

PM angående vård av smärttillstånd enligt överenskommelsen 2016

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inledning | 2 |
| Målgrupper | 2 |
| Vikten av helhetssyn | 3 |
| Struktur | 3 |
| Diagnostisering och bedömning | 3 |
| Val av behandling och rehabilitering | 4 |
| Olika rehabiliteringsnivåer | 5 |
| Arbetsinriktade åtgärder | 5 |
| Evidensläget | 5 |
| Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling | 6 |
| Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning | 7 |
| Beteendemedicinskt behandlingsprogram tillhandahållet av sjukgymnast | 7 |
| Multimodal rehabilitering (MMR) | 8 |
| Evidens för multimodal rehabilitering | 8 |
| Vilken multimodal rehabiliteringsnivå? | 8 |
| Indikation för MMR 1 respektive MMR 2 | 10 |
| Målen för multimodal rehabilitering | 10 |
| Innehållet i MMR | 10 |
| Omfattningen av multimodala rehabiliteringsprogram | 11 |
| MMR-teamets kompetens | 14 |
| Referenser | 16 |

Inledning

Detta dokument avser att fungera som en orientering om evidensen och kunskapsläget som gäller patienter med långvarig smärta antingen i generaliserad form (inklusive diagnosen fibromyalgi) eller lokaliserat till nacke, skuldror eller ländrygg som kan ha relevans för överenskommelsen 2016.

Jämfört med tidigare års överenskommelser är avsikten inför 2016 att anser att minska detaljstyrningen i hur vården ska bedrivas och istället överlåta detta i ökad omfattning till huvudmännen själva. Även om det föreligger enighet om att minska detaljstyrningen är det viktigt att all vård bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Med beprövad erfarenhet avses slutsatser från nationella och internationella konsensusdokument och behandlingsriktlinjer och inte enstaka behandlares uppfattningar.

På grund av komplexiteten i multimodal rehabilitering ligger tyngdpunkten på detta och de mindre komplexa interventionerna berörs mer översiktligt.

Målgrupper

De diagnosgrupper som ingår i rehabiliteringsgarantin inom smärtområdet är långvarig smärta i nacke, skuldror och/eller rygg och långvarig generaliserad smärt (inklusive fibromyalgi). Det var dessa grupper av tillstånd som SBU:s rapport från 2010 avhandlade. Det är med andra ord inte säkert att den av SBU presenterade evidensen är tillämplig på andra typer av smärttillstånd.

ICD10 systemet för diagnosättning är inte optimalt särskilt vad gäller långvariga smärttillstånd; ett nytt klassificeringssystem för kroniska smärtor är under beredande och kommer att ingå i ICD11. För att underlätta tillämpningen har diagnoserna enligt **tabell 1** framtagits. Dessa diagnoser är att se som en precisering av ovanstående målgrupper.

Tabell 1: Precisering av diagnoser för målgrupperna långvarig smärta i nacke, skuldror och/eller ländrygg samt långvarig generaliserad smärta.

| <i>Diagnosnr</i> | <i>Klartext</i> |
|------------------|---|
| F45.4 | Kroniskt somatoformt smärtsyndrom |
| M53.0 | Cervikokraniellt syndrom (Nackhuvudvärk) |
| M53.1 | Cervicobrachiellt syndrom (Nack/skuldervärk) |
| M54.2 | Cervikalgi (Nacksmärta) |
| M54.4 | Lumbago med ischias (Ländryggssmärta med ischias) |
| M54.5 | Lumbago (Ländryggssmärta) |
| M54.6 | Thoracalgi (Smärtor i brösttryggen) |
| M54.9 | Ryggvärk |
| M75.1 | Rotator cuff-syndrom i skulderled |
| M75.9 | Sjukdomstillstånd i skulderled, ospecificerad |
| M77.9 | Smärta i muskelfästen/senor/bindväv kring axelled |
| M 79.1 | Myalgi (muskelsmärta nacke, axlar, rygg) |
| M 79.7 | Fibromyalgi |
| R52.2A | Nociceptiv smärta |
| R52.2C | Smärta utan känd orsak |
| R52.9 | Generaliserad smärta (uppfyller ej kriterierna för fibromyalgi) |
| S13.4 | Sen-effekter av Whiplash-skada (nack-skulder värk) |
| T91.8 | Sena besvär efter WAD |

Överenskommelsen år 2016 gäller patienter med långvariga¹ smärttillstånd. I de nationella medicinska indikationerna för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta som publicerades 2011 [1] beskrivs långvarig smärta som en ihållande och/eller intermitterande smärta som består av hävd bedöms smärtan som långvarig när den pågått vanligen i minst 3 månader. SBU:s rapport 2010 [2] - liksom överenskommelsen inför 2016 - baseras på långvariga smärtor och det är med andra ord inte alls säkert att slutsatserna från SBU:s rapport är tillämpliga på akuta och subakuta smärtor dvs. smärtor med mindre än 3 månaders varaktighet.

Vikten av helhetssyn

Smärta är en komplex upplevelse med sensoriska och emotionella komponenter som påverkar varandra och interagerar på olika sätt med fysiska (neurobiologiska), psykologiska, sociala och kontextuella faktorer. Därför behöver ett *bio-psyko-socialt synsätt* användas vid utredning, bedömning, planering och genomförande av behandling och rehabilitering. Ett sådant synsätt ökar också förståelsen av den drabbade individens smärtupplevelser och beteenden [3-5].

Detta synsätt är inte minst viktigt när det gäller de långvariga smärtorna. I allt högre grad är det uppenbart att kroniska smärtor inte ska betraktas som symtom på underliggande medicinska tillstånd/sjukdomar utan i högre grad som medicinska tillstånd/sjukdomar i sig.

Struktur

Det är av stor vikt att utifrån de lokala förutsättningarna ha en tydlig struktur för handläggandet av patienter med långvariga smärtor. Det innebär överenskomna principer för diagnostik, vård och rehabilitering av enskilda patienter. Men innefattar lämpligen också organisatoriska aspekter gällande vilka enheter som sköter vården samt hur dessa enheter interagerar.

Diagnostisering och bedömning

Man bör notera att det finns en tendens att, t.ex. beroende på tidsbrist, läkarna gör alltför begränsade utredningar och bedömningar initialt i den kroniska utvecklingen utan tydligt beaktande av den bio-psyko-sociala helhetssynen. Härmed tenderar man att underskatta patientens problematik vilket kan få till följd att de insatta åtgärderna inte har en tillräcklig intensitet och omfattning.

Det kan vara nödvändigt, om detta ej skett tidigare på ett strukturerat sätt, att genomföra en omfattande individuell utredning och bedömning för att utröna om individen behöver behandling, MMR eller någon annan form av rehabilitering. Det innebär bl.a. att en strukturerad anamnes har tagits upp, att andra allvarliga tillstånd som skulle kunna orsaka smärttillståndet och som ska ha annan handläggning eller behandling (t.ex. cancer) har uteslutits ("röda flaggor"), att screening för psykologiska och sociala riskfaktorer ("gula flaggor") har gjorts, att patientens förväntningar och beredskap för förändring har kartlagts och att en grundläggande aktivitetsutredning har gjorts. I denna bör ingå kartläggning av

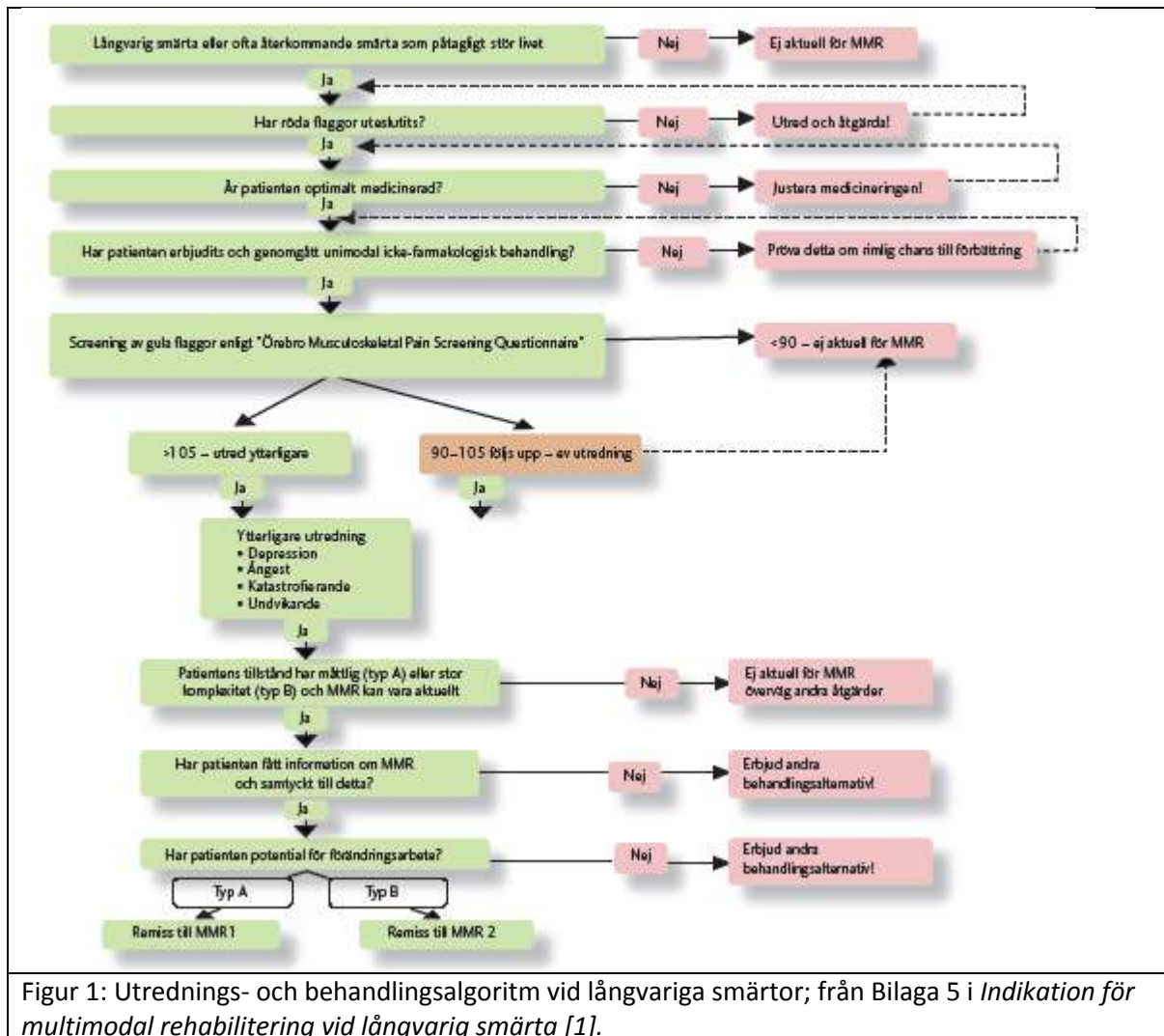
¹ Synonym: kronisk. I engelsk litteratur chronic eller persistent.

patientens arbete inklusive den ergonomiska och psykosociala arbetsituationen ("blå och svarta flaggor") samt patientens och om möjligt arbetsgivarens bedömning av förutsättningarna för arbetsåtergång.

I konsensus dokumentet *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* som går att återfinna på SKLs hemsida finns utredningens olika komponenter översiktligt beskrivna [1]. En mer detaljerad beskrivning av diagnossättningens principer återfinns i ett expertdokument från NRS [6].

Val av behandling och rehabilitering

När det gäller val av behandling eller rehabilitering är det av vikt att ha en struktur och i dokumentet *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* återfinns i bilaga 5 presenteras en struktur för i vilken ordning man vanligtvis bör överväga olika behandlingsalternativ (**Figur 1**).



Figur 1: Utrednings- och behandlingsalgorithm vid långvariga smärtor; från Bilaga 5 i *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* [1].

Olika rehabiliteringsnivåer

I SBU rapporterna gällande långvarig smärta från 2006 och 2010 identifierades schematiskt tre olika rehabiliteringsnivåer eller processer vid långvarig smärta utifrån behov och mängd av insatta åtgärder: unimodal, intermediär och multimodal rehabilitering [2, 3, 7].

- a. *Unimodal rehabilitering* innebär att enstaka professioner intervenerar med basala behandlingstekniker. Den insatta åtgärden kan i sig vara komplex men kräver inte aktiviteter från flera olika professioner. Exempel på detta kan vara fysisk träning och aktivering och planering för återgång i arbete.
- b. *Intermediär rehabilitering* innebär att flera åtgärder genomförs av flera professioner utan att speciellt sammanhållna team bildas, och utan att det finns en gemensam och i förväg uppställd plan för rehabiliteringen. Som exempel kan nämnas en patient som regelbundet behandlas av sjukgymnast, men som så småningom visar sig behöva stödjande samtal hos kurator, vilken i sin tur kopplar in en arbetsterapeut för en genomgång av aktivitetsmönster och konsekvenser av smärtan när det gäller meningsfulla vardagsaktiviteter.
- c. *Multimodal rehabilitering* (MMR) är en behandlingsmetod som har utvecklats för behandling av patienter med förhållandevis stora och komplexa rehabiliteringsbehov. Den innebär ett antal välplanerade och synkroniserade åtgärder under en längre tid. Detta förutsätter att personalen arbetar i ett integrerat team, är tränade att arbeta patientcentrerat och i nära samarbete med andra aktörer.

De allra flesta patienter med långvarig smärtor rehabiliteras enligt de två första nivåerna och - förutsatt att en tillräckligt bred utredning har gjorts - det kan i många fall vara tillräckligt för att på ett markant sätt bryta en negativ utveckling. I överenskommelsen för 2016 är parterna överens om att utöver MMR också redovisa omfattningen av två olika interventioner/insatser som befinner sig inom de två första nivåerna dvs.:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.
- Beteendemedicinskt behandlingsprogram tillhandahållet av sjukgymnast

Överenskommelsen inför 2016 innehåller särskilda medel för att stimulera kontakter med arbetsplatserna eller arbetsförmedling.

Arbetsinriktade åtgärder

Evidensläget

Evidensen för att anpassningar på arbetsplatsen underlättar återgång i arbete för den sjukskrivne medarbetaren är stark för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen [8]. Institute of Work and Health i Toronto har, baserat på systematiska litteraturoversikter formulerat sju principer för en framgångsrik process för återgång i arbete [9]. Principerna pekar på att kommunikation mellan sjukvården och arbetsgivaren är betydelsefull, liksom att

arbetsplatsens vilja och engagemang för hälsofrågor och att erbjuda anpassningar på arbetsplatsen främjar återgång i arbete. Studier har också visat att det finns evidens för att multimodala rehabiliteringsinsatser har goda effekter för en patients återgång i arbete efter rehabilitering [10]. Också andra studier redovisar positiva effekter för återgång i arbete vid ett systematiskt arbets sätt där i ett tidigt skede konsultation och gemensam planering mellan patienten, hälso- och sjukvårdens rehabiliteringspersonal och arbetsgivare/arbetsplats ingår [11].

Schandelmaier m.fl. visade i en systematisk meta-analys att koordinering av rehabiliteringsåtgärder ledde till kortare sjukfrånvaro, bättre fysisk och psykisk funktionsförmåga och lägre smärta [12]. De flesta evidensbaserade rehabiliteringsprogram bygger på att det finns en koordinator eller case manager som stöttar den sjukskrivne, bidrar med kunskap, och samordnar arbetet mellan olika aktörer eller professioner. En koordinator kan också vara den som håller rehabiliteringsplanen aktiv och ger återkoppling om framsteg eller behov av anpassningar i programmet.

Samspelet mellan hälso- och sjukvården, den sjukskrivne och arbetsplatsen påverkar processen för återgång i arbete. Det finns ett antal centrala komponenter i internationellt utprövade program som tycks generella och viktiga för utfallet återgång i arbete [13-15]:

- Tidig och multiprofessionell bedömning som omfattar olika aspekter som hälsa, arbetssituation och livssituation.
- Bedömningen leder till individuellt anpassade åtgärdsprogram som beaktar bedömningens alla aspekter.
- Åtgärdsprogrammet bygger på samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivaren/arbetsplatsen, och sker i dialog med den sjukskrivne.
- Åtgärdsprogrammet är målinriktat mot återgång i arbete.
- Den sjukskrivne ges möjlighet till kontinuerlig kontakt och hjälp av en rehabiliteringskoordinator.

Kontakt med arbetsgivare och arbetsförmedling

Enligt överenskommelsen 2016 utgår en särskild ersättning vid kontakt med arbetsgivare eller arbetsförmedlingen (vid arbetslöshet). Syftet med den ekonomiska stimulansen är att arbetsgivaren kan göra anpassning av arbetsplatsen, arbetsuppgifter eller rehabiliteringsinsatser och därigenom främja patientens återgång i arbete. Ett ytterligare syfte är stimulera till ökade kontakter med arbetsgivare och arbetsförmedling.

Patienter kan vara sjukskrivna på hel- eller deltid, ha förebyggande sjukpenning eller rehabiliteringsersättning. Andra kan vara i arbete samtidigt som de får rehabiliteringsinsatser. Avgörande för vad som gäller för den individuella patienten är helt beroende av patientens sjukdomsbild/arbetsförmåga i första hand, och omfattningen i tid för rehabiliteringen. Arbetets art och arbetsgivarens inställning är också av stor vikt för vad som är möjligt. I många fall kan det vara bra att patienten är kvar åtminstone deltid i arbete eller som arbetssökande.

Det är viktigt att tidigt kartlägga varje patients möjligheter och förutsättningar att återkomma till arbetsplatsen för att tydliggöra de konkreta målen för behandlingen eller rehabiliteringen. Denna kartläggning kan med fördel göras i samarbete mellan patienten och den aktuella behandlaren eller teammedlemmen och innebära kontakter med en arbetsledare på arbetsplatsen och/eller företagshälsovården. Tillvägagångssättet i det enskilda patientärendet beror på de faktiska omständigheterna.

Arbetsinriktade åtgärder är en essentiell komponent i MMR men bör rimligen vara en frekvent förekommande åtgärd i samband med de två övriga interventioner som berörs i detta PM:

- Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning.
- Beteendemedicinskt behandlingsprogram tillhandahållet av sjukgymnast

Aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning

I SBU rapporten från 2006 [3] rapporterades, vilket ej motsas vid genomgången 2010 [2], att det fanns evidens även för *aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning*. Man fann att fysisk träning under professionell ledning gav bättre smärtlindring än när patienten ej aktiverades fysiskt och att fysisk träning gav bättre effekter i form av smärtlindring och aktivitet jämfört med manuella eller fysikaliska metoder. Till likande slutsatser kommer även en annan systematisk översikt samt en meta-översikt av andra systematiska översikter [16, 17]. Översikterna är samstämmiga i att effekterna är förhållandevis små [3, 16, 17]. Enligt flera översikter är inte någon träningsform mer effektivt än andra [2, 16, 17].

För genomförande av aktiv, specifik träning och sjukgymnastiskt ledd träning för patienter med långvariga smärtor förutsätts att denna leds av legitimerad sjukgymnast med kompetens motsvarande MMR1 (sidan 19) enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter".

Det är rimligt att förmoda att träningen måste ske flera gånger per vecka under flera veckor, successivt till åtminstone en medelintensiv nivå [18] och innefatta regelbunden utvärdering.

Beteendemedicinskt behandlingsprogram tillhandahållet av sjukgymnast

I SBU rapporten 2010 redovisas att beteendemedicinsk behandling tillhandahållet av sjukgymnast leder till större förbättring i aktivitetsförmåga än fysik träning enbart eller olika kombinations-behandlingar.

Åsenlöf och medarbetare har utvecklat ett 7-steps program vars utvärderingar var viktiga i den framtagna evidensen [19-21] och som därtill utvecklats i en svensk vårdkontext.

För genomförande av ett sådant beteendemedicinskt behandlingsprogram förutsätts att behandlaren är legitimerad sjukgymnast med dokumenterad beteendemedicinsk utbildning dvs. kompetens motsvarande MMR2 (sidan 20) enligt rapporten "Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta – kompetenser och uppgifter" [22].

Multimodal rehabilitering (MMR)

Evidens för multimodal rehabilitering

Flera systematiska sammanställningar har gjorts av den vetenskapliga litteraturen vad gäller nyttan av multimodal rehabilitering MMR [2, 3, 23]. Sammanställningarna visar att det finns måttligt starkt till starkt vetenskapligt stöd för att MMR långsiktigt ger bättre helhetseffekt vid långvariga smärtor än begränsade insatser. När det gäller smärtbehandling är det är endast multimodal rehabilitering som har uppvisat evidens för att patienter har kunnat återgå i arbete. Sammanställningarna från SBU – men även andra sammanställningar [10] - visar också på måttligt starkt till starkt vetenskapligt stöd för att MMR minskar tiden som patienten är sjukskriven eller i större omfattning leder till att patienten kan återgå i arbete.

Effekterna av multimodal rehabilitering är inte desamma för alla personer med långvariga smärttillstånd. Vissa patienter uppvisar förbättringar medan en mindre grupp inte förbättras alls. För dem som förbättras kan förändringarna ske inom olika områden; för patient A kanske mest vad gäller smärtans intensitet, medan patient B har en oförändrad smärtintensitet men får bättre psykologisk status. Detta betonar vikten av individualisering vid behovsbedömningen. Analys av registerdata från Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS) på specialistnivå visar att patientgruppen inte är homogen utan att olika personer kan behöva olika typer av insatser.

Majoriteten av de vetenskapliga studier som ingick i SBU-rapporten 2010 om MMR och dess effekter på återgång i arbete hade gjorts på specialistnivå [2]. Det innebär sannolikt att patienter med en mer komplex problematik har inkluderats än om studien hade gjorts på primärvårdsnivå. Registerdata från NRS på specialistnivå som har samkörts med data från Försäkringskassan² visar att även vid svår komplex smärtproblematik kan erhållas markanta förbättringar i form av minskad sjukskrivning. Detta innebär rimligen att de potentiella möjligheterna för arbetsåtergång och minskad sjukskrivning bör vara bättre på primärvårdsnivå med patienter med något mindre komplex problematik. Analyser från Inspektionen för Socialförsäkringen³ av MMR på primärvårdsnivå har ännu ej kunnat bekräfta sådana positiva effekter. Andra analyser visar att MMR inom primärvården hitintills inte tillräckligt involverat arbetsrelaterade insatser [24].

Vilken multimodal rehabiliteringsnivå?

Förslag på hur valet av vårdnivå för multimodal rehabilitering kan ske finns i *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta* [1]; i fortsättningen benämnd *Indikationen*. I denna finns mer fullständiga beskrivningar för avsnitten nedan där det hänvisas till *Indikationen*.

I *Indikationen* presenteras förutsättningar som ska vara uppfyllda för att det ska vara relevant att erbjuda patienter med långvarig smärta MMR. Likaså presenteras en uppdelning

² Årsrapport 2012:3, 1 och 2 årsuppföljning av ohälsobidrag efter avslutad rehabilitering 2007-2011 (kan hämtas på NRS hemsidor: [://www.ucr.uu.se/nrs/index.php/arsrapporter](http://www.ucr.uu.se/nrs/index.php/arsrapporter))

³ Rapport 2014:12

av MMR i MMR 1 och MMR 2. MMR 1 är den form som vanligtvis erbjuds i primärvården medan MMR 2 huvudsakligen erbjuds inom specialistvården. Det som styr är dock teamets kapacitet och kompetens och inte vårdnivån.

Som påpekats ovan måste en individuell utredning och bedömning ha genomförts för att utröna om individen behöver behandling, MMR eller någon annan form av rehabilitering. I Indikationen identifieras olika patientrelaterade förutsättningar för MMR:

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

De olika *vårdprocessrelaterade förutsättningarna* framgår i detalj i Indikationen och översiktligt i **Figur 1** t.ex. avseende i vilken ordning vanligen olika behandlings- och rehabiliteringsinsatser bör sättas.

I indikationen redovisas också *vårdgivarrelaterade förutsättningar* för MMR:

- Ett MMR-team ansvarar för genomförandet av det multimodala rehabiliteringsprogrammet.
- MMR-teamet består av flera professioner som arbetar tydligt samordnat utifrån en rehabiliteringsfilosofi med planerade åtgärder mot ett gemensamt mål som definieras i detalj tillsammans med patienten.
- Kompetens för att hantera smärttillståndets komplexitet finns i MMR-teamet.
- Teamet följer regelbundet resultaten av rehabiliteringen för att stimulera kvalitetsutvecklingen. Därigenom kan teamet leverera allt bättre resultat med ökad kännedom om patienters behov och vårdupplevelser, och dimensionera smärtvården på ett tillfredsställande sätt.

För att kunna följa sina resultat och utvecklingen i landet är enheterna på specialistnivå anslutna till Nationellt Register över Smärtrehabilitering, NRS.

Det är önskvärt att även teamen på primärvårdsnivå följer sina resultat, jämför med andra likvärdiga enheter och utvecklar den erbjudna multimodala rehabiliteringen. Sedan 2015 finns NRS-primärvård som är mindre omfattande än NRS för specialistenheterna; överenskommelsen för 2016 innefattar medel för att stimulera anslutningen av MMR1-team/enheter till NRS-primärvård.

Indikation för MMR 1 respektive MMR 2

Om de patientrelaterade, vårdprocessrelaterade och vårdgivarrelaterade förutsättningarna (**Figur 1**) är uppfyllda finns indikation för MMR. Vilken form och intensitet av MMR som är lämplig bestäms enligt följande; se Indikationen för indelningen av smärttillstånd i typ A och B.

- Indikation för MMR 1 finns om patientens problematik bedöms som komplex (typ A), dvs. om patienten har *låga eller måttliga nivåer* av negativ affekt (nedstämdhet, oro eller ångest) eller rädsla-undvikande-tankar eller -beteende (katastroftankar, undvikande) eller om hans eller hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i måttlig omfattning.
- Indikation för MMR 2 finns om patientens problematik bedöms som mycket komplex (typ B), dvs. om patienten har *starkt förhöjda nivåer* av negativ affekt (nedstämdhet, oro eller ångest) eller rädsla eller undvikande beteende eller om hans eller hennes förmåga att utföra nödvändiga vardagsaktiviteter har påverkats i hög omfattning.

Målen för multimodal rehabilitering

Vanliga *allmänna* mål för MMR, som också överensstämmer med kartläggningar av vad patienter med långvarig smärta anser vara viktigt [25], brukar vara:

- Minskad smärta och psykologisk belastning
- Förbättrad fysisk funktion och fysisk aktivitetsnivå
- Ökat deltagande i vardagsaktiviteter, arbete och samhällsliv
- Bättre hälsa och livskvalitet

Eftersom patienter är olika vad gäller besvärsbild och själva måste vara "bärare" av sin rehabilitering och vara delaktiga, dvs. ha inflytande över sin behandling, är det viktigt att fråga efter och formulera det som den enskilde patienten anser vara viktiga mål för honom eller henne.

Arbetsåtergång är en komplicerad process och även om en förbättring av patientens medicinska tillstånd erhålls och är en nödvändig förutsättning för detta talar det vetenskapliga underlaget liksom olika kartläggningar för att detta inte är tillräckligt utan att specifika insatser är nödvändiga för att verkligen åstadkomma ökad återgång i arbetet eller för att förebygga sjukskrivning (se ovan).

Innehållet i MMR

I SBU-rapporten från 2006 fanns ett starkt vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering skulle innefatta en kombination av psykologiska insatser, fysisk aktivitet eller träning eller sjukgymnastik och pedagogiska moment [3]. Scascighini et al., [23] var något mer detaljerad i sin analys av programmets sammansättning, nämligen:

- Specifik individuell träning
- Regelbunden träning i avspänningstekniker
- Gruppbaserad psykoterapi

- Utbildning av patienten
- Sjukgymnastik för att lära sig "pacing"-strategier
- Medicinsk träningsterapi
- Neurofysiologisk information från läkare

På basis av dessa två översikter och egna kliniska erfarenheter kom gruppen som arbetade fram Indikationen fram till att innehållet enligt **Tabell 2** i huvudsak skulle vara möjligt och lämpligt i en svensk miljö. Ett flertal aktiva komponenter ingår, vilka förmodas ge synergistiska effekter. En närmare evidensanalys av vanliga komponenter som ingår i MMR⁴ ger vid handen att framförallt undervisning, kognitiv beteendeterapi (som vid behov inkluderar ACT och mindfulness), fysisk träning på åtminstone medelintensiv nivå samt arbetsinriktade åtgärder är de centrala komponenterna i MMR.

Det finns tydlig evidens som talar för att anpassningar på arbetsplatsen underlättar återgång i arbete för sjukskrivna med besvär i rörelseorganen [8] och positiva effekter för återgång i arbete vid ett systematiskt arbetssätt där i ett tidigt skede konsultation och gemensam planering mellan patienten, hälso- och sjukvårdens rehabiliteringspersonal och arbetsgivare/arbetsplats ingår [11]. Det är därför av vikt att MMR systematiskt inkluderar sådana arbetsinriktade åtgärder.

Med andra ord är multimodal rehabilitering en komplex intervention som kräver speciella kunskaper och färdigheter från olika professioner [26], där varje profession också genomför en multidimensionell intervention [27]. Det multimodala rehabiliteringsprogrammet är sammanlänkat både av individens mål och förutsättningar och av teamets rehabiliteringsfilosofi och beteendeförändringsteorier.

Omfattningen av multimodala rehabiliteringsprogram

Tillgängliga systematiska sammanställningar visar att kunskapen om hur lång ett multimodalt rehabiliteringsprogram ska vara är begränsad. I båda de systematiska översikterna av Scascighini et al. och Guzman et al, konstaterades att längre (intensivare) program hade bättre effekt än sådana som var mindre omfattande/intensiva [23, 28]. Guzman och medarbetare fann att program som omfattade mindre än 30 timmar inte uppvisade några positiva effekter [28]. De kom fram till att multimodala rehabiliteringsprogram om minst 100 timmar hade positiva effekter. Men evidensläget idag - med ytterligare tillkommen litteratur - tillåter inte en definitiv gräns vid 100 timmar. Om ett rehabiliteringsprogram förmedlat av ett visst team är effektivt eller inte måste slutligen avgöras genom sammanställningar från kvalitetsregister.

Att döma av praktiken idag pågår MMR2 (i regel på smärtkliniker och rehabiliteringskliniker) under fyra till åtta veckor i en omfattning av 75-100 timmar beroende på hur programmet är upplagt. Vid MMR1 torde inte samma omfattning vara nödvändigt beroende på den mindre

⁴ Utförd vid Smärt- och rehabiliteringscentrum, US, Linköping

komplex smärtproblematiken men rehabiliteringen bör koncentreras under några veckor och de olika evidensbaserade komponenterna i rehabiliteringsprogrammet bör vara väl koordinerade. En uppskattning är att minst 40 timmars behandlingsinsats är nödvändigt inom MMR1. Olika hemövningar kan vara aktuella både för patienter i MMR1 och MMR2.

En viss individuell anpassning i omfattningen av rehabiliteringsprogrammen både inom MMR 1 och MMR 2 måste göras utifrån patientens problembild. Exempel på faktorer som kan vara värda att beakta är:

- smärtintensitet
- smärtlokalisering
- smärtvariabilitet
- smärtduration
- hyperalgesi
- coping
- medicinsk samsjuklighet
- missbruk av alkohol och droger
- depressiva symtom
- ångestsymtom
- sömnstörning
- inställning till arbete
- konsekvenser i vardagen
- sjukskrivning
- arbete med riskfaktorer för smärta
- sociala relationer
- förändringsförmåga
- försäkringsproblematik

Tabell 2: Sammanställning av nödvändiga komponenter och pedagogiska strategier i multimodala rehabiliteringsprogram MMR 1 och MMR 2. För samtliga komponenter gäller att de måste anpassas efter patientens behov.

| Komponenter | MMR 1 | MMR 2 | Pedagogiska strategier |
|---|--------------|--------------|--|
| Progressiv, patientcentrerad och genusmedveten målformulering (rehabiliteringsplan) | x | x | I samarbete med patienten. Gemensam utgångspunkt för hela teamet. Målen som sätts upp ska vara specifika, mätbara, angelägna och aktivitetsrelaterade samt realistiska och tidsbegränsade. |
| Optimering av farmakologisk behandling | x | x | |
| Undervisning om smärtmekanismer (bio-psyko-sociala samspel) | x | x | Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper |
| Pedagogiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser) | x | x | Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Pedagogiskt och terapeutiskt orienterad psykologisk terapi* för smärthantering/coping (inklusive utbildning om långvarig smärta och hantering av dess konsekvenser) | | x | Patientcentrerad undervisning och diskussionsgrupper Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Psykologisk terapi* mot sömnproblematik | x | x | Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Psykologisk terapi* mot ångestproblematik | | x | Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Graderad exponering <i>in vivo</i> | | x | Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Psykologisk terapi* mot depression | | x | Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Fysisk träning (professionell coachning) | x | x | Guidad träning i grupp växlat med träning på egen hand Träningsplan och träningsdagbok, Tilltro-stärkande feedback |
| Aktivitetsträning Relevanta och för individen väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete | x | x | Analoga situationer på vårdcentral eller klinik med successiv stegring till färdighetsträning i vardagslivet inklusive arbete Självmonitorering, hemuppgifter och tilltro-stärkande feedback |
| Optimering av omgivningsfaktorer Socialt stöd Arbetsplats inklusive medarbetare och arbetsledning | x | x | Identifiera, hantera och förändra fysiska och sociala omgivningsfaktorer som kan bidra till patientens problematik |
| Samordningsinsatser mellan teamet, den remitterande läkaren, försäkringskassa, arbetsplats eller företagshälsovård och familj | x | x | |
| Skräddarsydda insatser för hantering av samsjuklighet (t.ex. inflammatorisk ledsjukdom, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, fetma, astma) | | x | Samarbete med remitterande läkare och specialister |
| Bibehållandestrategier och återfallsprevention | x | x | Utarbetande av återfallspreventionsplan |

*För närvarande olika former av KBT

MMR-teamets kompetens

För att kunna erbjuda MMR enligt tex **Tabell 2** (dvs. både inom MMR1 och MMR2) är det nödvändigt att ha ett rehabiliteringsteam. Det består av flera professioner med smärtkompetens och vana med arbeta i team med planerade och samordnade åtgärder mot gemensamma mål definierade tillsammans med patienten. De insatser som ingår i MMR enligt **Tabell 2** är delvis specifika för de olika professionerna i teamet. För att täcka nödvändiga kompetensområden för att genomföra MMR är det lämpligt att teamet består av läkare, psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut och socionom. Teamet ska ha kompetens att hantera ett smärttillstånd komplexitet utifrån ett bio-psyko-socialt synsätt.

Medlemmarna i teamet måste ges utrymme och tid för att verkligen skapa ett effektivt gediget samarbete i teamet, vidareutbilda sig och få tillräcklig erfarenhet av olika patienter med behov av MMR. Teamet måste ha ett strukturerat arbetssätt med regelbundna möten för att diskutera rehabiliteringsprocessen och utvärdera patienternas individuella mål och resultat. Teamet ska också ha ett utvecklat och genomtänkt sätt att säkerställa att patienten är en del av teamet och stödja patientens vilja och självständighet för att ge en bra grund för ett långsiktigt rehabiliteringsresultat.

Teamet ska ha tillräckligt många patienter under ett år för att kunna upprätthålla en hög kunskapsnivå och genomföra MMR med överlag goda patientresultat. Det exakta antalet patienter går inte att fastställa på basis av vetenskap, men bedömningen är att det gäller minst 20-30 patienter per år för att erhålla tillräcklig klinisk skicklighet och kvalitet.

I Indikationen preciseras den kompetens som krävs av teamen inom MMR1 (**Tabell 3**) och MMR2 (**Tabell 4**). De beskrivna kompetenserna ska ses som strävansmål i ett förhållandevis kort tidsperspektiv. För att kunna genomföra MMR 2 krävs fördjupad kompetens, speciellt vad gäller hanteringen av de negativa psykologiska komponenterna, samsjuklighet och smärttillstånd med hög intensitet (**Tabell 4**).

Tabell 3: Lämplig kompetens inom team som erbjuder MMR 1; för närmare beskrivning se Indikationen [1].

| |
|---|
| Ingående kunskap om teamarbete och det multimodala rehabiliteringsprogrammets mål och de komponenter som ingår i MMR 1 |
| Grundläggande kunskap om smärta och smärtbehandling ur ett bio-psyko-socialt perspektiv |
| Uppdaterad kunskap om den bio-psyko-sociala modellen för långvarig smärta, förståelse av uppkomst, utveckling och konsekvenser |
| Utbildning på grundnivå både teoretisk och i praktisk tillämpning av beteendemedicinska principer |
| Kunskap om sambandet mellan aktivitetsutförande och hälsa/ohälsa samt färdighet att använda den i standardiserad och vetenskapligt förankrad bedömning och behandling av aktivitetshinder |
| Kunskap att genomföra standardiserade test av exempelvis fysisk kapacitet, muskelfunktion, rörlighet, koordination och balans |
| Kunskap att planera och vägleda patienten till ökad fysisk aktivitet och förbättrad förmåga genom olika former av fysisk träning |
| Grundutbildning i psykologisk terapi, t.ex. kognitiv beteendeterapi (KBT steg 1) |
| Vidareutbildning i smärtans psykologi samt erfarenhet (under handledning) av behandling av smärtproblematik |
| Ingående kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta |
| Kunskap om psykosocial rehabilitering, socialförsäkringsfrågor och arbetsmarknadsfrågor |

Erfarenheterna hittills visar på betydande svårigheter att få bra medverkansformer med läkare på MMR1-nivån. Likaså är tillgången till psykolog på den nivån begränsad. Om det saknas en psykolog i teamet för MMR1 rekommenderas att en terapeut (psykoterapi steg 1) med annan grundutbildning deltar. Beroende på lokala traditioner och möjligheter kan teamet kompletteras med andra professioner, t.ex. sjuksköterska och friskvårdspersonal.

Tabell 4: Lämplig kompetens inom team som erbjuder MMR 2; för närmare beskrivning se Indikationen [1].

| |
|--|
| Specialistkunskap i rehabiliteringsmedicin eller annan specialitet (exempelvis allmänmedicin) med tilläggspecialiteten smärtlindring och ingående och regelbundet uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om diagnostik, behandling och rehabilitering av långvarig smärta |
| Utbildning på avancerad nivå inom beteendemedicinska tillämpningar inom sjukgymnastik |
| Utbildning på avancerad nivå inom områdena arbetsterapi och smärta samt omfattande erfarenhet av arbetsterapeutisk bedömning, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta |
| Utbildning i psykologisk terapi, t.ex. KBT steg II |
| Vidareutbildning i smärtans psykologi |
| Utbildning i och erfarenhet av att utöva avancerade tekniker som exponering av rörelserädsla, depression och smärta liksom katastroftankar och smärta |
| Vidareutbildning inom psykosocialt behandlingsarbete |
| Uppdaterad teoretisk och praktisk kunskap om psykosociala konsekvenser, behandling och rehabilitering vid långvarig smärta |
| Omfattande och regelbundet uppdaterad kunskap om gällande regelverk inom arbetsmiljö, arbetsskydd, sociala förhållanden, socialförsäkringssystemet och dess rehabiliteringskedja |

Refrenser

1. Indikationer, N.M., *Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta*, in *Samarbetsprojektet Nationella medicinska indikationer*. 2011. p. 1-24.
2. SBU, *Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt*, in *SBU-rapport nr 198*, S.b.f.m. utvärdering, Editor. 2010, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): Stockholm.
3. SBU, *Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt*. SBU-rapport. Vol. 177/1+2. 2006, Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
4. Gatchel, R., et al., *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions*. Psychol Bull, 2007. **133**: p. 581-624.
5. Nicholas, M.K., *Pain management in musculoskeletal conditions*. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2008. **22**(3): p. 451-70.
6. Stålnacke, B., et al., *Smärtanalys och Diagnossättning vid Kroniska Smärtor inom Specialiserad Smärtvård. Diagnosgruppen inom Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS)*. 2014, Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS).
7. Gerdle, B. and J. Elert, *Arbetsinriktad Rehabilitering*, in *Människan i arbetslivet - teori och praktik*, E. Holmström, M. Eklundh, and K. Ohlsson, Editors. 1999, Studentlitteratur: Lund. p. 128-151.
8. Franche, R.-L., et al., *Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature*. Journal of Occup Rehab, 2005. **15**: p. 607-631.
9. Institute of Work and Health, *Seven key principles support an employee's successful return to work*, in *At Work*. 2007, Institute for Work & Health: Toronto.
10. Norlund, A., A. Ropponen, and K. Alexanderson, *Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain*. J Rehabil Med, 2009. **41**(3): p. 115-21.
11. Carroll, C., et al., *Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions*. Disabil Rehabil, 2010. **32**(8): p. 607-21.
12. Schandelmaier, S., et al., *Return to work coordination programmes for work disability: a meta-analysis of randomised controlled trials*. PLoS One, 2012. **7**(11): p. e49760.
13. Costa-Black, K., *Core components of return-to-work interventions*, in *Handbook of Work Disability: Prevention and Management*, P. Loisel and J. Anema, Editors. 2013, Springer Science, Business Media: New York.
14. Gensby, U., et al., *A Classification of components of workplace disability management programs: results from a systematic review*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2013.
15. National Institute for Health and Clinical Excellence, *Managing long-term sickness absence and incapacity for work*, in *NICE Public Health*. 2009: London.
16. Ferreira, M., et al., *Can we explain heterogeneity among randomized clinical trials of exercise for chronic back pain? A meta-regression analysis of randomized controlled trials*. Phys Ther, 2010. **90**(10): p. 1383-403.
17. van Middelkoop, M., et al., *Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain*. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2010. **24**(2): p. 193-204.
18. Hauser, W., et al., *Efficacy of different types of aerobic exercise in fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. Arthritis Res Ther, 2010. **12**(3): p. R79.
19. Åsenlöf, P., E. Denison, and P. Lindberg, *Individually tailored treatment targeting motor behavior, cognition, and disability: 2 experimental single-case studies of patients with recurrent and persistent musculoskeletal pain in primary health care*. Phys Ther, 2005. **85**(10): p. 1061-77.

20. Åsenlöf, P., E. Denison, and P. Lindberg, *Idiographic outcome analyses of the clinical significance of two interventions for patients with musculoskeletal pain*. Behaviour research and therapy, 2006. **44**(7): p. 947-65.
21. Åsenlöf, P., E. Denison, and P. Lindberg, *Long-term follow-up of tailored behavioural treatment and exercise based physical therapy in persistent musculoskeletal pain: A randomized controlled trial in primary care*. Eur J Pain, 2009. **13**(10): p. 1080-8.
22. SKL, *Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta- KOMPETENSER OCH UPPGIFTER*. 2013: Stockholm.
23. Scascighini, L., et al., *Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes*. Rheumatology, 2008. **47**(5): p. 670-8.
24. Hellman, T., et al., *En processutvärdering av multimodala team inom ramen för rehabiliteringsgarantin Slutrapport*. 2014, Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet: Stockholm
25. Turk, D.C., et al., *Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain*. Pain, 2008. **137**(2): p. 276-85.
26. Campbell, M., et al., *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health*. BMJ, 2000. **321**(7262): p. 694-6.
27. Gerdle, B., et al., *[Multimodal rehabilitation in pain too low a priority]*. Läkartidningen, 2011. **108**(11): p. 580-1.
28. Guzman, J., et al., *Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review*. BMJ, 2001. **322**(7301): p. 1511-6.