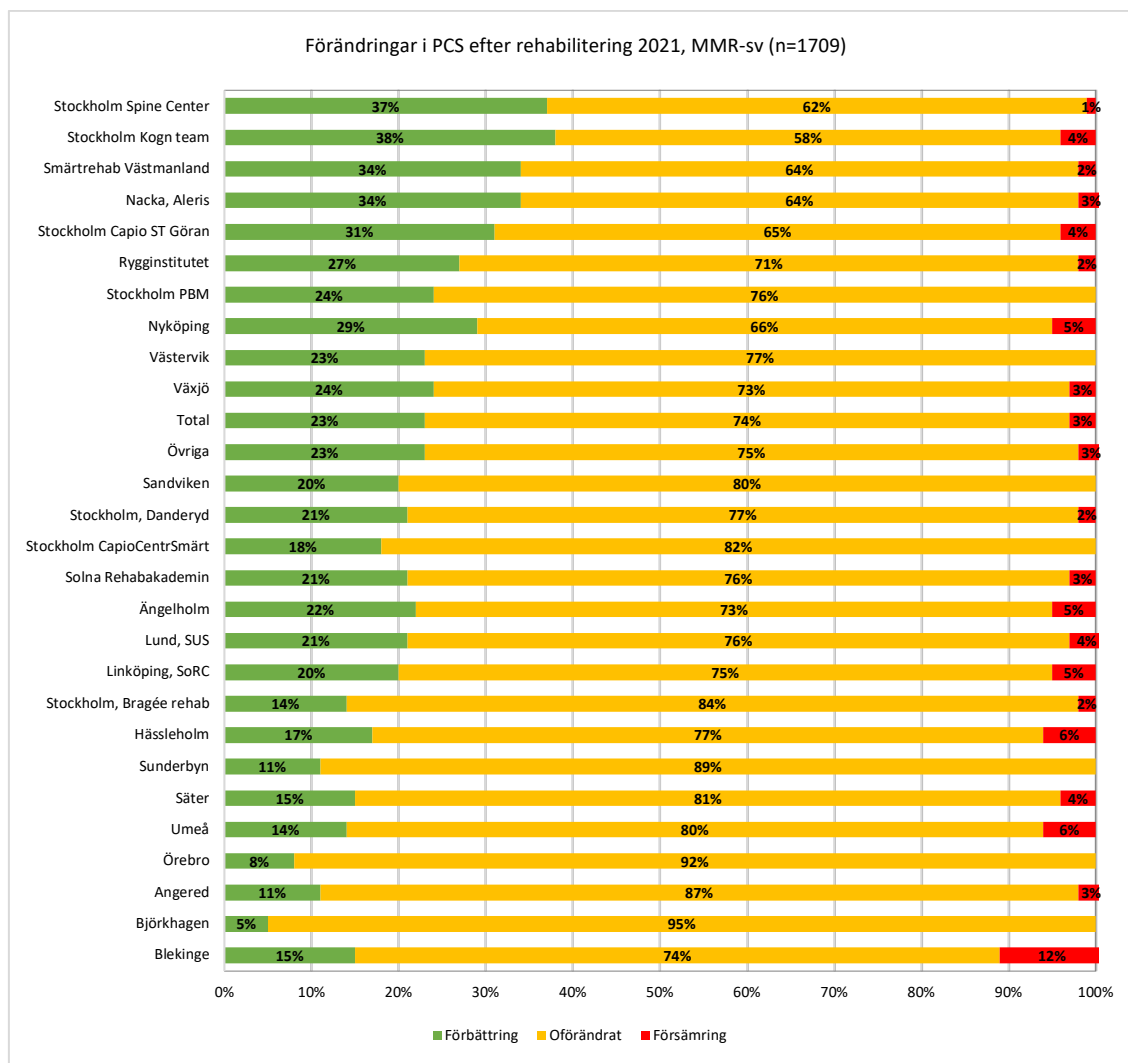
PCS (Pain Catastrophizing Scale) avser att mäta graden av smärtrelaterade katastroftankar och emotioner för patienter med smärta. Frågeformuläret PCS består av 13 frågor och det finns fem skalsteg, från "inte alls" till "hela tiden". Antal poäng är mellan 0 och 52. Lägre poäng på skalan innebär mindre 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 15. Förändringar i katastrofiering (PCS) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.

19-23% av patienter rapporterar en positiv förändring större än 15p i PCS, en förändring som tolkas vara klinisk signifikant (figurerna 16 och 17). I bilagornas tabeller finns ytterligare information om andel patienter som inte rapporterar några tecken på katastrofiering före och efter rehabilitering.

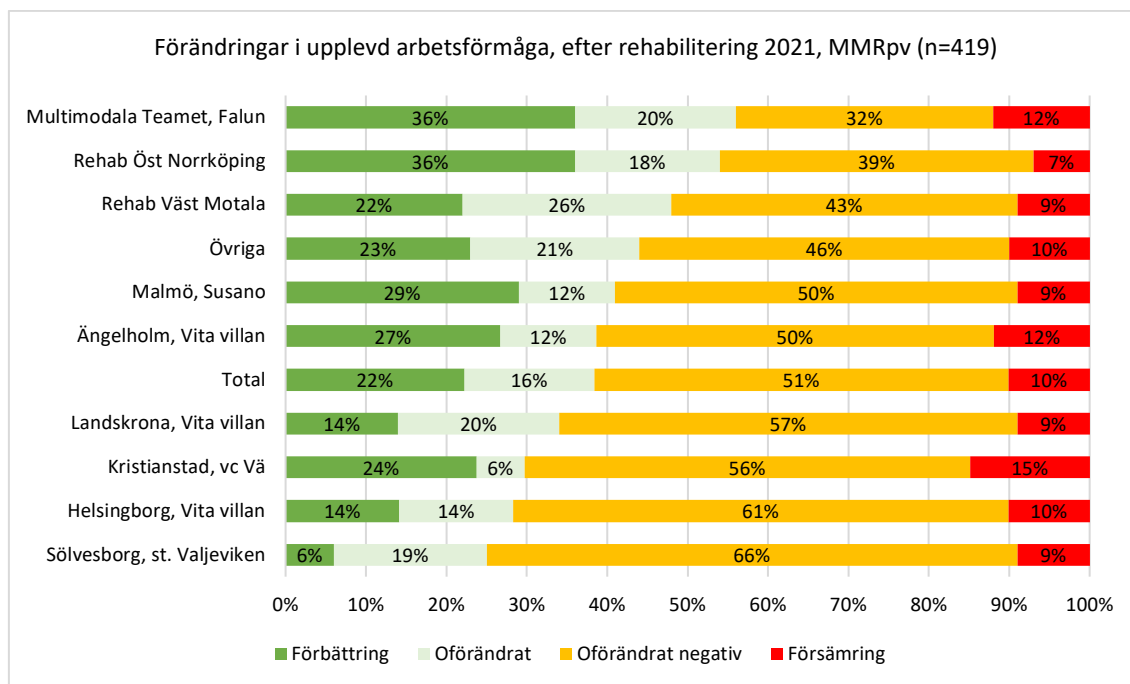


Figur 16. Förändringar i katastrofiering (PCS) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

Förändringar i självrapporterad arbetsförmåga efter rehabilitering (WAI)

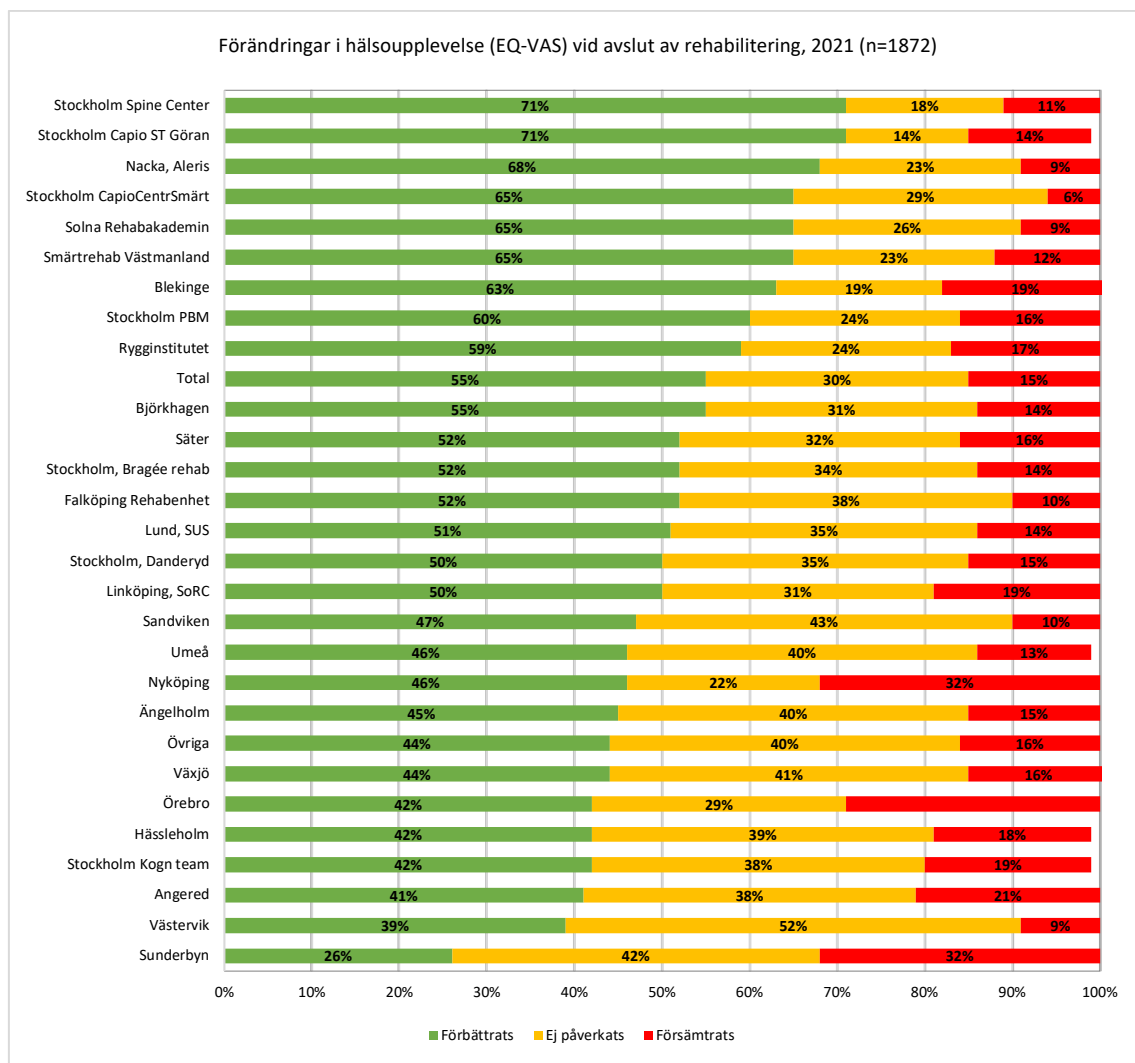
I WAI (Work Ability Index) skattar individen sin egen arbetsförmåga på en skala mellan 0–10 där 10 är bäst. I NRS används den frågan i WAI som har visats ge en enskild reliabel indikation på individens arbetsförmåga. Individens arbetsförmåga kan klassificeras i kategorierna; dålig (0–5), måttlig (6–7), bra (8–9) eller utmärkt (10) arbetsförmåga (Företagshälsovården, <http://fhvmetodik.se/svenska-wai-natverket/>).

Förändringar definieras enligt följande. Förbättring betyder att skattningen ändras från en kategori med lägre antal poäng till en kategori med högre antal poäng. Oförändrat positivt betyder att skattningen ligger kvar i kategorin ”bra/utmärkt” vid andra mätpunkten. Oförändrat negativt betyder att skattningen ligger kvar i kategorin ”dålig” eller ”måttlig” vid andra mätpunkten. Försämring betyder att skattningen ändras från en kategori med högre antal poäng till en kategori med lägre antal poäng vid andra mätpunkten.



Figur 17. Förändringar i upplevd arbetsförmåga (WAI) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.

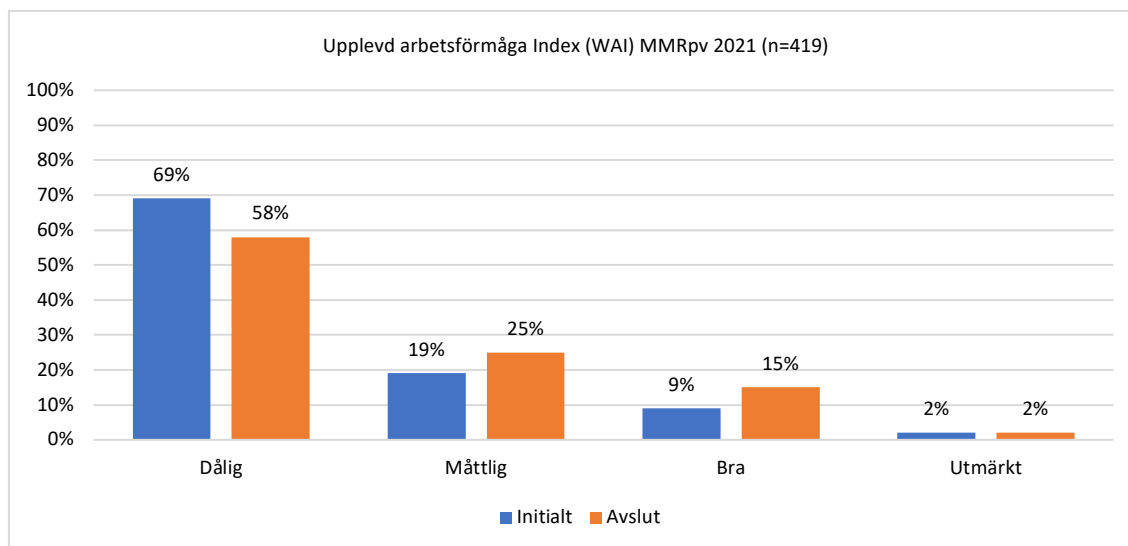
Vid avslut av MMR uppger ungefär en fjärdedel av patienterna en förbättrad självskattad arbetsförmåga (figurer 17–18).



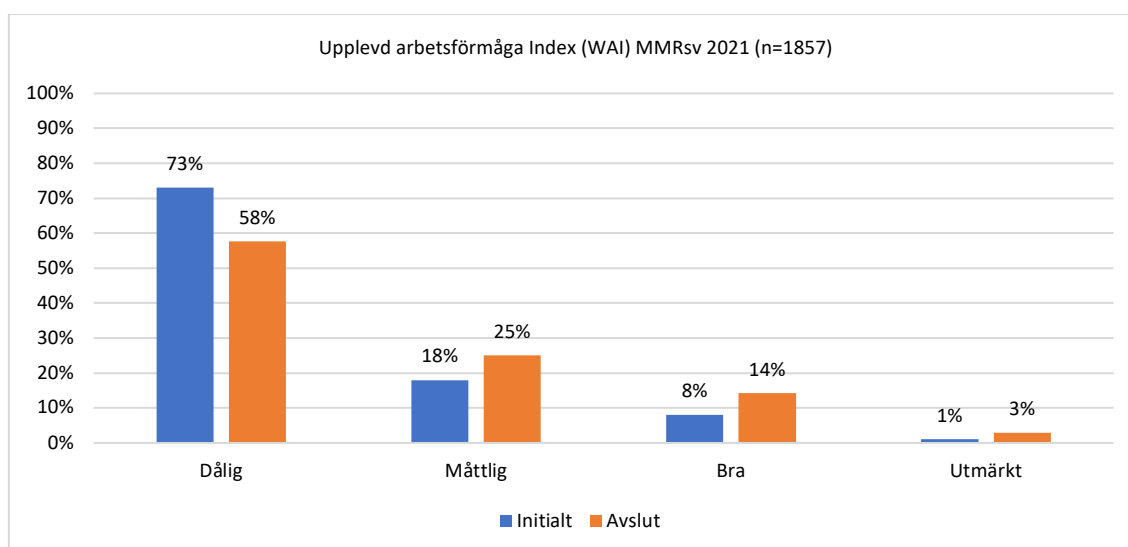
Figur 18. Förändringar i upplevd arbetsförmåga (WAI) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.

Enheter i NRSpv har en något mindre andel patienter i kategorin ”dålig” jämfört med NRSsv, vilket pekar på att patienter slussas till ”rätt” vårdnivå, individer med ”svårare” besvär kommer till MMRsv. MMRpv ska ges till patienter som har bättre möjlighet att snabbare återgå i arbete, än patienter i MMRsv (figurer 19-20).

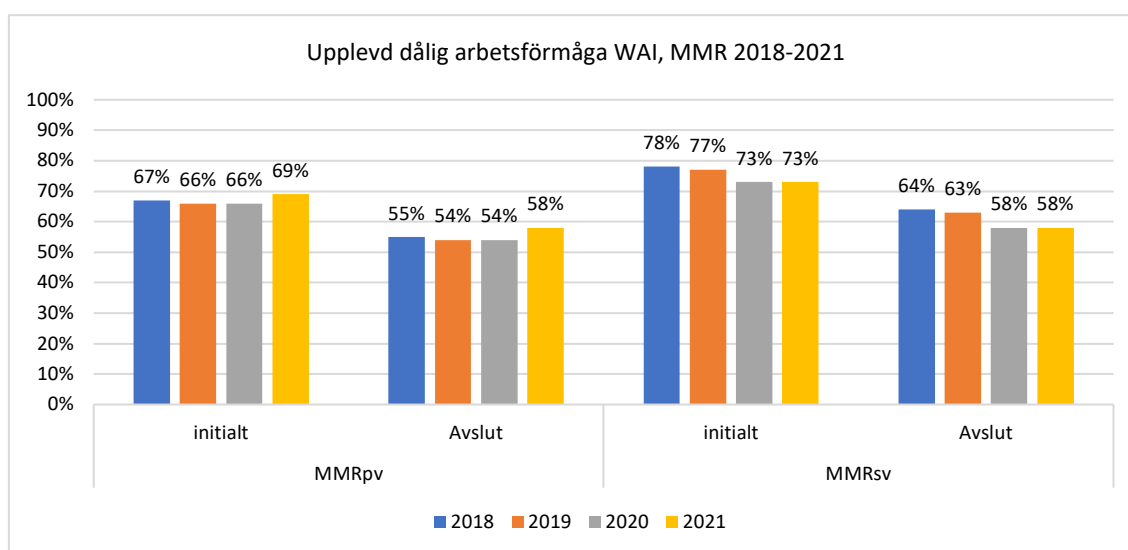
Andelen patienter i ”dålig” kategori minskar efter genomgången rehabilitering både MMRpv och MMRsv och är stabilt över tid, med större effekt inom specialistvården där patienter i större utsträckning än i primärvården skattar sin arbetsförmåga som dålig före MMR (Figur 21).



Figur 19. Andel patienter i de olika kategorierna i upplevd arbetsförmåga (WAI), initialt och avslut MMRpv 2021 .



Figur 20. Andel patienter i de olika kategorierna i upplevd arbetsförmåga (WAI), initialt och avslut MMRsv 2021 .



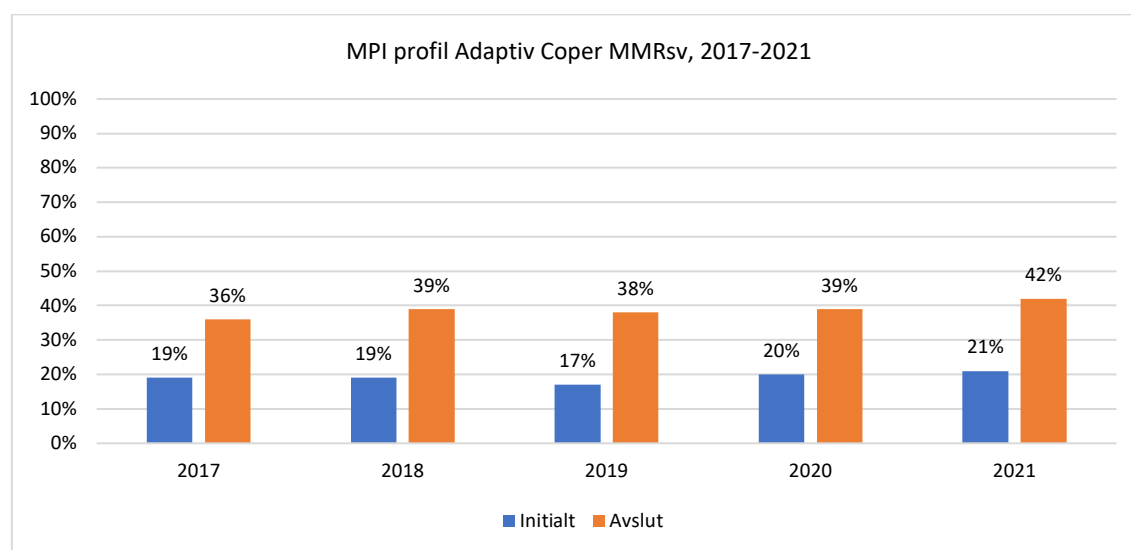
Figur 21. Andel patienter i kategori "dålig upplevd arbetsförmåga" (WAI), före och efter MMR, över tid.

Förändringar i hantering av smärta efter rehabilitering (MPI profiler)

I mätinstrumentet *Multidimensional Pain Inventory* svensk version (MPI-s) finns tre patientgrupper definierade utifrån fysiska, psykologiska, sociala och beteenderelaterade funktioner, s.k. MPI profiler. Dessa baseras på individens skattning i förhållande till medelvärde för en större grupp (sannolikhet >70%). De tre grupperna är:

- Dysfunktionell Profil (DYS): höga värde på smärtintensitet, störningar i vardagslivet, affektiv påverkan, låga värde på kontroll
- Interpersonlig påfrestad Profil (ID); höga värde på straffande reaktioner, låg upplevelse av stöd och avledande reaktioner
- Adaptive coper Profil (AC); lägre värde på smärtintensitet, störningar i vardagslivet och affektiv påverkan, höga värde på kontroll.

Gruppen Adaptive coper i MPI-profilerna antas vara den grupp som ”bäst” definierar en patientgrupp med bästa hanteringsstrategier för långvarig smärta.



Figur 22. Andel patienter i MPI profil Adaptiv coper över tid, MMRsv 2017-2021.

Vi kan se att det finns en stabil, något ökande, förbättring av patienternas hantering av smärta, mätt med MPI profiler över tid (Figur 22). Under 2021 var det 21% fler patienter som tillhörde MPI hanteringsgrupp Adaptive coper efter MMRsv jämfört med före MMRsv.

Förändringar i fysisk aktivitet och funktion efter rehabilitering (självrapporterad)

Övergripande rapporterar patienter i specialistvården en ökning av fysisk aktivitet som medför andfåddhet efter rehabiliteringsperioden jämfört med innan. Andelen patienter i kategorin ”ingen tid alls” minskar från 40% till 21%. Andelen patienter i kategorin 30-60

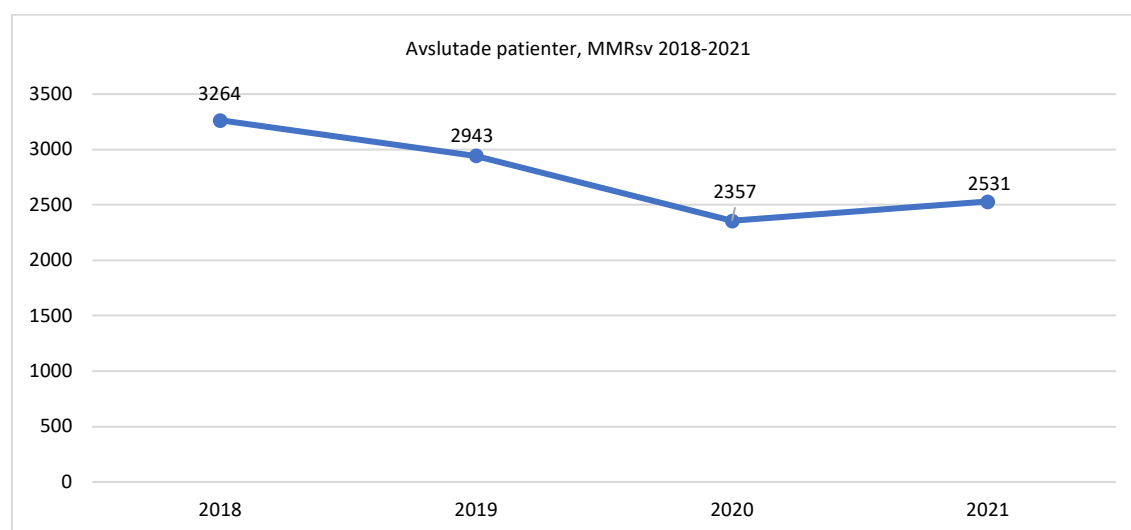
minuter per vecka är den kategori som ökar mest, från 14%-22% men en mindre andel ökar sin fysiska aktivitet ännu mer

DEL 3: ANALYSER, REHABILITERING

I detta avsnitt av årsrapporten tittar vi närmare på påverkan av pandemin på patientgruppen i tidsperspektiv, och i relation till kön och ålder, urval från utredning till rehabilitering, arbetsinriktade åtgärder, olika mätinstrument i relation till varandra samt tidstrender. Därefter följer Case-Mix analyser.

Påverkan av pandemin 2020 och 2021 på patientgruppen, MMRsv

Under 2020 påverkades merparten av sjukvården av Covid-19. Pandemin tvingade sjukvården till prioriteringar som skilde sig mellan de olika regionerna och vid olika tidpunkter. Några enheter fick stoppa intag till patienter till MMR medan andra fick begränsa antal patienter som kunde få MMR. Nedan följer en andra kartläggning av pandemins påverkan nu också på smärtrehabilitering under 2021. I figur 24 noteras att minskning av antal patienter som genomgått MMR avstannar 2021.



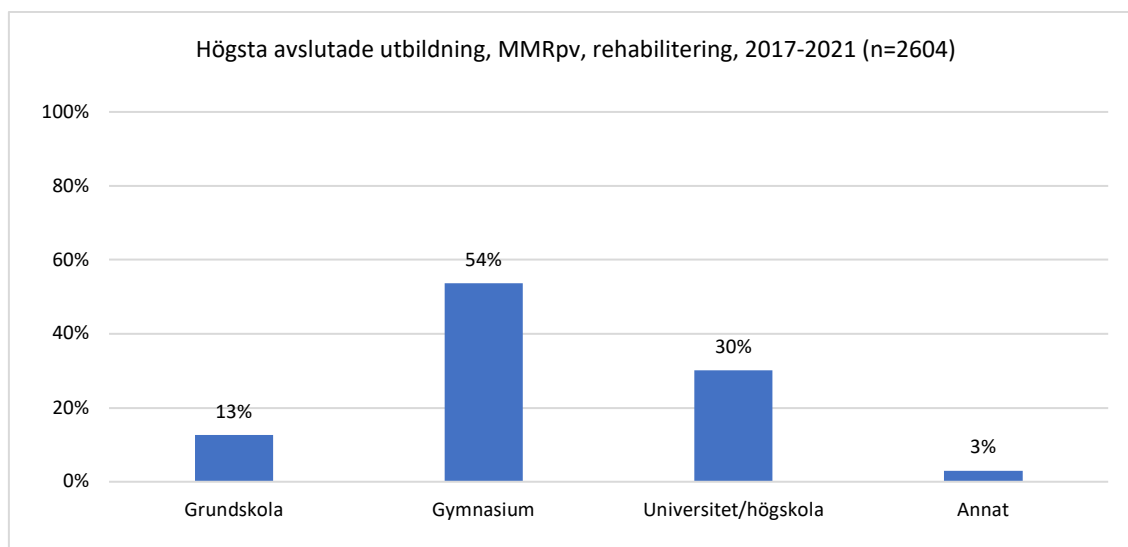
Figur 23. Antal avslutade patienter, MMRsv 2018-2021.

Vid närmare kartläggningen verkar minskning i antal patienter som deltagit i MMR under 2020 inte skilja sig mellan olika åldersgrupper eller kön.

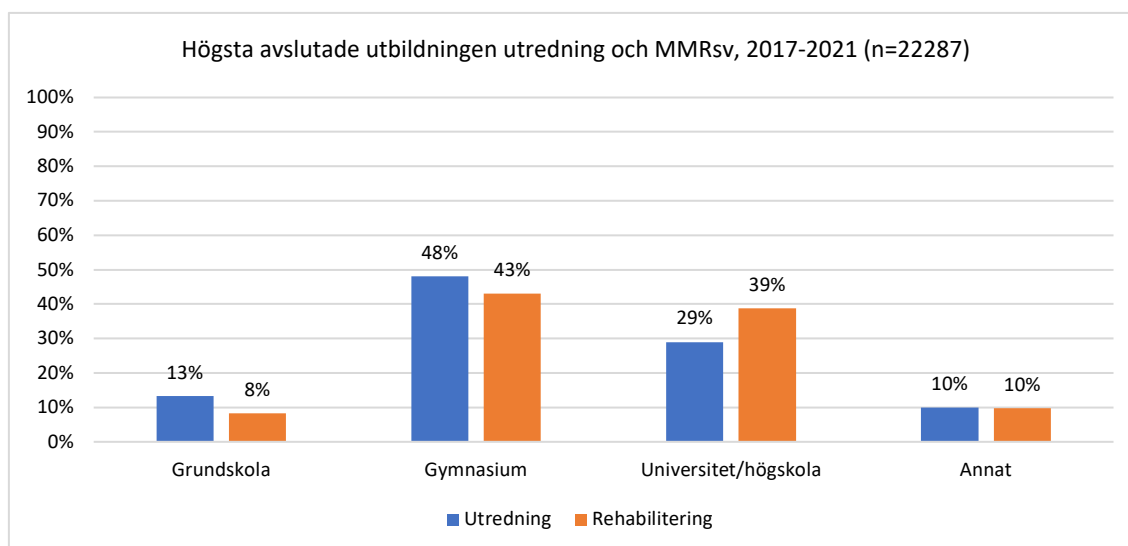
I perioden 2018-2021 har andel män som genomgår MMRsv legat konstant på 20-22%. Av alla patienter som deltagit i MMRsv under åren 2018-2021 är det 8-10% i åldersspannet 18-25 år, 89-91% i åldersspannet 26-65 år, och 1% i åldersspannet 66 år eller äldre. Vi har delat patienterna i åldersgrupper 16-19 år, 20-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år samt 60-69 år och även när man analyserar andelarna på detta sätt är indelningen i åldersgrupperna som fått rehabilitering stabil över tid, även under pandemin.

Urval av patientgrupper till rehabilitering

Vi visar nedan urval till MMR i förhållande till utbildning, kön och psykologisk mående, i tidsperspektiv.



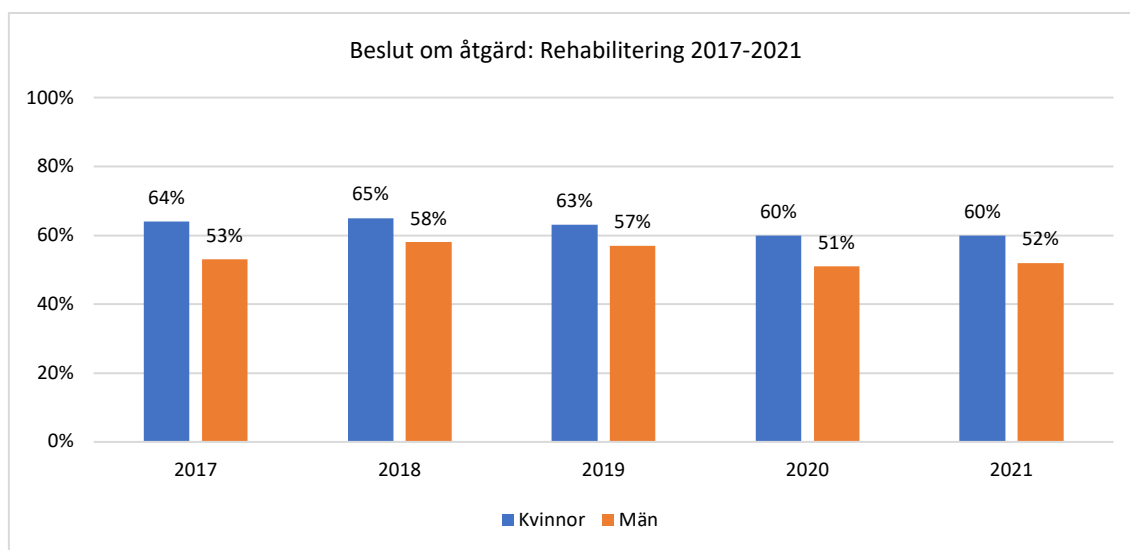
Figur 24. Högsta avslutade utbildning i MMRpv, 2017–2021.



Figur 25 Högsta avslutade utbildning i enbart utredning och i MMRsv, 2017–2021.

Om man jämför patienter som genomgår MMRpv med MMRsv (figurer 24–25) ser man att de som rehabiliteras i specialiserad vård till en större andel har universitets/högskoleutbildning än inom primärvården. Skiljer sig patientflöden och remitteringsförfarande av patienter inom primärvård och specialistvård åt? Ställer mer välutbildade patienter krav på att remitteras till specialistnivå?

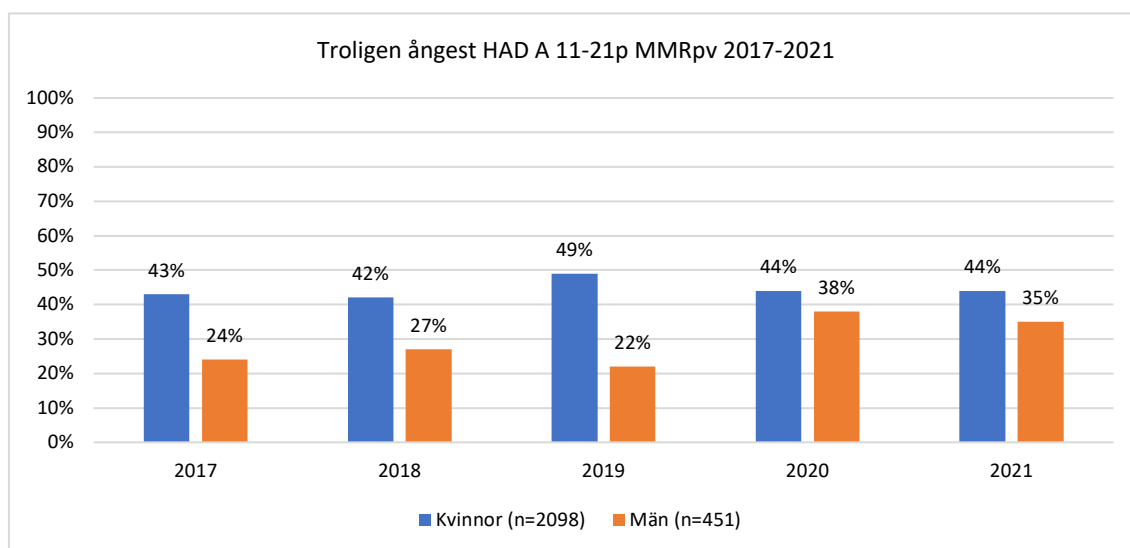
Vi kan i figur 25 se att de som går vidare från utredning till MMRsv i högre grad har universitets- eller högskoleutbildning jämfört med de som enbart genomgår en utredning inom specialiserad vård. Detta är ett observandum att analysera på sin egen enhet. Är program uppbyggda på ett sätt som ställer högre krav på utbildning? I så fall varför? Ställer mer välutbildade patienter krav på att få rehabilitering, har de lättare att komma till tals med personal som ju också är universitetsutbildade? Demografin avseende utbildningsnivå i befolkningen i enhetens upptagningsområde kan spela roll. Det är flera olika frågor som kan ställas i relation till dessa resultat.



Figur 26. Urval till MMRsv, 2017–2021.

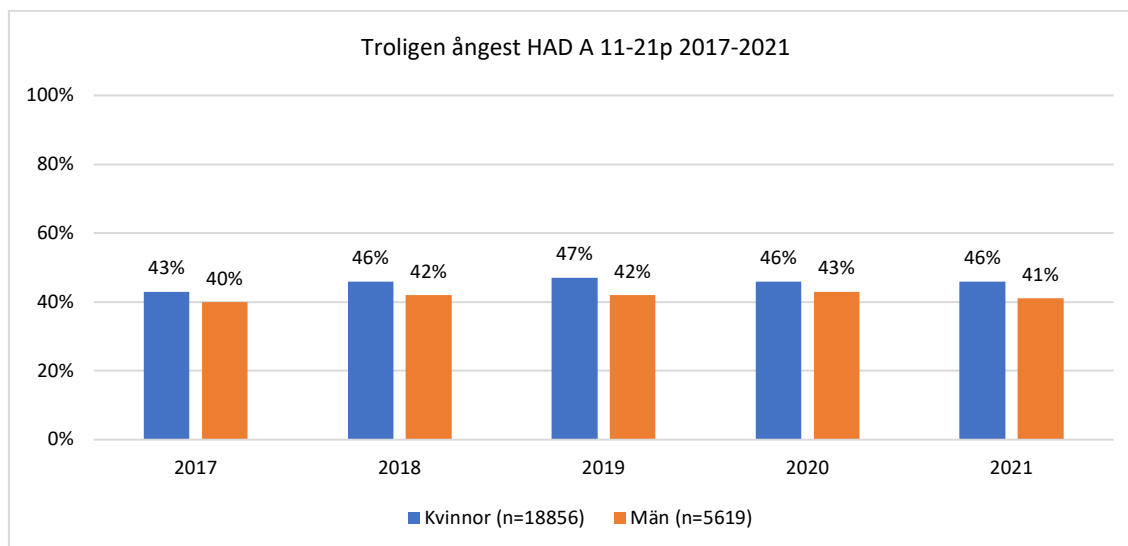
En stabil trend över tid är att kvinnor, på nationell nivå, till större del än män går vidare från utredning till rehabilitering, i NRSsv (Figur 26). Denna trend har visats i studier, där kvinnor också rapporterade något högre smärtintensitet, mer spridning av smärtan (antal smärtställen), högre allmän hälsa (EQ-5D index) och hade lägre grad av rörelserädsla (Enthoven et al. *Do pain characteristics guide selections for multimodal pain rehabilitation?* J Rehabil Med 2017; 49: 161–169). I Årsrapporten ser vi inte lika stor skillnad mellan könen men den skillnad som finns behöver analyseras för att öka kunskapen.

I figurerna 27-30 beskrivs andel patienter med större psykologiskt påverkat mående (HAD) över tid och mellan kön inför MMRpv och MMRsv.

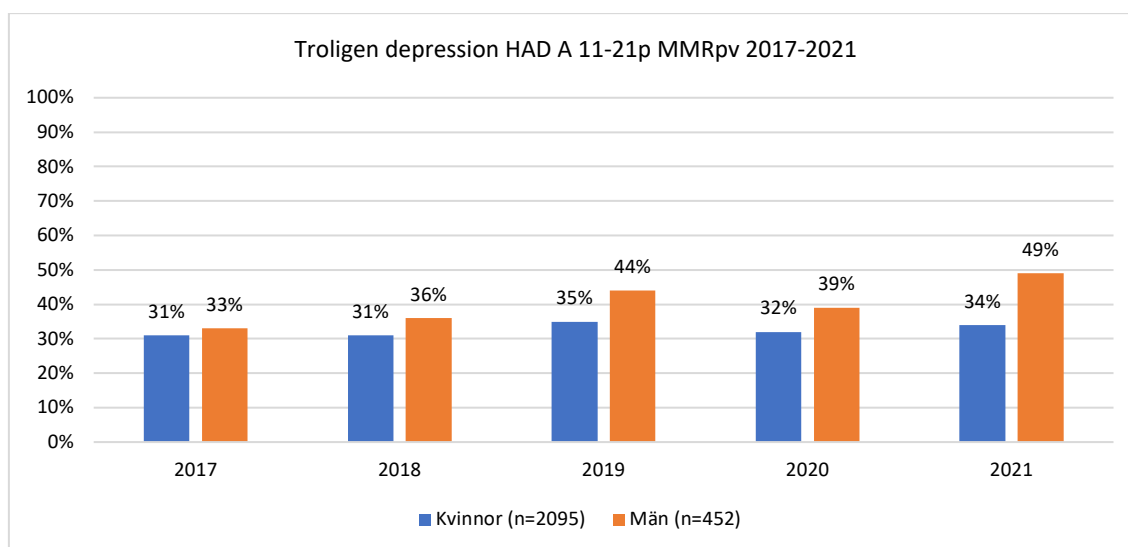


Figur 27. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk ångest", före MMRpv, 2017–2021.

Inför MMRpv ser vi att hög ångest rapporteras oftare bland kvinnor än män och att ångest rapportering hos män har ökat över tid (2017–2019) vilket inte var fallet hos kvinnor under den tidsperioden. Hög ångest har efter det ökat i rapportering hos kvinnor medan det minskat för män (Figur 27). I figur 28 kan vi se en stabil situation för hög ångest över tid vad gäller MMRsv både hos män och kvinnor.

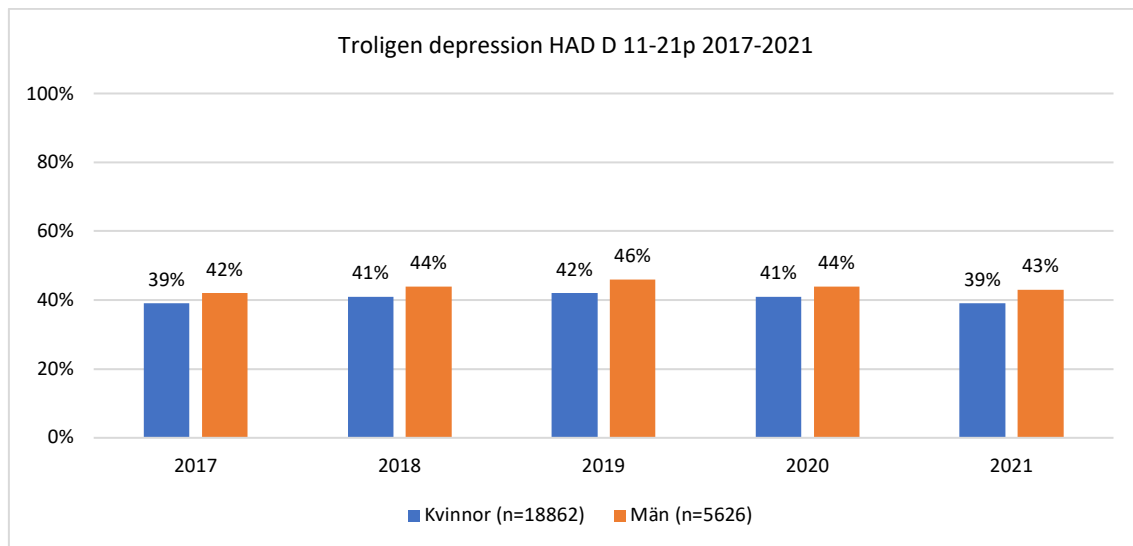


Figur 28. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk ångest", före MMRsv, 2017–2021.



Figur 29. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk depression", före MMRpv, 2017–2021.

En ökande andel patienter med betydande nedstämdhet och depressiva problem väljs till MMR, tendensen tydligast i MMRpv. Fler män rapporterar dock hög grad av depression än kvinnor och över tid i MMR, framförallt en större ökning 2019-2021 i MMRpv (Figur 29-30). Dessa skillnader bör analyseras över tid på enheter i landet och mellan MMRpv och MMRsv. Man får dock beakta att antalet män i MMRpv är relativt lågt under åren. I studien som nämndes ovan visades också att män rapporterar mer depressiva symtom än kvinnor (Enthoven et al 2017).



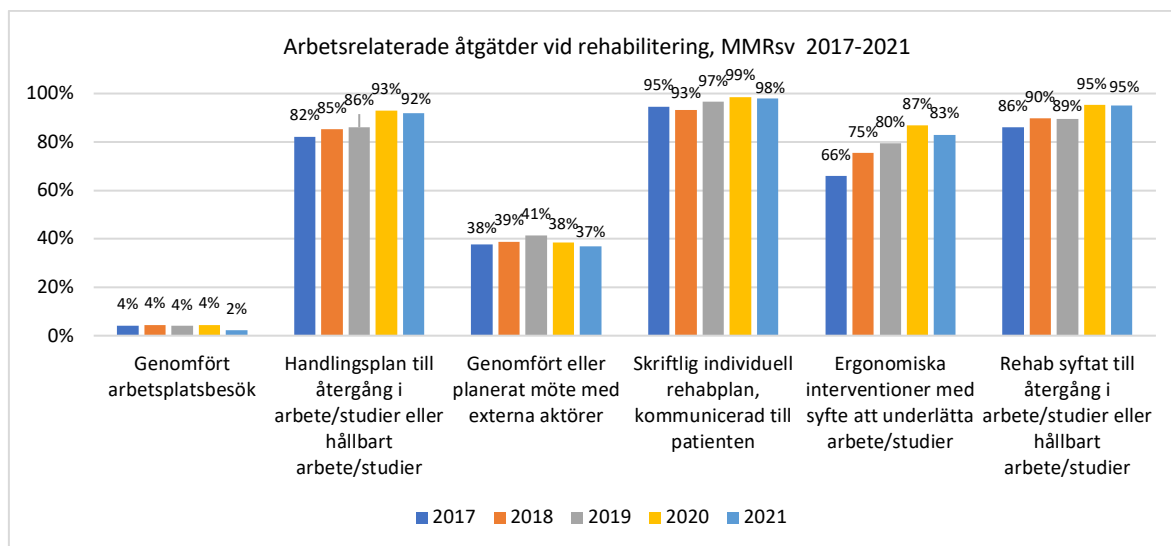
Figur 30. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolik depression", före MMRsv, 2017–2021.

Sammanfattningsvis, en betydande andel patienter som deltar i MMR rapporterar höga nivåer av psykologiska besvär. Det finns dock en viss skillnad mellan MMRpv och MMRsv som tyder på en aktiv selekteringsprocess från inremitterande som innebär att specialistenheterna tar emot patienter med mer komplexa psykologiska problem i större utsträckning än enheter på primärvårdsnivå.

Arbetsinriktade åtgärder

Långvarig smärta står för en stor del av långtidssjukskrivningarna nationellt, upp till ca 30%. Patienter som erbjuds MMRsv har en längre tids sjukskrivning bakom sig. Många har försökt återgå i arbete utan att lyckas eller utan att få hjälp med arbetsinriktade åtgärder. MMRsv har en tydlig inriktning på arbetsåtergång för flertalet patienter, 95% år 2021. Det finns stark evidens för att vara i arbete i de allra flesta fallen har en positiv inverkan för individen i allmänhet och för olika hälsovariabler. Förutom förbättrad hälsa är arbete viktigt för individers försörjning och därmed för samhällsekonomin (Ekberg et al. Återgång i arbete. Studentlitteratur, Lund 2014). Arbetsrelaterade variabler registreras därför i NRS.

I figur 31 finns beskrivet hur personalen har registrerat olika arbetsrelaterade åtgärder som har genomförts i MMRsv, i tidsperspektiv.



Figur 31. Tidstrend över arbetsrelaterade åtgärder som genomförts 2017–2021 i MMRsv.

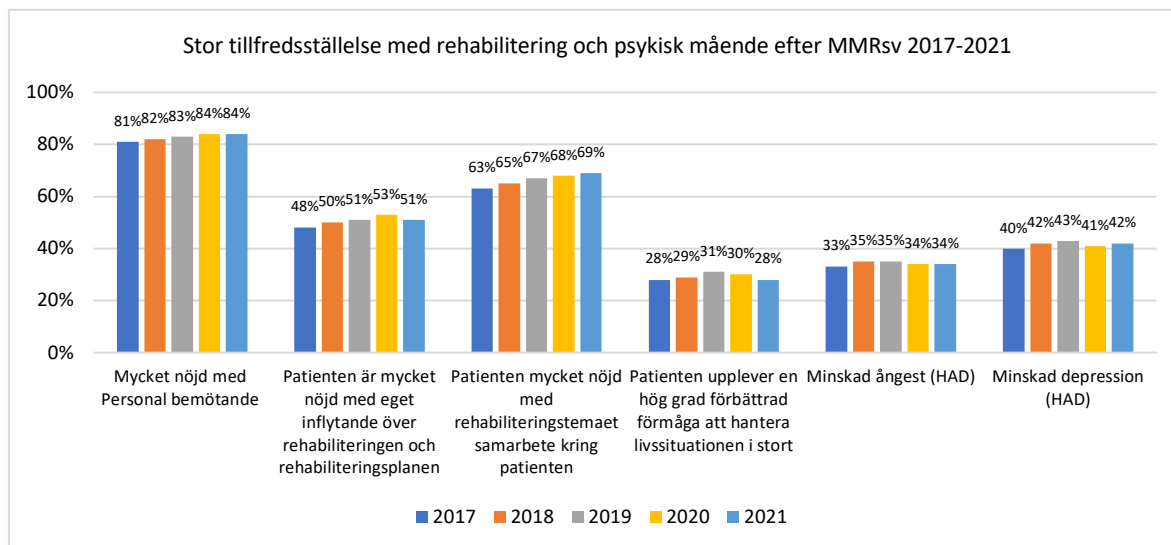
Vi ser att arbetsinriktade åtgärder mellan åren 2017 och 2021 i de flesta fallen succesivt har ökat. NRS registreringarna som gjorts av personal kan visa att smärtvården har förbättrats avseende fokusering på viktiga arbetsrelaterade åtgärder under dessa fyra år. Allt fler rapporterar skapande av en rehabiliteringsplan i vilken tydliggörs att rehabiliteringen syftar till återgång i arbete eller studier, eller till att stödja en hållbar arbets- eller studiesituation.

Den vanligaste åtgärden är att man gör en tydlig handlingsplan för hur återgång i arbete ska ske på ett hållbart sätt. Ergonomiska åtgärder utförs också frekvent. Planerade möten mellan olika aktörer ingår som en åtgärd för knappt hälften av patienterna. För enbart 4% av patienterna genomförs arbetsplatsbesök och detta är stabilt över åren.

Både planerade möten mellan olika aktörer och arbetsplatsbesök är evidensbaserade åtgärder så därför bör dessa kanske förekomma oftare i MMR's utbud. Här behövs mer underlag och analys för att förstå anledning till detta.

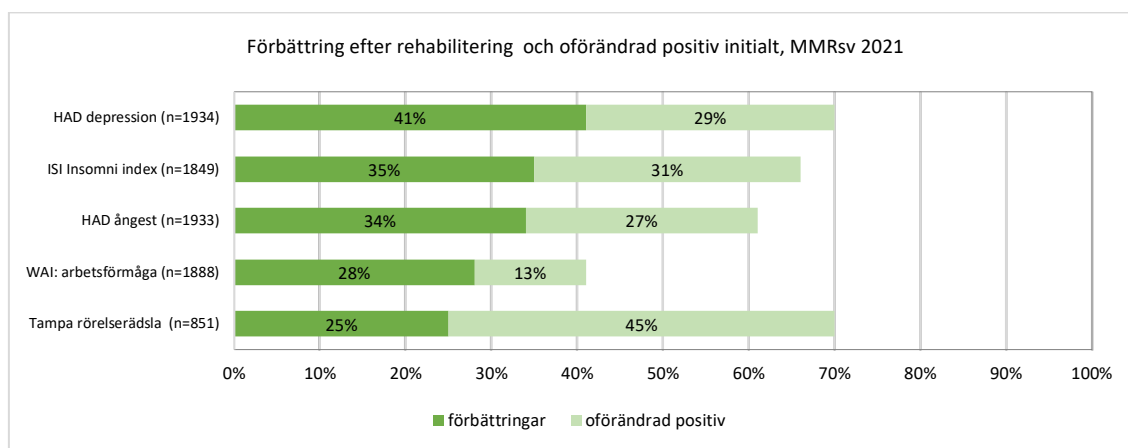
Olika mätinstrument i relation till varandra

MMR är en komplex åtgärd där flera olika interventioner görs parallellt för att påverka patienternas smärtrelaterade konsekvenser. Vi visar nedan ett urval förändringar som skett efter MMR. NRS kan i år visa att det skett en förbättring av smärtvården (NRSsv) under de fyra senaste åren avseende flera av de viktigaste variablerna.



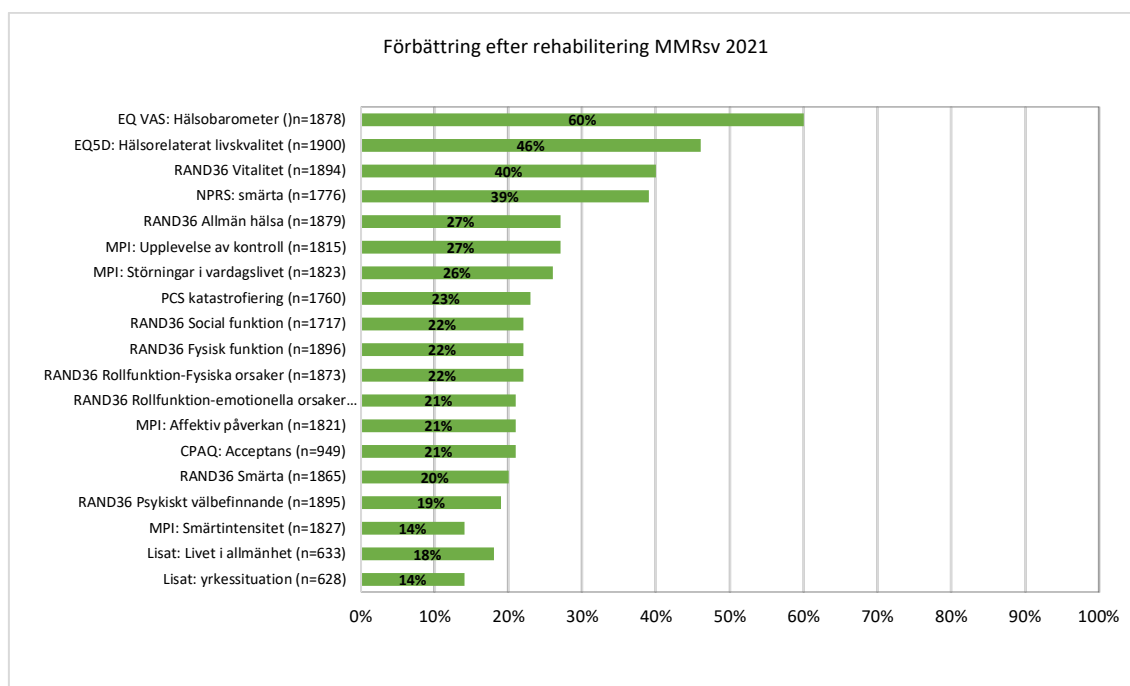
Figur 32. Tillfredsställelse med rehabilitering och psykisk mående efter MMRsv över tid, 2017–2021.

Figuren 32 visar att patienternas tillfredsställelse med de interventioner som de har fått har ökat med tiden. Vidare har deras psykiska mående varit stabilt över tid. Detta trots att vi sett att patientgruppen i stort över tid kanske har en mer komplex och negativt påverkad situation initialt, framförallt avseende psykiskt mående. Kanske kan denna positiva utveckling ha påverkats av de olika förbättringsarbeten som rapporterats av enheterna. Under året 2020-2021 har pandemin påverkat arbetssättet för många enheter med mer digitala möten med patienter, trots detta ser vi bra resultat.



Figur 33. Förbättring och oförändrat positiv skattning efter rehabilitering MMRsv, 2021.

I förrföra årets rapport presenterades en sammanställning över 3 år som visade förbättringar för ett större antal patienter, samt att den andel patienter som från början rapporterade positiva värde (oförändrat positiv) i de olika variablerna behåller dessa (Rapport 2020: del 1). I Figur 33 visas utfallet för 2021. I Figur 34 visas förbättring avseende övriga variabler. I år, i likhet med åren 2017-2019 och 2020, är det en förhållandevis liten andel patienter som förbättras avseende yrkessituation (LiSat). Detta kan innebära att det tar längre tid att påverka och förändra yrkessituationer eller att det återspeglar behov av flera arbetsplatsinriktade interventioner.



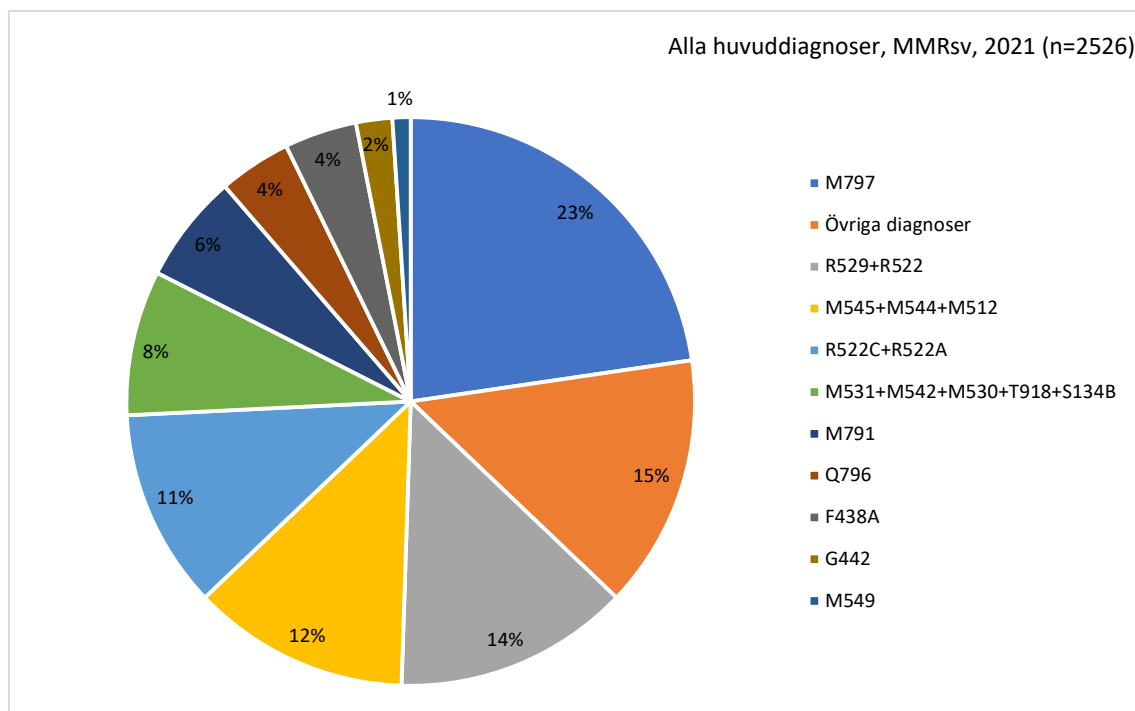
Figur 34. Förändringar i sju olika mätinstrument, MMRsv, 2021.

I Figur 34 ser vi att hälsa i allmänhet (EQ VAS), hälsorelaterad livskvalitet (EQ-5D), NPRS Smärta och vitalitet (RAND-36) i genomsnitt är de variabler där det på nationell nivå sker störst positiv förändring. Två olika smärtskalor: MPI: Smärtintensitet och smärtskalan i RAND-36, har liknande utfall. Däremot har NPRS Smärta i genomsnitt ett något annorlunda resultat. Skillnader mellan olika mätinstrument som avser mäter liknande fenomen kan undersökas mer i detalj.

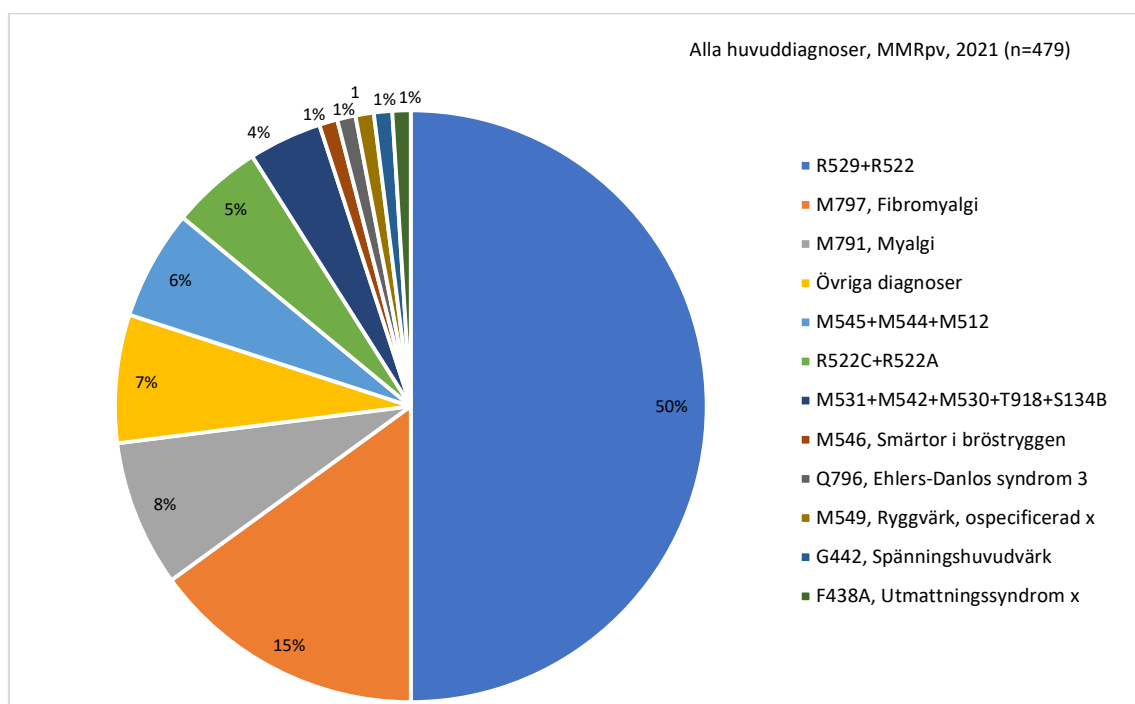
Huvuddiagnoser i NRS

2019 presenterades olika case-mix analyser utifrån olika diagnosgrupper, för att belysa om och hur de skiljer sig åt. Nedan visas de vanligaste huvuddiagnoser för både MMRsv och MMRpv under 2021.

Det skillnader som visades i förra årets rapport avseende vilka som är huvuddiagnoser i MMRpv och MMRsv kvarstår. Diagnoser är mindre specifika i MMRpv och det finns en större andel av andra diagnoser i MMRsv. Ländryggsmärta verkar förekomma oftare i MMRpv. Allt detta pekar på skillnader i uppdrag mellan dessa vårdnivåer (Figurer 35-36).



Figur 35. Vanligaste 1: diagnos i NRS, MMRsv 2021.



Figur 36. Vanligaste 1: diagnos i NRS, MMRpv 2021.

DEL 3: SAMMANFATTANDE DISKUSSION

År 2020-2021 har hela sjukvården präglats av Covid-19. För enheter anslutna till NRS har det inneburit allt från en nedstängning till en neddragning av verksamheten. Flera enheter har rapporterat att man gjort förändringar med mer digitala möten även med patienter. Det har också varit svårare att genomföra förbättringsarbeten. Med det i åtanke presenterar ändå enheterna mycket bra resultat. Vi ser en minskning av antalet patienter i rehabiliteringsprogram jämfört med 2019 men mindre påverkan på antalet utredda patienter inom specialistvården.

Vi fortsätter presentera primärvårdens och specialistvårdens data i en gemensam Årsrapport då vi har fått positiv återkoppling på detta från enheterna. Vi presenterar data på nationell nivå men all data på enhetsnivå finns i bilagorna som är separata för Primärvård och Specialistvård. Dessa har mailats ut till samtliga enheter i form av excelfiler och publicerats på NRS hemsida under respektive flik för Årsrapporter NRSpv och NRSsv.

Vi gör årligen en nationell kartläggning om den kliniska användningen av NRS samt användningen av NRS i förbättringsarbete ute på enheterna. Resultatet från den kartläggningen visar att NRS är ett mycket väl professionsförankrat register. I specialistvården svarar hela 94% av de svarande enheterna, att de använder NRS-data i det kliniska arbetet t. ex. under och efter rehabiliteringsperioden samt vid återkoppling till både patient och personal, för primärvården är siffran 89%.

NRS-data används även för flera olika förbättringsarbeten på enheterna. I kartläggningen uppgav 36% av specialistvårdsenheterna att de har använt NRS-data för att förbättra vården 2021, en lägre siffra än 2019 och 2020 men som kanske förklaras av pandemin. Som exempel på förbättringsarbeten anger flera enheter att de använder NRS data som underlag till förbättring av sitt programinnehåll. En enhet planerar utvärdera resultaten med digital rehab jämfört med rehab på plats med hjälp av NRS data.

Primärvårdens multimodala smärtehabilitering är ännu inte stabil på nationell nivå, vilket också påverkar registrets primärvårdsdel. Det finns ett handfull enheter som deltagit sedan 2016 vilket pekar på att med rätt förutsättningar är det möjligt att inom primärvården medverka stabilt i NRS. I några regioner har stora förändringar skett med MMR inom primärvården, förutsättningarna har ändrats och många enheter har lagt ner sin MMR och nya startat upp och då anslutit sig till NRS. Detta påverkar såklart möjligheterna att få en stabil registerdel inom primärvården. Det tar tid att både etablera MMR som arbetssätt och att lära sig registerdelen.

NRS har en mycket aktiv forskargrupp som publicerat flera artiklar under året. De nationella mötena var digitala 2021 men kommer förhoppningsvis att vara fysiska under 2022.

Den psykiska ohälsan hos patientgruppen med långvarig smärta ligger fortsatt högt, men en betydande andel rapporterar förbättringar både avseende ångest och depressiva symtom efter rehabiliteringsperioden och detta är stabilt över tid.

Slutligen kan vi konstatera att trots den komplexa, ofta mycket långvariga, besvärssbild som patienter med långvarig smärta uppvisar förbättras flertalet patienter efter en relativt kort rehabiliteringsperiod. Den absoluta majoriteten (80%-90%) rapporterar en förbättrad förmåga att hantera sitt liv och i genomsnitt 55-60 % uppger en minskad smärtupplevelse.

DEL 4: FIGURER

Figur 1. Täckningsgrad, specialiserade enheter (NRS SV), åtgärd rehabilitering 2021.....	10
Figur 2. NRS avslutade patienter, alla registreringar, total och per kategori, 2013–2021.	13
Figur 3. Förändringar i förmåga att hantera livssituationen per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.	14
Figur 4. Förändringar i förmåga att hantera livssituationen per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	15
Figur 5. Förändringar i smärtupplevelse per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.....	16
Figur 6. Förändringar i smärtupplevelse per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	17
Figur 7. Förändringar i hälsoupplevelse (EQ-VAS) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.....	18
Figur 8. Förändringar i hälsoupplevelse (EQ-VAS) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.	19
Figur 9. Förändringar i ångestkategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.	21
Figur 10. Förändringar i ångestkategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	21
Figur 11. Förändringar i depressionskategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.	22
Figur 12. Förändringar i depressionskategorier (HAD) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	23
Figur 13. Andel patienter i kategorin "sannolikt klinisk ångest" initialt (HAD 11-21p) före MMRsv och MMRpv.	23
Figur 14. Andel patienter i kategorin "sannolikt klinisk depression" initialt (HAD 11-21p) före MMRsv och MMRpv.	24
Figur 15. Förändringar i katastrofiering (PCS) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.	25
Figur 16. Förändringar i katastrofiering (PCS) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	26
Figur 17. Förändringar i upplevd arbetsförmåga (WAI) per enhet, efter avslutad MMRpv 2021.	27
Figur 18. Förändringar i upplevd arbetsförmåga (WAI) per enhet, efter avslutad MMRsv 2021.....	28
Figur 19. Andel patienter i de olika kategorierna i upplevd arbetsförmåga (WAI), initialt och avslut MMRpv 2021	29
Figur 20. Andel patienter i de olika kategorierna i upplevd arbetsförmåga (WAI), initialt och avslut MMRsv 2021	29
Figur 21. Andel patienter i kategori "dålig upplevd arbetsförmåga" (WAI), före och efter MMR, över tid.	29
Figur 22. Andel patienter i MPI profil Adaptiv coper över tid, MMRsv 2017-2021.....	30
Figur 23. Antal avslutade patienter, MMRsv 2018-2021.....	31
Figur 24. Högsta avslutade utbildning i MMRpv, 2017–2021.	32
Figur 25 Högsta avslutade utbildning i enbart utredning och i MMRsv, 2017–2021.	32
Figur 26. Urval till MMRsv, 2017–2021.	33
Figur 27. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk ångest", före MMRpv, 2017–2021.	33
Figur 28. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk ångest", före MMRsv, 2017–2021.....	34
Figur 29. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolikt klinisk depression", före MMRpv, 2017–2021.	34
Figur 30. Andel män och kvinnor i kategorin "sannolik depression", före MMRsv, 2017–2021.....	35
Figur 32. Tillfredsställelse med rehabilitering och psykisk mående efter MMRsv över tid, 2017–2021.....	37
Figur 33. Förbättring och oförändrat positiv skattning efter rehabilitering MMRsv, 2021.....	37
Figur 34. Förändringar i sju olika mätinstrument, MMRsv, 2021.....	38
Figur 35. Vanligaste 1: diagnos i NRS, MMRsv 2021.....	39
Figur 36. Vanligaste 1: diagnos i NRS, MMRpv 2021.....	39