

17 May 16
Ansvarig: Charlotte Post Sennehed



Uppföljning av patienter som erhållit multimodal smärtrehabilitering inom primärvården i Region Skåne inom ramen för den nationella rehabiliteringsgarantin 2010-2012

Post Sennehed C, Stigmar K, Holmberg S, Forsbrand M, Petersson I, Nyberg A, Grahn B



Sammanfattning

Bakgrund: Besvär från rörelseorganen och psykisk ohälsa är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och innebär en stor ekonomisk belastning för såväl individen som för samhället. Sveriges regering beslutade 2008 om en rehabiliteringsgaranti som ger landstingen ekonomisk ersättning för behandlings- och rehabiliteringsinsatser. Målgruppen för smärtrehabilitering är patienter i arbetsför ålder med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa samt patienter med smärta företrädesvis i nacke, rygg och skuldror. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att sjukskrivning ska minska och att arbetsförmåga bibehålls och stärks. Smärtrehabiliteringen ska vara multimodal (MMR). Enligt rehabiliteringsgarantin innebär den en kombination av psykologiska insatser, fysisk aktivitet/träning, sjukgymnastik/fysioterapi samt pedagogiska moment med målsättning att stärka livskvalitet, funktion och arbetsförmåga.

Syfte: Syftet med denna rapport är att beskriva behandlingsresultat 1-3 år efter MMR för patienter som behandlats för smärtproblematik i rörelseorganen 2010-2012 inom primärvården i Region Skåne.

Metod: Registerbaserad longitudinell observationsstudie där individdata som sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, vårdkonsumtion, läkemedelskonsumtion, hälsorelaterad livskvalitet och funktion för uppföljning av patienter har inhämtats. I analysen ingick 2552 patienter i åldern 16-67 år, som under perioden behandlats med MMR i Region Skåne på grund av smärtproblematik i rörelseorganen.

Resultat: Patientgruppen som under åren 2010-2012 genomgått MMR hade generellt hög grad av sjukskrivning året innan behandlingen. Ungefär hälften av hela patientgruppen saknade arbete. Analysen visade att omfattningen av sjukskrivning före och under MMR hade betydelse för sjukskrivning åren efter MMR. De med anställning vid MMR start hade färre antal sjukskrivningsdagar efter MMR. Trots förbättringar efter MMR nådde gruppen knappt till den nivå på hälsorelaterad livskvalitet som behövs för att klara att vara i arbete. Större andelen av de som skrevs in i MMR var kvinnor. Mäns och kvinnors upplevda hälsa och funktion före och efter MMR var relativt lika.

Konklusion: Patienternas förhållande före MMR avseende anställning, sjukskrivning och hälsorelaterad livskvalitet hade betydelse för resultatet av MMR. Patienter med anställning och kortare sjukskrivning föreföll ha bäst nytta av MMR. En stor del av patienterna som genomfört MMR hade efter rehabiliteringen fortfarande kvarstående nedsatt hälsorelaterad livskvalitet som låg långt under den nivå som behövs för att klara ett arbete.

Innehåll

Sammanfattning.....	1
Innehåll.....	2
Förkortningar och förklaringar	4
Bakgrund	5
Syfte.....	6
Frågeställningar	6
Metod	6
Patientgrupp.....	6
Mätinstrument och uppföljningar.....	7
Vårdgivarrapporterade uppgifter.....	7
Patientrapporterade uppgifter.....	7
Myndighetsrapporterade uppgifter	7
Tidsperiod.....	8
Procedur/ Datainsamling	8
Analys	8
Etik.....	8
Resultat.....	8
Beskrivning av hela studiepopulationen	8
Jämförelser över tid	9
Hela studiepopulationen.....	9
Subanalyser: kvinnor och män	10
Subanalyser baserat på anställd respektive inte anställd vid MMR start.....	10
Subanalyser baserat på sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR.....	11
Subanalyser baserat på anställd/inte anställd och sjukskriven/inte sjukskriven vid MMR start i kombination med antalet dagar med sjukpenning året före MMR	11
Diskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	12
Metoddiskussion	14
Slutsatser.....	15
Tack.....	16
Referenser	17

Doktorand Charlotte Post Sennehed^{1,2,4}

Projektledare Anja Nyberg³

Med. dr Sara Holmberg²

Med. dr Kjerstin Stigmar^{1,4}

Professor Ingemar Petersson^{1,4}

Doktorand Malin Forsbrand^{1,4,5}

Docent Birgitta Grahn^{1,2,4}

¹) Lunds universitet ²) FoU Kronoberg ³) Avd. för hälso- och sjukvårdsstyrning, Region Skåne

⁴) ERC, Region Skåne ⁵) Blekinge kompetenscentrum, Landstinget Blekinge

Förkortningar och förklaringar

ANTAL NETTODAGAR SJUK- OCH REHABILITERINGSPENNING – Antal dagar inklusive karensdag och sjuklön gånger omfattning (andel av den tid som individens anställning motsvarar). Alla förmånstyper är inkluderade: Karenstid, sjuklön, sjukpenning, förlängd sjukpenning, fortsatt sjukpenning, förebyggande sjukpenning, förlängd förebyggande sjukpenning, fortsatt förebyggande sjukpenning, rehabiliteringspenning, förlängd rehabiliteringspenning, arbetsskadesjukpenning (Sjukpenning från LPS, Lagen om Statligt Personskadeskydd). Enbart korttidsfrånvaro < 14 dagar för dem med anställning fångas inte i denna rapport.

ANTAL NETTODAGAR SJUK- OCH AKTIVITETSERSÄTTNING – Antal dagar gånger omfattning (andel av den tid som individens anställning motsvarar). Alla förmånstyper inkluderade: Sjukersättning, tidsbegränsad sjukersättning, aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga, aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

EQ5D – EuroQol 5 Dimensioner. Formulär som mäter hälsorelaterade livskvalitet. Den omfattar fem frågor om rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Indexvärdet är 0-1 där 1 innebär bästa hälsorelaterad livskvalitet.

EQVAS – EuroQol Visuell Analog Skala som mäter hälsa. Patienten drar en linje som skär genom en axel och anger därigenom sitt nuvarande hälsotillstånd på en skala från 0-100, där 100 innebär bästa hälsa.

DDD – ”Defined Daily Dose”, läkemedelsuttag. Förmodad medeldos till vuxen vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation.

ANTAL VÅRDKONTAKTER – Antal kontakter inom alla vårdområden dvs. primärvård, specialistvård inom öppenvård och slutenvård. Inläggning inom slutenvård räknas som en kontakt oavsett längd. Alla vårdgivarkategorier, alla besökstyper dvs. fysiskt/icke fysiskt. År 1 före inkludering MMR betyder hela perioden 365 dagar och antal anges endast för kompletta år.

ICF – Internationell Klassifikation av Funktionstillstånd, Funktionshinder och Hälsa utarbetad av WHO. Klassifikation ICF ger möjlighet att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell.

MMR – Multimodal smärtrehabilitering. En integrerad kombination av medicinska, psykologiska och sociala insatser och fysisk rehabilitering/träning, där patienten är delaktig att formulera mål och planera träningen. I region Skåne kallas denna rehabilitering MMS.

Bakgrund

Besvär från rörelseorganen är en av de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och innebär en stor ekonomisk belastning för såväl individen [1] och samhället [1-4]. Under de senaste åren har det skett omfattande förändringar av sjukförsäkringens utformning och ramar samt den rehabilitering som erbjuds. Sveriges regering beslutade 2008 om införandet av en rehabiliteringsgaranti som ger landstingen ekonomisk ersättning för behandlings- och rehabiliteringsinsatser [5]. Målgrupper är patienter i arbetsför ålder med lindrig och medelsvår psykisk ohälsa samt patienter med smärta företrädesvis i nacke, rygg och skuldror. Syftet med rehabiliteringsgarantin är att sjukskrivning ska minska och att arbetsförmåga bibehålls och stärks [6]. För patienter med smärtproblematik ska multimodal smärtrehabilitering erbjudas.

Multimodal smärtrehabilitering (MMR/i Region Skåne MMS) enligt rehabiliteringsgarantin innebär en kombination av psykologiska insatser, fysisk aktivitet/träning, sjukgymnastik/fysioterapi och pedagogiska moment med målsättning att stärka livskvalitet, funktion och arbetsförmåga. Flera olika professioner ska samverka i team och forma en gemensam individuell målsättning tillsammans med patienten [7, 8]. MMR inom primärvården har visats ge positivt resultat när det gäller förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, självrapporterad arbetsförmåga och kroppsfunktioner [9]. För de patienter som vid MMRs början hade hög självskattad livskvalitet, minskade sjukskrivningen vid tre månaders uppföljning jämfört med de patienter som i stället hade lägre självskattad livskvalitet vid rehabiliteringens start, där sjukskrivningen ökade efter MMR [9]. Det har också visats att förberedande samtal, information och motiverande samtal innan behandlingsstart kunde resultera i ökad självskattad livskvalitet, arbetsförmåga och patientnöjdhet efter avslutad behandling jämfört med en referensgrupp [10]. En annan utvärdering av MMR har beskrivit att vårdgivarna upplevde bristande möjligheter stöd att underlätta en arbetsåtergång eller främja att patienten var kvar i arbete [11]. Inspektionen för socialförsäkringens utvärdering av MMR har rapporterat ökande sjukfrånvaron efter MMR [12].

Region Skåne har sedan 2009 ett system där ackrediterade vårdgivare för MMR inom primärvården länkas till ett uppföljningssystem som möjliggör ingående uppföljning på patientnivå. Skåne är hittills ensamt i landet om ackrediterings- och uppföljningssystem som innebär att vårdgivarna ingår i hälsoval för MMR. Under de år som rehabiliteringsgarantin funnits, har man successivt förändrat avtalen i linje med gällande evidensläge. Bedömningen om patienten är lämplig för rehabilitering enligt MMR görs på vårdcentral. Patienter med lättare problematik ska erbjudas MMR behandling på vårdcentralen. De med komplex problematik ska behandlas inom Region Skånes specialistkliniker. Vårdcentralen utfärdar remiss till MMR. Patienterna kan sedan själva välja var man önskar erhålla MMR. Denna studie avser att beskriva behandlingsresultat efter MMR, i relation till olika individ/patientrelaterade faktorer. Den kompletterar tidigare rapport "Multimodal smärtrehabilitering, vårdgivarrelaterade faktorer betydelse för remittering till Multimodal smärtrehabilitering" [13]. Tillsammans avser dessa båda rapporter att ge en bred bild av såväl remittering som behandlingsresultat.

Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva behandlingsresultat av MMR för patienter som behandlats för smärtproblematik i rörelseorganen inom primärvården i Region Skåne.

Frågeställningar

1. Hur utvecklas sjukskrivning, vårdkonsumtion, läkemedelskonsumtion, hälsorelaterad livskvalitet och funktion för patienter som genomgått MMR år 2010, 2011 respektive 2012?
2. Hur utvecklas hälsorelaterad livskvalitet och sjukskrivning bland män respektive kvinnor?
3. Hur utvecklas sjukskrivning bland de som hade respektive inte hade anställning vid behandlingsstart?
4. Hur har antal nettodagar med sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk-och aktivitetsersättning förändrats från året innan MMR jämfört med 1-3 år efter MMR, för patienter som hade respektive inte hade anställning vid behandlingsstart?
5. Hur utvecklas vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion upp till 3 år efter MMR?

Metod

Detta är en registerbaserad longitudinell observationsstudie och baseras på registerdata för alla patienter med smärtproblematik som fått MMR i Region Skåne under perioden 2010-2012.

Patientgrupp

Alla patienter i åldern 16-67 års ålder som under perioden 2010-01-01 till 2012-12-31 behandlats med MMR på grund av smärtproblematik i rörelseorganen enligt rehabiliteringsgarantins riktlinjer i Region Skåne identifierades i det patientadministrativa systemet PASIS. Totalt fanns det 3975 patienter som påbörjat MMR behandling i någon grad under de tre åren. I syfte att begränsa uppföljningen till de patienter som verkligen fått behandling enligt rehabiliteringsgarantins intentioner har materialet avgränsats enligt följande kriterier [5, 14].

Patienterna ska:

1. Ha skrivits in under perioden 2010-01-01–2012-12-31
2. Ha ålder 16-67 år vid inskrivning
3. Ha diagnos enligt Rehabiliteringsgarantins kriterier
4. Inte aktivt nekat deltagande i denna studie
5. Vara boende i Region Skåne under hela perioden 2009-01-01 till 2013-12-31 och ha ett oförändrat personnummer
6. Inte ha återanvänt personnummer
7. Ha enbart en behandlingsperiod av MMR
8. Ha genomfört både utskrivning och uppföljning
9. Ha haft minst sex behandlingstillfällen
10. Ha haft en behandlingsperiod som varat mellan sex veckor och 26 veckor
11. Har haft minst sex behandlingstillfällen under en period av högst sex veckor

12. Om ovan varit uppfyllt ska behandlingarna utförts en gång/vecka under minst fyra veckor

Totalt 2552 patienter uppfyllde kriterierna för att ha erhållit MMR enligt denna definition (figur 1).

Mätinstrument och uppföljningar

Data för uppföljning av patienterna har inhämtats från Region Skånes patientadministrativa system (PASIS), Region Skånes Vårddatabas (RSVD), Socialstyrelsens läkemedelsregister och Försäkringskassan. Samtliga uppgifter har länkats till den enskilda patienten (tabell 1).

Vårdgivarrapporterade uppgifter

I Region Skånes patientadministrativa system (PASIS) finns registrerad diagnos, bakgrundsuppgifter och bedömning av funktionstillstånd i enlighet med ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health [15]. De funktionstillstånd som bedömdes av hälso- och sjukvårdsprofessionerna var: smärta (b 280), tolerans för fysiskt arbete (b 455) och rörlighet i leder (b 710) i enlighet med Region Skånes riktlinjer för MMR.

Patientrapporterade uppgifter

Patientrapporterade uppgifter är hämtade från PASIS. Enligt riktlinjer i Region Skåne ska patienterna i MMR besvara en enkät vid inskrivning, utskrivning samt vid 3 månaders uppföljning. Enkätfrågorna berör anställningsförhållanden, arbetstid och sjukskrivning. De har även fyllt i formuläret EQ5D, mått på hälsorelaterad livskvalitet, som omfattar fem frågor om rörlighet, hygien, huvudsaklig aktivitet, smärta/besvär och oro/nedstämdhet. Varje fråga har tre svarsalternativ (inga problem, måttliga problem, uttalade problem) [16]. En total score räknas ut baserat på en tariff [16]. EQ5D total score kan ha värden mellan 0 och 1, det kan även förekomma negativa värden. Normalvärdet för den svenska befolkningen har beräknats till 0,84 [17]. En kliniskt relevant förändring motsvarar en förändring på minst 0,1 [17]. För att klara ett arbete/ha tillräcklig arbetsförmåga har det föreslagits att man bör ha EQ5D värde på $\geq 0,6$ [18]. Patienterna besvarade även EQVAS, som är en visuell analog skala som mäter hälsa där 0 motsvarar sämsta tänkbara hälsa och 100 motsvarar bästa tänkbara hälsa [19, 20].

Myndighetsrapporterade uppgifter

Ur försäkringskassans register har hämtats uppgifter om sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning. Alla mått på antalet dagar är så kallade nettodagar, där halva dagar räknas som en dag. Antalet nettodagar är beräknat på kvartal och årsbasis. Patienter kan uppbära både sjuk- och rehabiliteringspenning samt sjuk- och aktivitetsersättning samtidigt, men med olika procentsats. Sjuk- och rehabiliteringspenning kommer fortsättningsvis i denna rapport kallas sjukpenning.

Vård- och läkemedelskonsumtion, har hämtats ur Region Skånes vårddatabas (RSVD) respektive Socialstyrelsens läkemedelsregister. De läkemedel som studerats är smärtstillande, lugnande, neuroleptika, antidepressiva och sömnmedicinering.

I Läkemedelsregistret finns information om mängden uttaget läkemedel som baserats på av apoteken expedierade uppgifter (tabell 1).

Tidsperiod

Patienternas sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning, vårdkonsumtion och läkemedelskonsumtion har inhämtats för perioden 12 månader före MMR-start och till som längst 3 år efter MMR-start. De sista datauttagen gjordes 2013. Beroende på vilket år patienterna påbörjade MMR (2010, 2011, 2012) har uppföljningstiden därför varierat från 1-3 år efter MMR start. Vårdgivarrapporterade och patientrapporterade mått har inhämtats vid inskrivning, avslutad MMR (utskrivning) samt vid tre månaders uppföljning (endast patientrapporterade mått).

Procedur/ Datainsamling

Patienter som inkluderats i MMR under perioden 2010-01-01 till och med 2012-12-31 och uppfyllt tidigare beskrivna kriterier, har identifierats i PASIS. Data på individnivå från övriga register (RSVD, SCB, Försäkringskassan och Läkemedelsregistret) har länkats till varje patient. En gemensam databas har skapats.

Analys

Statistikprogrammet SPSS 23.0 har använts för att ta fram deskriptiv statistik för tre kohorter baserat på året patienterna inkluderats i MMR (2010, 2011, 2012). Subanalyser har gjorts baserat på kön, huruvida man har haft anställning eller inte, sjukskriven eller inte vid MMR start samt antalet dagar med sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR start.

Etik

Studien har godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund den 11 juni 2014, diariernr 2014/290.

Resultat

Beskrivning av hela studiepopulationen

Resultatet baseras på registerdata för de 2552 patienter (hela kohorten) med smärtproblematik från nacke, skuldra och rygg som genomgått multimodal smärtrehabilitering under perioden 2010-01-01 till 2012-12-31. Kohorten i året för MMR start kommer i fortsättningen kallas MMR år 2010, 2011 respektive 2012.

Under rehabiliteringsperioden hade patienterna i medeltal haft 17 behandlingskontakter, med en spridning på 7-60 besök. Antal dagar i behandling från inskrivning till utskrivning varierade mellan 42 och 182 dagar med ett medelvärde på 87 dagar.

Medelåldern vid behandlingsstart för den totala kohorten (2010, 2011, 2012) var 46 år (SD 10) med en något högre medelålder bland de som påbörjade MMR 2012 jämfört med 2010. Medelåldern för den totala kohorten var ungefär lika mellan kvinnor och män. Av de som påbörjade MMR under 2010 var 81 % kvinnor och 2012 var 77 % kvinnor. För den totala kohorten var drygt hälften (56 %) gifta/registrerad partner, 33 % ogifta och 10 % skilda. Majoriteten av hela populationen, 76 % var födda i Sverige. Drygt hälften hade gymnasieutbildning och andelen med utbildning inom högskola/universitet var något större

vid senare inkluderingsår (2010 26 %, 2011 32 %, 2012 29 %). Vid behandlingsstart MMR året 2010 hade 47 % en anställning jämfört med 55 % MMR året 2012. Vid behandlingsstart MMR året 2010 var 43 % sjukskrivna jämfört med MMR året 2012 då 36 % var sjukskrivna. (tabell 2).

Vanligast förekommande diagnosen i hela kohorten var ryggsmärta. Näst vanligast var myalgi och sjukdomar i mjukvävnad följt av sjukdomar och smärttillstånd i nacke och skuldra. Felläkning av fraktur var en stor diagnosgrupp under 2010 men andelen i denna diagnosgrupp var mindre under 2011 och 2012 (tabell 2).

Jämförelser över tid

Hela studiepopulationen

Hela studiepopulationen (n= 2552) har studerats baserat på MMR år (2010, 2011, 2012).

- Sjukpenning

Antalet nettodagar sjukpenning var markant högre under året patienterna genomgick MMR jämfört med åren efter (tabell 4, figur 2a). Samtliga MMR år hade de som inte var sjukskrivna vid MMR start lägre antal dagar med ersättning från sjukförsäkringen under uppföljningsåren jämfört med gruppen som var sjukskrivna (figur 2c).

- Sjuk- aktivitetsersättning

Samtliga MMR år hade 181 patienter (7 %) hel sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR. Andelen utan någon dag med ersättning året före MMR var 80 % (2047 patienter). För alla MMR år var det färre antal netto dagar sjuk- och aktivitetsersättning under MMR året jämfört med året innan och åren efter MMR. För MMR åren 2011 och 2012 ökade antalet ersatta dagar med sjuk- och aktivitetsersättning efter MMR och till över utgångsvärdet under följande år, (tabell 4, figur 2b). Med utgångsvärdet avses här året före MMR.

- Läkemedel

De totala läkemedelsuttagen (DDD) var generellt större efter MMR då man jämför året då patienterna startade MMR och uppföljningsåren (1-3 år efter MMR). Detta gäller alla tre MMR år. De med MMR start 2010 hade 11 % mer DDD-uttag och de med MMR start 2011 och 2012 hade 6 % större DDD-uttag uppföljningsåren jämfört med året före MMR (tabell 4).

- Vårdkontakter

När man jämför antalet vårdkontakter året före MMR med uppföljningsåren (1-3 år efter MMR) minskade antalet vårdkontakter för alla tre kohorter (2010, 2011, 2012) samtliga år från året före MMR upp till tre år efter (tabell 4, figur 3).

- Hälsorelaterad livskvalitet

Den hälsorelaterade livskvaliteten (mätt med EQ5D) vid MMR start skattades i genomsnitt som mycket låg för samtliga kohorter (2010 0,30, 2011 0,33, 2012 0,32), för att sedan vara något högre vid utskrivning och uppföljning (tabell 4, figur 4). Gruppen som påbörjade MMR under 2012 ökade sin hälsorelaterade livskvalitet med 0,24 enheter upp till 0,56, vilket är nära den nivå som föreslagits som gränsvärde för att klara att arbeta ($\geq 0,6$). Totalt 919 personer (36 %) av hela studiepopulationen låg på ett värde $\geq 0,6$ vid MMR start. Vid uppföljningen var det totalt 1646 personer (64 %) av hela studiepopulationen som låg på ett värde $\geq 0,6$.

- Funktion

Graden av funktionsnedsättningar skattad av vårdpersonal vad gäller smärta, tolerans för fysiskt arbete och rörlighet i leder vid utskrivning jämfört med vid MMR start förändrades generellt åt det bättre för hela studiepopulationen. En lägre procentuell andel uppgav måttlig eller svår funktionspåverkan vid utskrivning jämfört med vid MMR start (tabell 3).

Subanalyser: kvinnor och män

Hela studiepopulationen för män och kvinnor har studerats (MMR år 2010, 2011, 2012).

- Sjukpenning

MMR året 2010 minskade både kvinnor och män ersättningsdagarna från 69 dagar respektive 72 dagar (året före MMR) till 56 dagar respektive 52 dagar (tre år efter MMR). MMR året 2011 förändrades ersättningsdagarna för både kvinnor och män från 64 dagar respektive 68 dagar (året före MMR) till 67 dagar respektive 61 dagar (två år efter MMR). MMR året 2012 förändrades ersättningsdagarna för både kvinnor och män från 53 dagar respektive 72 dagar (året före MMR) till 89 dagar respektive 94 dagar (ett år efter MMR) (tabell 5a-b, figur 5a).

- Sjuk- aktivitetsersättning

MMR året 2010 hade kvinnor 69 dagar och män 55 dagar med sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR start. Både män och kvinnor MMR året 2011 hade ett lägre antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning (41 respektive 30) än 2010. MMR året 2012 hade männen ytterligare lägre antal ersättningsdagar året innan MMR start (20 dagar), kvinnorna hade fler dagar med ersättning (46 dagar). Både kvinnor och män ökade antalet dagar med sjuk- och aktivitetsersättning från behandlingsåret till uppföljningsåren (tabell 5b).

- Sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning

Både kvinnor och män hade fler dagar med sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning åren efter MMR jämfört med året före MMR (figur 5b).

- Läkemedel

Medicinnuttaget (DDD) var högre för både kvinnor och män året efter MMR jämfört med året före MMR (tabell 5a-b). DDD uttaget för mediciner mot smärta var högre för män än för kvinnor under såväl året före MMR som för uppföljningsåren (figur 6a).

- Vårdkontakter

Både kvinnor och män som startade MMR under 2010 och 2011 hade mindre antal vårdkontakter år 2 och 3 efter MMR jämfört med året före MMR (tabell 5a-b, figur 6b).

- Hälsorelaterade livskvalitet

Både kvinnor och män förbättrade sin hälsorelaterade livskvalitet (mätt med EQ5D) från MMR start till tre månaders uppföljning, för män från 0,30 till 0,53 och för kvinnor från 0,32 till 0,53 (tabell 5c, figur 7a-b).

Subanalyser baserat på anställd respektive inte anställd vid MMR start

Hela studiepopulationen (n= 2552) med MMR start året 2010, 2011, 2012 har använts och jämförelser har gjorts mellan de som hade respektive inte hade anställning vid MMR start.

- Sjukpenning

Patienterna med anställning vid MMR start hade färre nettodagar med sjukpenning vid uppföljning jämfört med dem som inte hade en pågående anställning vid MMR start (figur 8).

- Sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning

De med anställning vid MMR start hade lågt antal dagar med sjukpenning tillsammans med sjuk- och aktivitetsersättning vid uppföljning. De utan anställning vid MMR start hade generellt fler antal ersatta dagar vid uppföljning jämfört med året innan MMR (figur 9a-c).

Subanalyser baserat på sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR

Hela studiepopulationen (n= 2552) med MMR start 2010, 2011, 2012 har använts och jämförelser har gjorts mellan de som hade; 0 dagar, 1-90 dagar och 91-365 dagar med sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning 1 år före MMR start.

Gruppindelning avseende antalet patienter (%) i respektive grupp för antalet nettodagar med sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning. Analys i relation till att ha respektive inte ha anställning vid MMR start och antalet dagar med ersättning året före MMR visade att gruppen med 91-365 dagar sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR och utan anställning var nära dubbelt så stor (2010 60 %, 2011 52 %, 2012 48 %) som gruppen med 0 ersättningsdagar (2010 29 %, 2011 36 %, 2012 36 %). Det omvända gällde gruppen som hade anställning, då den största gruppen var den med 0 ersättningsdagar 1 år före MMR (2010 31 %, 2011 43 %, 2012 45 %) jämfört med gruppen med 91- 365 dagar sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning året före MMR (2010 41 %, 2011 30 %, 2012 26 %) (figur 10 a-b).

Vid samma gruppering när det gäller antalet dagar med sjukpenning 1 år före MMR och antalet dagar med sjukpenning efter MMR hade patienterna med lågt antal dagar ersättning innan MMR betydligt lägre antal dagar med ersättning vid uppföljning (figur 11). Vid indelning i denna gruppering och anställning/inte anställning respektive sjukskrivning/inte sjukskrivning vid MMR start hade de med anställning vid MMR start och få dagar med sjukpenning året innan MMR start färre antal dagar med ersättning vid uppföljning (figur 12).

Subanalyser baserat på anställd/inte anställd och sjukskriven/inte sjukskriven vid MMR start i kombination med antalet dagar med sjukpenning året före MMR

- Sjukpenning

De utan sjukskrivning vid MMR start oavsett om de hade anställning eller inte vid behandlingsstart hade generellt lägre antal dagar med sjukpenning upp till 3 år efter MMR jämfört med dem med samtidig sjukskrivning vid behandlingsstart. Antalet patienter som vid MMR start hade anställning och inte var sjukskrivna var 2010 31 % (198 personer) och 2012 39 % (408 personer) (figur 13a-c).

- Sjuk- och aktivitetsersättning

De med anställning och utan sjukskrivning vid MMR start hade fortsatt lågt antal dagar sjuk- och aktivitetsersättning efter MMR. De utan anställning och med sjukskrivning vid MMR start hade ökande antal dagar med sjuk- och aktivitetsersättning efter MMR (figur 14 a-c).

- Sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning

De med färre sjukskrivningsdagar innan MMR hade färre dagar med sjukpenning och/eller sjuk- och aktivitetsersättning åren efter MMR (figur 15a-b).

- Hälsorelaterad livskvalitet

Den grupp som inte hade en pågående sjukskrivning vid MMR start skattade sin hälsorelaterade livskvalitet till $> 0,36$ jämfört med de som var sjukskrivna vid MMR start som hade ett värde $< 0,24$. De som startade MMR under åren 2011 och 2012 nådde vid uppföljningen över $\geq 0,6$ (figur 16a-c). Patienter som hade anställning samt inte var sjukskrivna vid MMR start skattade sin hälsorelaterade livskvalitet till ett högre värde jämfört med dem utan anställning och med sjukskrivning både vid MMR start och vid uppföljning. Denna grupp förbättrades samtliga MMR år vid 3 månaders uppföljning till $\geq 0,6$ (2010 till 0,61, 2011 till 0,67, 2012 till 0,65), vilket innebär en nivå förenlig med arbetsförmåga. De utan anställning och med sjukskrivning vid MMR start skattade sin hälsorelaterade livskvalitet vid 3 månaders uppföljning alla MMR år långt under 0,6 (2010 till 0,31, 2011 till 0,38, 2012 till 0,43) (figur 17a-c).

Diskussion

Resultatdiskussion

Patienternas förhållande avseende anställning, tidigare sjukskrivning och hälsorelaterad livskvalitet har betydelse för resultatet av MMR. Patienter med anställning och kortare sjukskrivning föreföll ha bäst nytta av MMR. En stor del av patienterna som genomfört MMR hade efter rehabiliteringen fortfarande kvarstående nedsatt hälsorelaterad livskvalitet som låg långt under den nivå som behövs för att klara ett arbete.

Denna rapport är deskriptiv och avser att beskriva patient/individrelaterade faktorer betydelse i relation till behandlingsresultat efter MMR år 2010-2012. Stigmar, et al (2013) [9] analyserade behandlingsresultatet av MMR i Region Skåne för patienter med MMR start under 2009-2010 och visade bl.a. att tidigare sjukskrivning hade stor betydelse för behandlingsresultatet och våra resultat bekräftar dessa fynd. MMR har nu pågått under fler år och rutinerna för primärvårdens remitterter och utförare av MMR har hunnit implementerats och därmed finns möjligheter till fördjupad utvärdering av behandlingsresultatet. Implementering tar tid, vilket bekräftas i flera studier [10, 21-23].

Vår analys visar genomgående skillnader avseende pågående anställning och sjukskrivning vid MMR start beroende på vilket år patienterna genomgick MMR. Under alla MMR år var det mest kvinnor som behandlades, men med en något ökande andel män för varje år. Större andel av de behandlade år 2012 hade en anställning och färre var sjukskrivna vid MMR start jämfört med de som behandlades 2010. Detta kan bero på att remitterterna i större utsträckning remitterat fler patienter med potential att bibehålla respektive återgå till sitt arbete, vilket från början varit syftet med reformen [5, 6]. Det kan också vara så att MMR teamen ytterligare utvecklats sina bedömningsrutiner för vilka patienter som bör rekommenderas MMR.

Många patienter med långvarig pågående sjukskrivning och utan arbete deltog i MMR. Trots detta har ett stort antal patienter förbättrats när det gäller hälsorelaterad livskvalitet, vilket också var resultatet i tidigare studie [9].

Behandlingsresultatet avseende återgång i arbete, hälsorelaterad livskvalitet och funktion tycks komma snabbare och vara större för de som startade MMR under 2012 jämfört med tidigare år, vilket kan vara ett resultat av att MMR-teamens arbetssätt förändrats och att fler patienter remitterats till MMR på rätt indikationer. Dock har vi allt för korta uppföljningstider för att analysera behandlingseffekter för denna patientgrupp för att ge klarare bild av behandlingsresultatet på längre sikt. Fortsatta utvärderingar och analyser kan hjälpa den praktiska vården att remittera rätt patient, i rätt tid till rätt rehabilitering.

Styrkan i att ha ett arbete att återgå till efter rehabiliteringen bekräftas utifrån resultatet att de med arbete vid MMR start hade färre dagar med sjukpenning vid uppföljning jämfört med dem utan arbete. Hur mycket MMR-teamen verkligen fokuserat på att stärka arbetsförmågan och arbetsåtergång vid sjukskrivning kan inte följas upp med registerdata. Det kan inte heller följas upp i denna studie om det varit stora svårigheter med återgång i arbete för dem med hel eller partiell sjuk- och aktivitetsersättning där arbetsförmågan redan varit utredd och bedömt varaktigt nedsatt. MMR-rehabiliteringens resultat kan också visa på att det för vissa patienter var större hinder för arbetsåtergång. Hälften av samtliga patienter som genomgick MMR hade vid MMR start (2010, 2011, 2012) ingen anställning och 181 patienter (7 %) hade hel sjuk- och aktivitetsersättning/pension. Enligt rehabiliteringsgarantins intentioner genomgick dessa patienter rehabilitering som inte var avsedd för dem [5, 6]. Man kan inte förvänta sig arbetsåtergång för dessa patienter och syftet med rehabilitering borde i stället vara bättre mående. Patienter med hög sjukfrånvaro innan MMR, tidigare rehabiliteringar utan resultat och kanske även lägre utbildningsnivå har antagligen svårt att hävda sig både inom hälso- och sjukvården och på arbetsmarknaden. Att förvänta sig att en grupp med långvarig problematik och lågt skattad hälsorelaterad livskvalitet genomför rehabilitering med målsättningen att återgå i arbete, kan vara en orealistisk målsättning. Denna grupp med djupare problematik borde erbjudas rehabilitering på specialistnivå mer anpassad för dem med mer komplexa problem och sämre prognos för arbete. Rehabilitering kan då utföras i nära samarbete med andra instanser såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens socialtjänst där ett bredare socialt och ekonomiskt perspektiv vid behov kan hanteras.

Före MMR inom primärvården är rekommendationen att det gjorts en utredning för lämpligheten att delta i MMR, men omfattningen av utredningarna och resultatet av dessa kan inte följas upp med de registerdata som finns tillgängliga. Komplexiteten är stor och det har också beskrivits i en tidigare rapport angående remittering till MMR [13]. I den visas att även andra faktorer förutom den enskilda patientens karaktäristika hade betydelse för remittering till MMR såsom socioekonomiska faktorer i upptagningsområdet, vårdcentralens placering och vårdenhetens driftform.

Nivån på hälsorelaterad livskvalitet vid behandlingsstart (mätt med EQ5D) var för alla patienter under alla MMR år under medelvärdet för vad en svensk normalpopulation har (0,31 jämfört med 0,84) [17]. Vid uppföljningen låg hela studiepopulationen närmre den nivå som är föreslagen vara förenlig med arbetsförmåga, (dvs. $\geq 0,6$), 2010 var medelvärdet 0,46

och 2012 0,56 [18]. Många patienter var i arbete trots att den upplevda hälsan låg under 0,6 och det finns risk för att dessa patienters arbetsförmåga inte kommer att vara hållbar. Generellt förbättrades den hälsorelaterade livskvaliteten med > 0,1 på gruppnivå, vilket är ett gott resultat och förenligt med kliniskt relevanta förbättringar. I gruppen med anställning och liten sjukskrivning var förbättringen i hälsorelaterad livskvalitet > 0,2, vilket kan tolkas som ett mycket gott resultat. Hur de professionella MMR-teamen hanterade den lågt skattade hälsorelaterad livskvalitet och hur detta påverkade arbetsåtergången bör studeras i framtida kvalitativa studier. Trots detta ligger de flesta på ett för lågt värde för att förväntas ha hållbar arbetsförmåga även efter MMR. Det är angeläget att patientens hälsorelaterade livskvalitet stärks så att den kommer upp i nivån för arbetsförmåga $\geq 0,6$ [16, 17, 19, 20].

Vårdkontakterna minskade generellt efter MMR året. Detta kan vara en indikation på positivt resultat efter MMR när det gäller egenvård, ökad kunskap och trygghet att ta hand om sig själv och att inte i samma utsträckning behöva ha kontakt med vården som tidigare. Detta får beaktas som en stor vinst för både individen och samhället.

Det förelåg inte några skillnader mellan kvinnor och män avseende behandlingsresultatet för MMR. Skillnaden var att betydligt fler kvinnor remitterats till MMR och en större andel av kvinnorna var sjukskrivna vid MMR start. Totalt sett var läkemedelsuttag (DDD) ungefär lika stort till kvinnor som till män. Särskild genomgång av läkemedel mot smärta visade att män hade högre läkemedelsuttag för mediciner mot smärta, jämfört med kvinnorna. Detta ligger inte i linje med andra läkemedelsgenomgångar där man ser att kvinnor förskrivs mer läkemedel [24, 25]. Detta har vi dock inte kunnat studera djupare inom ramen för detta projekt.

Metoddiskussion

Totalt skrevs under 2010-2012, 3975 personer in för MMR i Region Skåne. Denna kohort gicks igenom ytterligare enligt fastställda kriterier och den avgränsade kohorten resulterade i 2552 personer, vilka bedömts ha erhållit MMR enligt Rehabgarantins intentioner. Datauttagen från Försäkringskassan, Läkemedelsverket och Skånes Vårddatabas gjordes för åren 2009-2013. Detta innebär att den grupp som inkluderats under 2010 har tre års uppföljning, data från 2011 har två års uppföljning och data 2012 har ett års uppföljning. Det kan vara en svaghet att inte de patienter (n= 144) som hade MMR start under 2009 deltagit i analysen. Vi vet inte om detta skulle förändrat resultatet, men beslutet grundade sig på att teamen var i sin startperiod för MMR och inte utarbetat sina rutiner och arbetsmetoder fullt ut.

”Bortfall” betyder i denna studie inte bortfall i vanlig mening, utan att uppföljning finns till och med 2013 oavsett när MMR startade. Ytterligare uppföljningstid hade varit önskvärd för den som genomgick MMR under 2011 och 2012. Ansökan om uttag från de databaser vi använt tar lång tid. De databaser som hade längst leveranstid var uttag från Statistiska Centralbyrån, SCB (LISA) och Socialstyrelsen (läkemedel) där ansökan från ERC syd skickades 2014-01-29. Data levererades till ERC syd för bearbetning och analys i omgångar under hela 2015, med slutleverans av data till forskargruppen i slutet av januari 2016. Att fånga data till och med 2013 var ett beslut som var en kompromiss för att möjliggöra uppföljningen inom rimlig tid. Vården behöver uppföljning i relativ närtid för att kunna ta till sig information och vid behov ställa om vården. Populationsbaserad uppföljning över 1-3 år för

rehabiliteringsbehandlade är ur vetenskapligt synsätt en lång period i relation till tidigare studier [9, 12, 26]. För att bättre följa upp för respektive års MMR har därför redovisningen av tabeller och grafer delats upp per MMR år.

Det är en styrka att analysen genomförts på en väldefinierad kohort som erhållit MMR enligt Rehabgarantins intentioner. Vi kan i denna rapport beskriva hur studiepopulationen fått del av en komplex men säkerställd nivå av MMR. Resultatet har redovisats med deskriptiv statistik och inga jämförelser har gjorts avseende statistiskt säkerställda skillnader. I denna studie har fler patienter inkluderats, under fler år och med längre uppföljningstid än i tidigare utvärderingar. Studiepopulationen är stor och väldefinierad, vilket är en styrka i denna rapport. Vi har haft möjlighet att studera såväl ICF utfallsmått, patientrelaterade utfall samt registerbaserade utfall. Patientrelaterade faktorer har analyserats i relation till utfallsmåtten sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning 1-3 år efter MMR. Region Skånes rutiner med systematiska kvalitetsuppföljningar är föregångare i Sverige när det gäller att följa upp vården. I det planerade fortsatta vetenskapliga arbetet kommer den väldefinierade kohorten av patienterna som fått MMR också att jämföras med en matchad referensgrupp. Planeringen är att denna studie kommer att publiceras som en vetenskaplig artikel.

Slutsatser

Patienterna som under åren 2010-2012 inkluderades i MMR hade generellt ett högt antal nettodagar med sjukpenning året innan MMR och ungefär hälften av patienterna var utan anställning. Antalet nettodagar med sjukpenning året innan MMR hade stor betydelse för sjukpenning åren efter MMR. De med anställning vid MMR start hade färre antal dagar med sjukpenning åren efter MMR jämfört med de som saknade anställning. Trots förbättringar efter MMR nådde patienterna i genomsnitt knappt till den nivå för hälsorelaterad livskvalitet som behövs för att klara att vara i arbete. Intentionen med Rehabgarantins MMR är att stärka patientens arbetsförmåga och återgå i arbete, vilket är höga mål. Dessa analyser och resultat visar betydelsen av patienternas tidigare sjukskrivning, anställning och hälsorelaterade livskvalitet för att MMR ska kunna resultera i ett gott behandlingsresultat som gagnar såväl individen som samhället

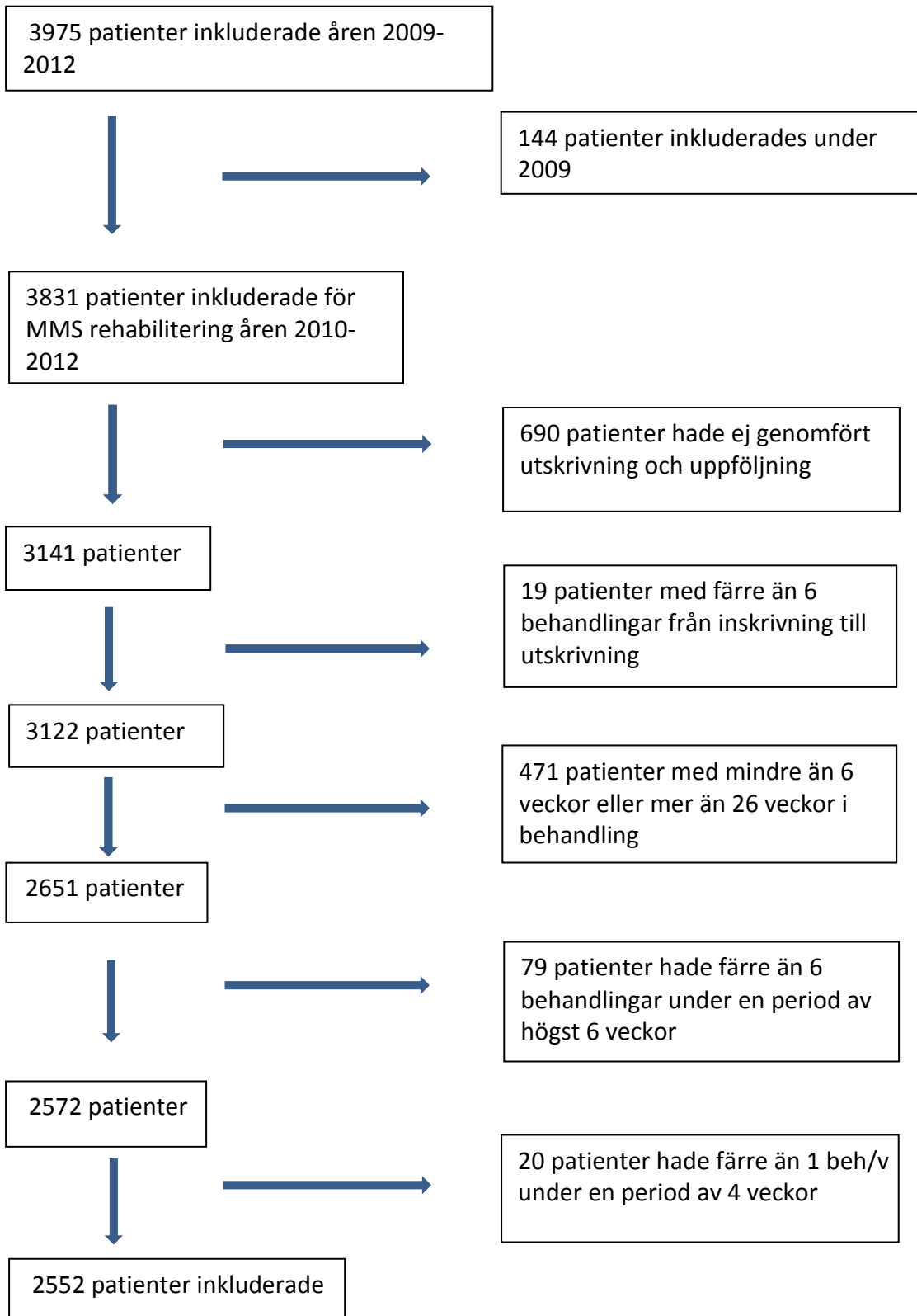
Tack

Tack Pernilla Nilsson datamanager ERC, Lund, för all hjälp med ansökan, beställning och bearbetning av registerdata. Tack Dorthe Geisler, forskningssekreterare, FoU Kronoberg, för ovärderlig hjälp med layout.

Referenser

1. Coggon D, Ntani G, Palmer KT, Felli VE, Harari R, Barrero LH, Felknor SA, Gimeno D, Cattrell A, Serra C *et al*: **Disabling musculoskeletal pain in working populations: Is it the job, the person, or the culture?** *Pain* 2013, **154**(6):856-863.
2. Alexanderson K, Norlund A: **Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 12. Future need for research.** *Scandinavian journal of public health Supplement* 2004, **63**:256-258.
3. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G: **Prevalence of pain in general practice.** *Eur J Pain* 2002, **6**(5):375-385.
4. Jordan KP, Kadam UT, Hayward R, Porcheret M, Young C, Croft P: **Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study.** *BMC musculoskeletal disorders* 2010, **11**:144.
5. Regions SAoLAa: **Rehabiliteringsgarantin 2008 (The national rehabilitation program).** In **Swedish.** In. <http://skl.se/tjanster/omwebbplatsen/sok.23.html?q=rehabiliteringsgarantin&submitButton.x=0&submitButton.y=0>. Accessed 20 Apr 2015.
6. Regions SAoLAa: **Rehabiliteringsgarantin 2012 (The national rehabilitation program).** In **Swedish.** In. <http://skl.se/tjanster/omwebbplatsen/sok.23.html?q=rehabiliteringsgarantin&submitButton.x=0&submitButton.y=0>. Accessed 5 Apr 2015.
7. Nyberg A GB, Stigmar K, Strid C, Hallgärde U, Petersson IF: **Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne 2011: Strategisk utveckling och utvärdering av behandlingsmodeller samt uppföljning av behandlingsresultat** In.; 2011.
8. Nyberg A. GB, Stigmar K., Strid C., Petersson IF.: **Rehabiliteringsgarantin i region Skåne. IN: Busch H., Bonnevier H., Hagberg J., Lohela Karlsson M., Bodin L., Norlund A., Jensen I. En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa. Slutrapport, del I.** In. <http://skl.se/download/18.59311cdd145ac7ef71c44035/1399394344258/Karolinska+Slutrapport+Rehabgarantin+del+1+2011.pdf>: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska Institutet. ; 2011.
9. Stigmar KG, Petersson IF, Joud A, Grahn BE: **Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a prospective cohort study.** *BMC musculoskeletal disorders* 2013, **14**(1):57.
10. Rothman MGD, Ortendahl MMDP, Rosenblad AP, Johansson A-CPTP: **Improved Quality of Life, Working Ability, and Patient Satisfaction After a Pretreatment Multimodal Assessment Method in Patients With Mixed Chronic Muscular Pain: A Randomized-controlled Study.** *Clinical Journal of Pain* 2013, **29**(3):195-204.
11. Björk Brämberg E. JIB, Hagberg J., Bonnevier H. : **En kartläggning av förutsättningar för arbetsplatsnära insatser inom ramen för rehabiliteringsgarantin. Slutrapport.** . In.: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet; 2015.
12. Hägglund P JP, Laun L: **Rehabiliteringsgarantins effekter på hälsa och sjukfrånvaro.** In., vol. Rapport 2012:17: Inspektionen för socialförsäkring; 2014.
13. Sennehed C. NA, Holmberg S., Stigmar K., Petersson I., Forsbrand M., Hallgärde U., Grahn B. : **Multimodal smärtrehabilitering, vårdgivarrelaterade faktorerens betydelse för remittering**

- (Multimodal pain rehabilitation, caregiver related factors for referrals). In Swedish. In.: Lunds universitet, Region Skåne, Sweden, 2015.
14. **En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete (A new sick-listing process for increased return to work).** In. Edited by Swedish Government MoHaSA. <http://www.regeringen.se/contentassets/b0cf04fc987642e7975e522c3c4bca31/en-reformerad-sjukskrivningsprocess-for-okad-atergang-i-arbete-prop.-200708136>; 2007.
 15. **International Classification of Functioning Disability and Health (ICF).** In. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
 16. Dolan P: **Modeling valuations for EuroQol health states.** *Medical care* 1997, **35**(11):1095-1108.
 17. Burstrom K, Johannesson M, Rehnberg C: **Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D.** *Qual Life Res* 2007, **16**(9):1547-1553.
 18. Hansson E, Hansson T, Jonsson R: **Predictors for work ability and disability in men and women with low-back or neck problems.** *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 2006, **15**(6):780-793.
 19. Rabin R, de Charro F: **EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group.** *Ann Med* 2001, **33**(5):337-343.
 20. **EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life.** In. <http://www.euroqol.org/>.
 21. Bakshi A HJL, Brommels M, Klinga C, Bonnevier H, Jensen I B: **En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport del II. (A process evaluation of the implementation of the national rehabilitation guarantee).** In Swedish. In.: Enheten för implementerings- och interventionsforskning, Institutet för miljömedicin samt Medical management Centrum, Institutionen för lärande, information och etik, Karolinska Institutet. Stockholm 2011.
 22. Busch H, Bonnevier H., Hagberg J., Lohela Karlsson M., Bodin L., Norlund A., Jensen I.: **En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa, Slutrapport del I. (A national evaluation of the rehabilitation guarantee effects on sick leave and health).** In Swedish. In.: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM), Karolinska Institutet, Stockholm; 2011.
 23. **Hellman T. BH, Jensen I., Hagberg J., Busch H., Björk Brämberg E., Bergström G.: En processutvärdering av implementeringen av den nationella rehabiliteringsgarantin. Slutrapport.** In.: Enheten för interventions- och implementeringsforskning, Institutet för miljömedicin (IMM). Karolinska institutet; 2014.
 24. Landsting SKo: **(O)jämsställdhet i hälsa och vård.** In. <http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:911376/FULLTEXT01.pdf2014> 2014.
 25. Socialstyrelsen: **Statistik om läkemedel 2015.** In. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20116/2016-4-4.pdf>; 2016.
 26. Hägglund P JP, Laun L: **Rehabiliteringsgarantin.** In., vol. 2012:26; 2012.



Figur 1. Flöde inkluderade och exkluderade patienter

Tabell 1. Sammanställning av datakällor

Datakälla	Typ av data
PASIS, Rehabiliteringsgarantidata	diagnos (ICD-10), EQ5D, EQVAS, antal behandlingar, bedömning av funktionstillstånd (ICF), utbildning
RSVD, Skånes vårddatabas	Alla vårdkontakter: alla vårdområden i öppen respektive slutna vård, alla diagnoser, alla vårdgivarkategorier, alla besökstyper
Försäkringskassan	Netto dagar: Sjuk-och rehabiliteringsersättning (sjukpenning) Sjuk- och aktivitetsersättning
Läkemedelsregistret, SCB	DDD: "Defined Daily Dose", läkemedelsuttag: Smärtstillande, sömnmediciner, antidepressiva mediciner, neuroleptika, lugnande mediciner

Tabell 2. Bakgrundsdata för patienter med smärtproblematik som genomfört MMR under åren 2010, 2011, 2012.

2010-2012, n=2552	2010 n=632				2011 n= 878				2012 n=1042			
	n	%	medel	SD	n	%	medel	SD	n	%	medel	SD
Ålder	632		44.72	9.85	878		45.70	10.02	1042		46.71	11.06
Kvinna	511	80.9			696	79.3			800	76.8		
Man	121	19.1			182	20.7			242	23.2		
Civilstånd												
gift, registrerad partner	345	54.6			511	58.2			569	54.6		
ogift	221	35.0			274	31.2			339	32.5		
skild	56	8.8			79	9.0			122	11.7		
efterlevande, änklings	10	1.6			14	1.6			12	1.2		
Född i Sverige ja	489	77.4			650	74.0			809	77.6		
Hemmavarande barn ja	336	53.2			440	50.1			463	44.4		
Utbildning												
Ingen utbildning	6	0,9			4	0,5			7	0,7		
Grundskola	119	18.8			141	16.1			186	17.9		
Gymnasium	340	53.8			451	51.4			543	52.1		
Högskola/univ	167	26.4			282	32.1			306	29.4		
Anställning, ja	299	47.3			483	55.0			575	55.2		
Sjukskrivning, ja	272	43.0			342	39.0			373	35.8		
Diagnoser grupperade												
Myalgi, smärta	132	20.8			139	15.8			228	21.8		
Nack-skulder smärta	141	22.3			146	16.6			182	17.5		
Ryggsmärta	147	23.2			286	32.6			355	34.1		
Reumatism UNS	69	10.9			74	8.4			77	7.4		
Felläkning av fraktur	135	21,4			173	19,7			134	12,9		
Övriga diagnoser	8	1,2			60	6,8			66	6,2		

Tabell 3. Grad av funktionsnedsättning, ICF grupperat, vid MMR start respektive utskrivning för patienter som genomfört MMR under åren 2010, 2011, 2012.

	2010, n= 632				2011, n= 878				2012, n=1042			
	in		ut		in		ut		in		ut	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Smärta, b280												
Ingen (0-4)	1	0.2	18	2,8	5	0.6	33	3.8	8	0.8	46	4.4
Lätt (5-24)	55	8.7	153	24.2	87	9.9	271	30.9	70	6.7	305	29.3
Måttlig (25-49)	284	44.9	257	40.7	406	46.2	348	39.6	464	44.5	473	45.4
Svår (50-95)	287	45.4	197	31.2	373	42.5	215	24.5	490	47.0	211	20.2
Total (96-100)	3	0.5	4	0.6	6	0.7	7	0.8	10	1.0	2	0.2
missing	3	0,5	3	0,5	1	0,1	4	0,5			5	0,5
Tolerans fysiskt arbete, b455												
Ingen (0-4)	77	12.2	138	21.8	118	13.4	170	19.4	143	13.7	223	21.4
Lätt (5-24)	163	25.8	193	30.5	218	24.8	328	37.4	208	20.0	362	34.7
Måttlig (25-49)	247	39.1	213	33.7	381	43.4	290	33.1	433	41.6	365	35.0
Svår (50-95)	137	21.7	79	12.5	153	17.4	81	9.2	255	24.5	87	8.3
Total (96-100)	6	0.9	6	0.9	7	0.8	4	0.5	3	0.3		
missing	2	0,3	3	0,5	1	0,1	4	0,5			5	0,5
Rörlighet i leder, b710												
Ingen (0-4)	43	6.8	8	12.7	70	8.0	117	13.3	92	8.8	140	13.4
Lätt (5-24)	161	25.5	212	33.5	206	23.5	354	40.3	211	20.2	427	40.7
Måttlig (25-49)	265	41.9	231	36.6	396	45.1	308	35.1	389	37.3	371	35.6
Svår (50-95)	160	25.3	104	16.5	200	22.8	94	10.7	348	33.4	102	9.8
Total (96-100)	1	0.2	2	0.3	5	0.6	1	0.1	2	0.2		
missing	2	0,3	3	0,5			4	0,5			5	0,5

Tabell 4. Data för året före MMR, MMR start (in), MMR året, utskrivning (ut) och uppföljning: Sjukpenning, sjuk-aktivitetsersättning, medicinförbrukning, antal vårdkontakter, hälsorelaterad livskvalitet, EQVAS, vid MMR start, anställning respektive sjukskrivning för patienter som genomfört MMR under åren 2010-2012.

2010-2012, n=2552	2010 n=632					2011 n= 878					2012 n=1042				
	n	%	medel	SD	bortf	n	%	medel	SD	bortf	n	%	medel	SD	bortf
Sjuk/rehab.pening netto dagar															
1 år före MMR	632		69.2	108.2		878		65.2	102.8		1042		57.5	95.8	
MMR-året	632		89.4	122.1		878		91.4	122.8		1042		90.3	121.2	
2 år efter MMR	631		69.6	114.7	1	876		65.5	111.3	2					
3 år efter MMR	630		55.4	99.6	2										
Sjuk/aktivitetsers. netto dagar															
1 år före MMR	632		66.12	121.2		878		38.69	94.8		1042		39.97		
MMR-året	632		53.88	107.6		878		35.48	89.1		1042		40.83		
2 år efter MMR	631		51.37	104.1	1	876		44.25	100.4	2					
3 år efter MMR	630		65.43	116.9	2										
Medicin DDD totalt															
1 år före MMR	632		998	1380		878		979	1371		1042		978	1264	
MMR-året	632		1091	1473		878		1038	1339		1042		1056	1301	
2 år efter MMR	631		1109	1377	1	876		1060	1344	2					
3 år efter MMR	630		1115	1359	2										
Antal vårdkontakter, allt															
1 år före MMR	632		32.9	26.0		878		31.1	25.0		1042		30.6	25.0	
MMR-året	632		48.9	24.2		878		46.3	24.2		1042		45.6	23.7	
2 år efter MMR	631		27.0	24.5	1	876		26.2	24.0	2					
3 år efter MMR	630		24.9	22.0	2										
Hälsorelaterad livskvalitet															
in	630		0.30		2	877		0.33		1	1042		0.32		
ut	631		0.44		1	877		0.49		1	1042		0.53		
uppföljning	632		0.46			877		0.54		1	1042		0.56		
EQVAS															
in	630		38.0		2	877		43.0		1	1042		44.8		
ut	631		47.9		1	878		55.6			1042		58.0		
uppföljning	632		50.0			878		57.8			1042		60.6		
Anställning, ja															
in	632		47.3			878		55.0			1042		55.2		
ut	632		46.0			878		56.0			1042		53.7		
uppföljning	629		47.9		3	878		64.5			1042		63.1		
Sjukskrivning ja															
in	632		43.0			878		39.0			1042		35.8		
ut	632		42.7			878		39.0			1042		35.6		

Tabell 5a. Kvinnor, MMR start 2010, 2011, 2012. Sjukpenning, sjuk-aktivitetsersättning, medicinförbrukning (DDD) samt antal vårdkontakter.

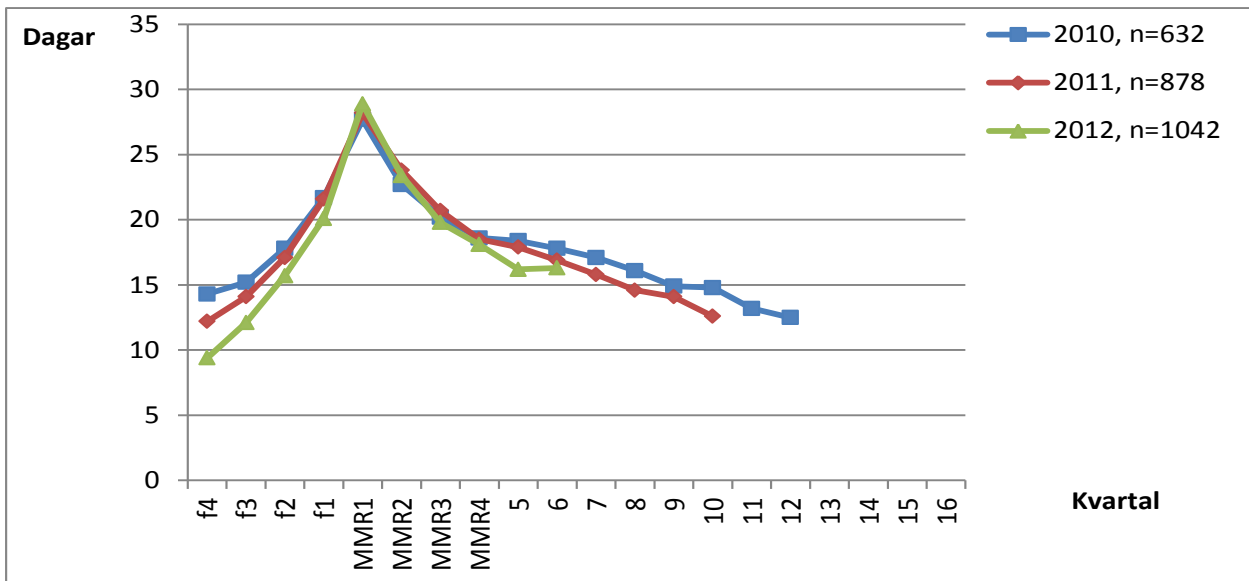
Kvinnor, n= 2007	2010, n= 511				2011, n= 696				2012, n= 800			
	n	medel	SD	bortf	n	medel	SD	bortf	n	medel	SD	bortf
Sjuk/rehabpenning netto dagar												
1 år före MMR	511	68.59	108.54		696	64.42	102.36		800	53.25	91.0	
MMR-året	511	88.63	121.36		696	92.70	123.04		800	89.22	121.25	
2 år efter MMR	511	70.29	115.33		695	66.78	111.89	1				
3 år efter MMR	511	56.27	99.98									
Sjuk/aktivitetsers netto dagar												
1 år före MMR	511	68.74	123.65		696	41.03	97.48		800	45.93	105.32	
MMR-året	511	55.52	110.93		696	36.74	90.54		800	46.52	104.86	
2 år efter MMR	511	52.79	106.25		695	46.37	102.53	1				
3 år efter MMR	511	66.34	118.01									
Medicin DDD totalt												
1 år före MMR	511	1001.72	1379.43		696	1000.92	1410.97		800	1011.51	1289.47	
MMR-året	511	1043.94	1380.61		696	1059.41	1354.45		800	1081.73	1308.46	
2 år efter MMR	511	1086.72	1332.53		695	1085.81	1379.29	1				
3 år efter MMR	511	1105.62	1311.43									
Antal vårdkontakter, allt												
1 år före MMR	511	32.58	24.31		696	32.11	24.69		800	30.50	23.12	
MMR-året	511	48.56	21.62		696	47.81	24.59		800	47.03	23.93	
2 år efter MMR	511	26.94	22.82		695	27.44	24.61	1				
3 år efter MMR	511	24.95	21.32									

Tabell 5b. Män, MMR start 2010, 2011, 2012. Sjukpenning, sjuk-aktivitetsersättning, medicinförbrukning (DDD) samt antal vårdkontakter.

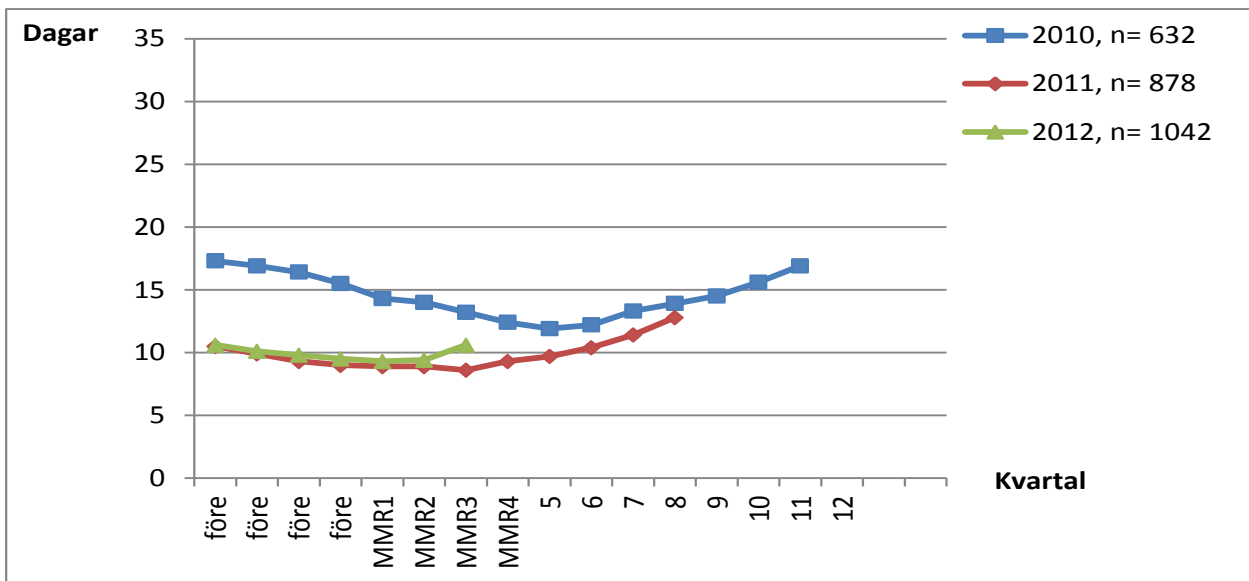
Män, n= 545	2010, n= 212				2011, n= 182				2012, n= 242			
	n	medel	SD	bortf	n	medel	SD	bortf	n	medel	SD	bortf
Sjuk/rehabpenning netto dagar												
1 år före MMR	121	71.64	107.48		182	68.36	104.3		242	71.66	109.39	
MMR-året	121	92.82	125.91		182	86.64	122.29		242	94.19	121.27	
2 år efter MMR	120	66.75	112.74	1	181	60.67	109.22	1				
3 år efter MMR	119	51.62	98.34	2								
Sjuk/aktivitetsers netto dagar												
1 år före MMR	121	55.07	110.31		182	29.76	83.10		242	20.24	76.41	
MMR-året	121	46.97	92.55		182	30.66	83.62		242	22.04	73.55	
2 år efter MMR	120	45.31	94.73	1	181	36.09	91.82	1				
3 år efter MMR	119	61.52	112.80	2								
Medicin DDD totalt												
1 år före MMR	121	983.05	1390.67		182	897.01	1206.26		242	868.04	1104.01	
MMR-året	121	1290.63	1808.11		182	958.57	1281.10		242	972.72	1338.56	
2 år efter MMR	120	1205.00	1557.86	1	181	962.45	1199.9	1				
3 år efter MMR	119	1157.60	1553.72	2								
Antal vårdkontakter, allt												
1 år före MMR	121	34.21	33.63		182	27.24	23.68		242	31.18	24.97	
MMR-året	121	50.49	33.37		182	40.50	22.20		242	40.95	22.64	
2 år efter MMR	120	27.30	30.76	1	181	21.40	20.99	1				
3 år efter MMR	119	24.66	25.05	2								

Tabell 5c. Data före MMR, vid utskrivning och vid 3 månaders uppföljning, grupperat kvinnor/män: hälsorelaterad livskvalitet och EQVAS. Vid inkludering självrapporterad anställning samt sjukskrivning för hela kohorten som genomfört MMR under åren 2010-2012.

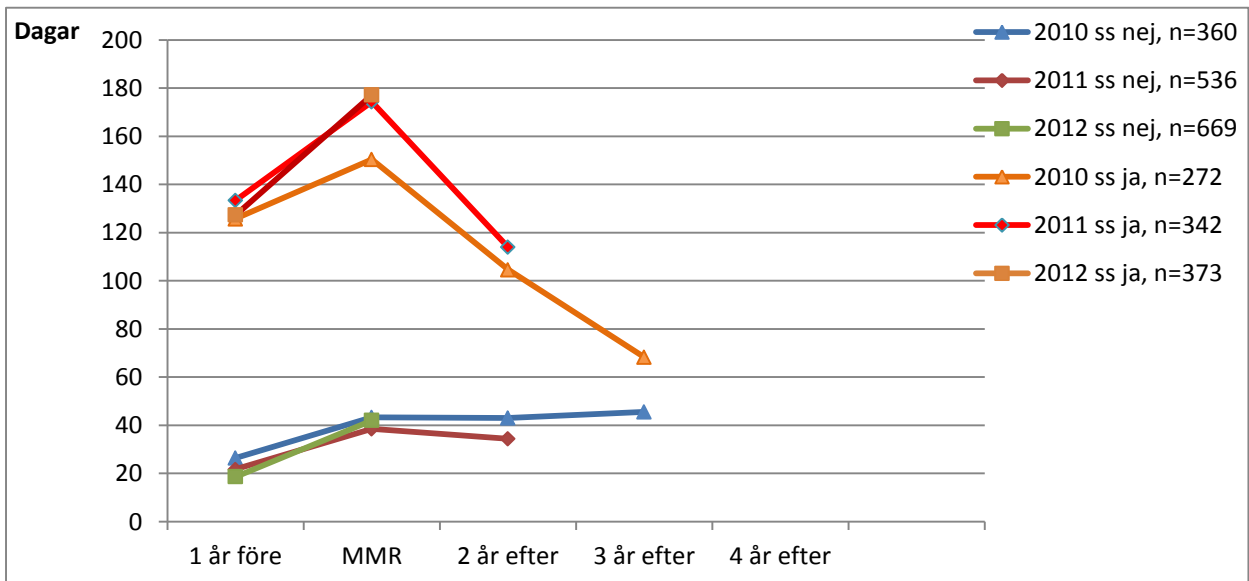
2010-2012, n= 2552		Kvinnor, n= 2007					Män, n= 545				
		n	%	medel	SD	bortf	n	%	medel	SD	bortf
Hälsorelaterad livskvalitet											
	in	2006		0.32	0.30	1	544		0.30	0.30	1
	ut	2005		0.49	0.30	2	545		0.50	0.32	
	uppföljning	2007		0.53	0.31		545		0.53	0.32	
EQVAS											
	in	2006		42.4	19.3	1	544		42.88	19.8	1
	ut	2005		54.4	22.4	2	545		55.83	23.9	
	uppföljning	2007		57.2	23.3		545		56.45	24.4	
Anställning, ja											
	in	1074	53.5				283	51.9			
	ut	1066	53.1				277	50.8			
	uppföljning	1243	61.9			3	346	63.5			
Sjukskrivning ja											
	in	764	38.1				223	40.9			
	ut	760	37.9				223	40.9			



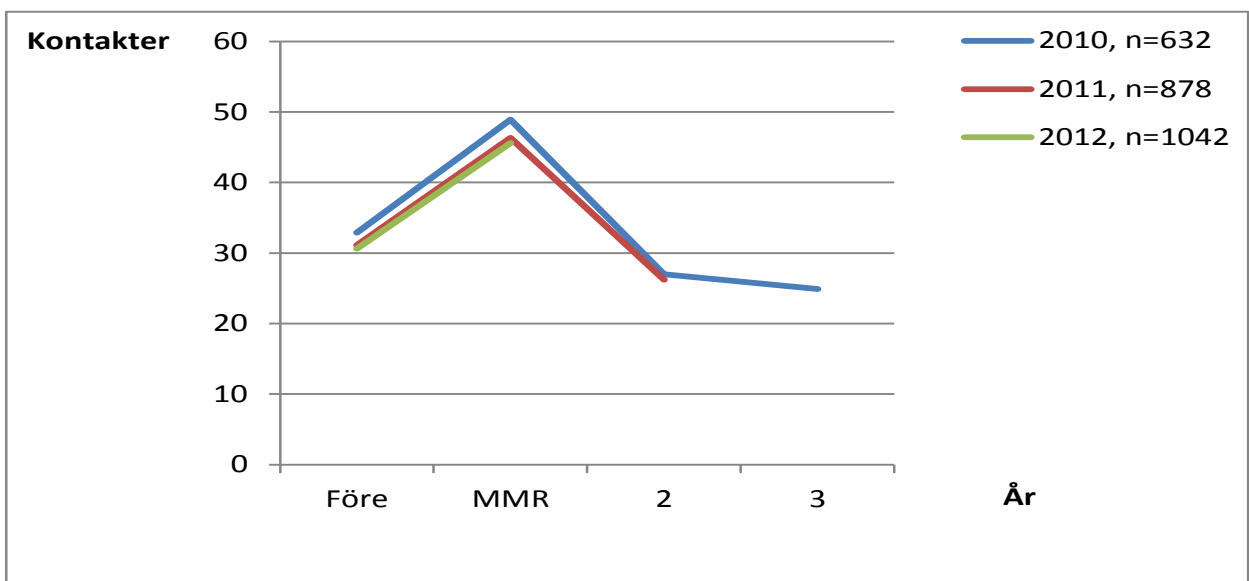
Figur 2a. Antal dagar netto sjukpenning, kvartalsvis, före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



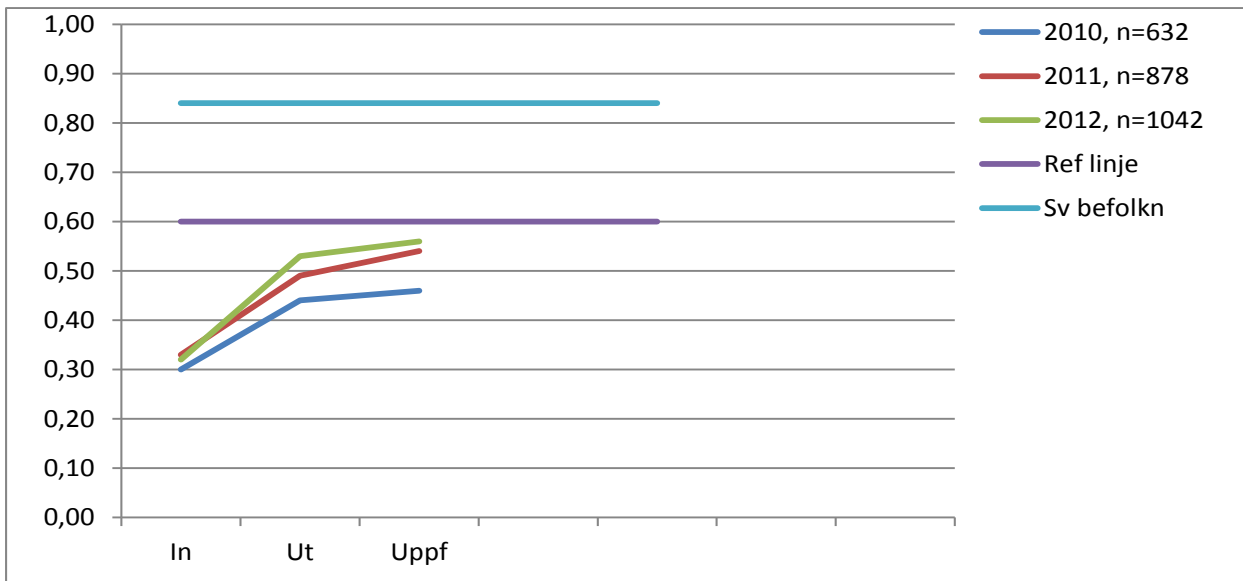
Figur 2b. Antal dagar netto sjuk-och aktivitetsersättning, kvartalsvis, före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



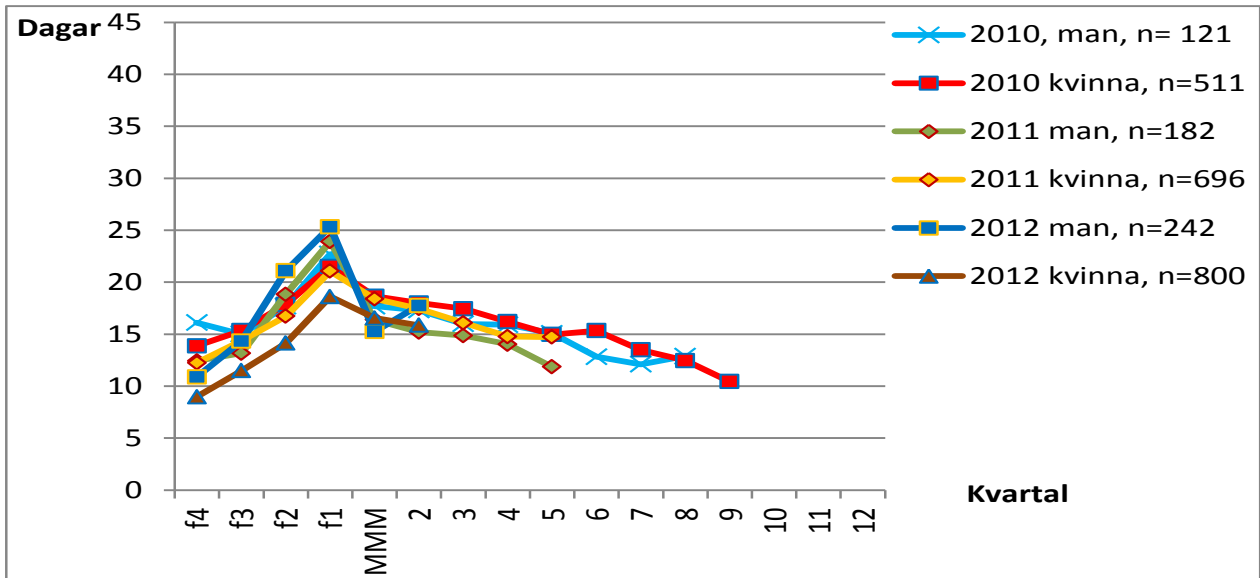
Figur 2c. Antal dagar netto sjukpenning före och efter MMR, grupperat egenrapporterad sjukskrivning ja/nej vid MMR start. Grupperat på året för MMR start.



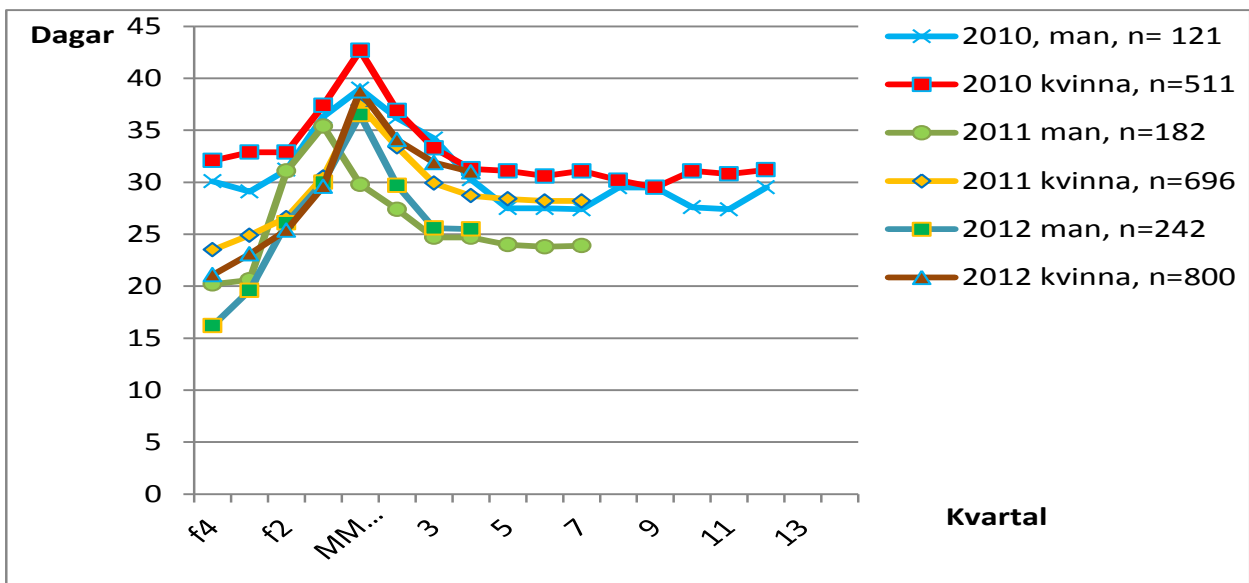
Figur 3. Antal vårdkontakter före och efter MMR, hela kohorten. Grupperat på året för MMR start.



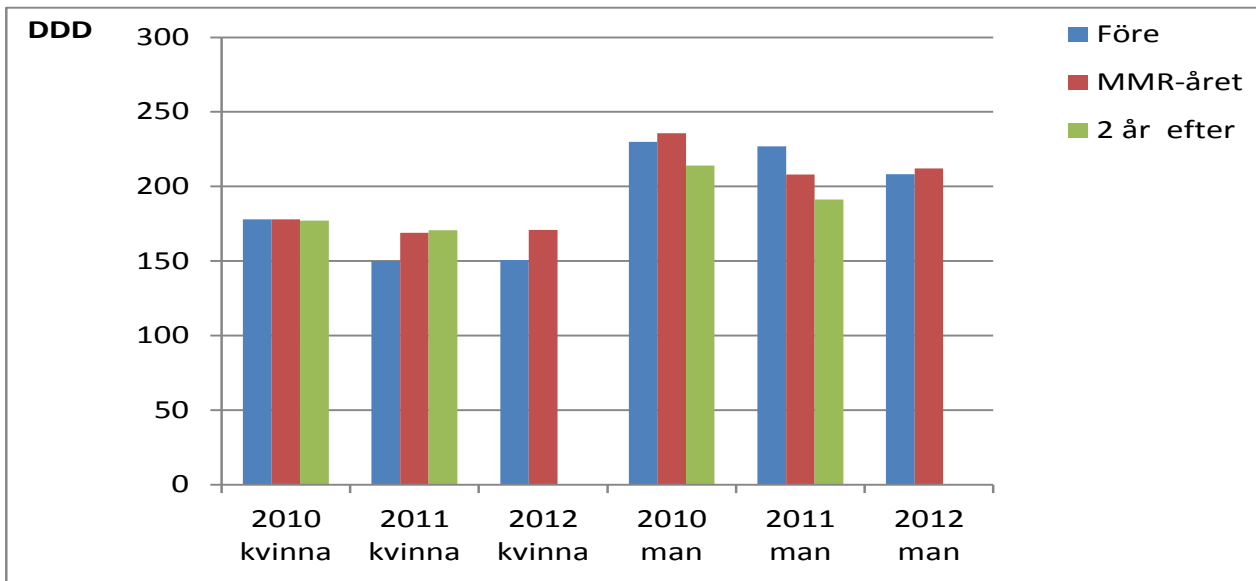
Figur 4. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning, hela kohorten. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga. Grupperat på året för MMR start.



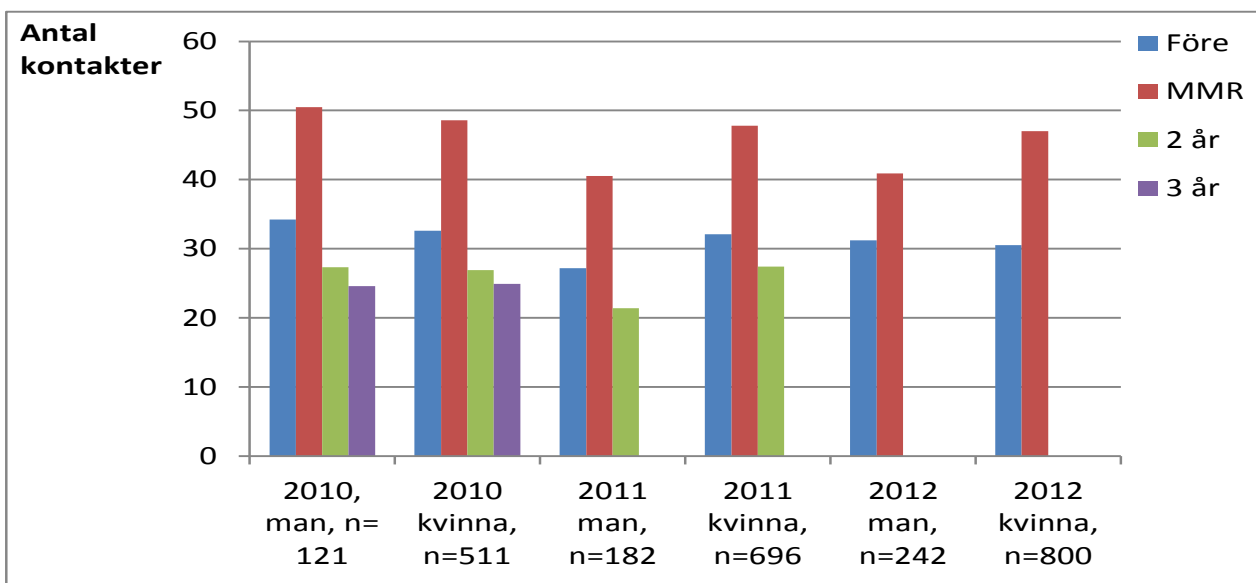
Figur 5a. Sjukpenning netto dagar, män och kvinnor, 1 år före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



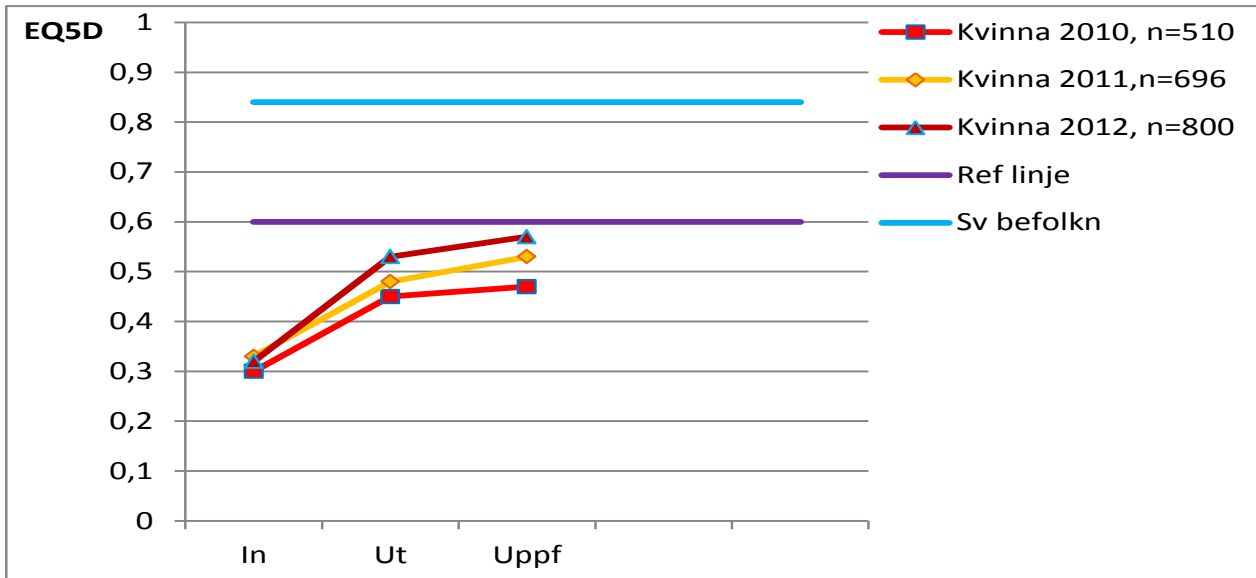
Figur 5b. Sjukpenning + aktivitetsersättning, netto dagar, kvartalsvis, män och kvinnor, 1 år före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



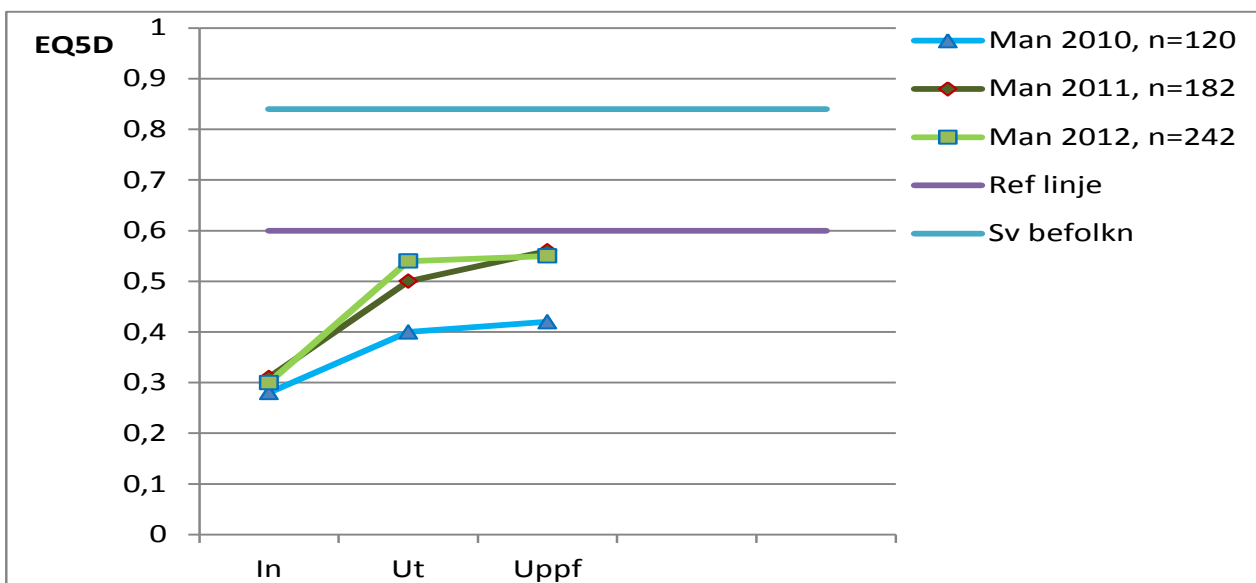
Figur 6a. DDD, mediciner mot smärta, 2010-2012, män och kvinnor, 1 år före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



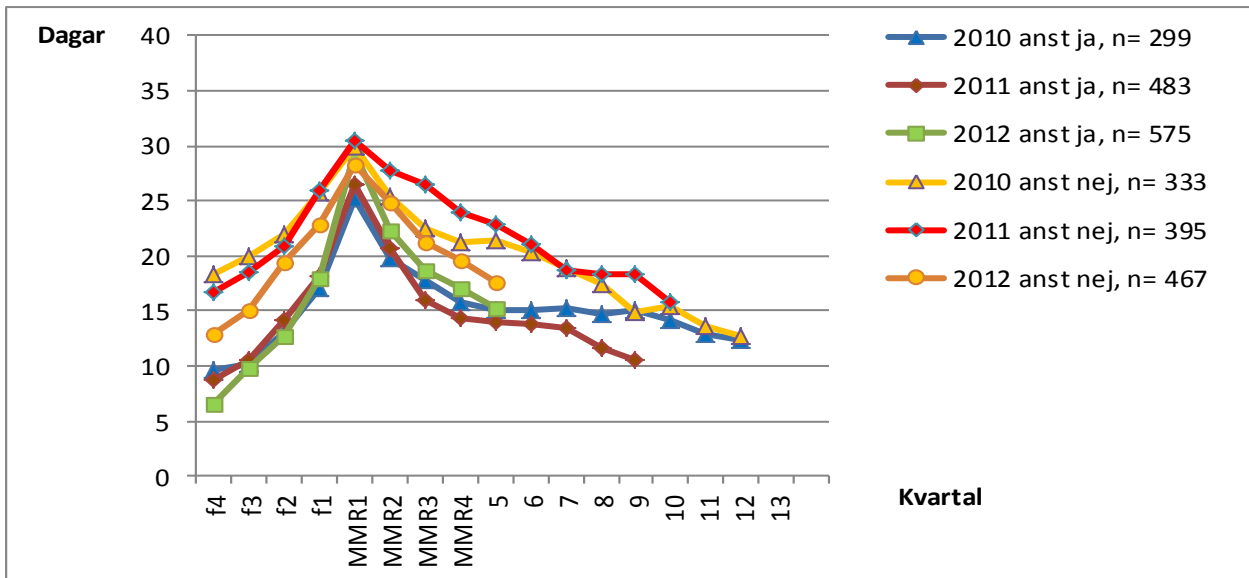
Figur 6b. Antal vårdkontakter, 2010-2012, män och kvinnor, 1 år före och efter MMR. Grupperat på året för MMR start.



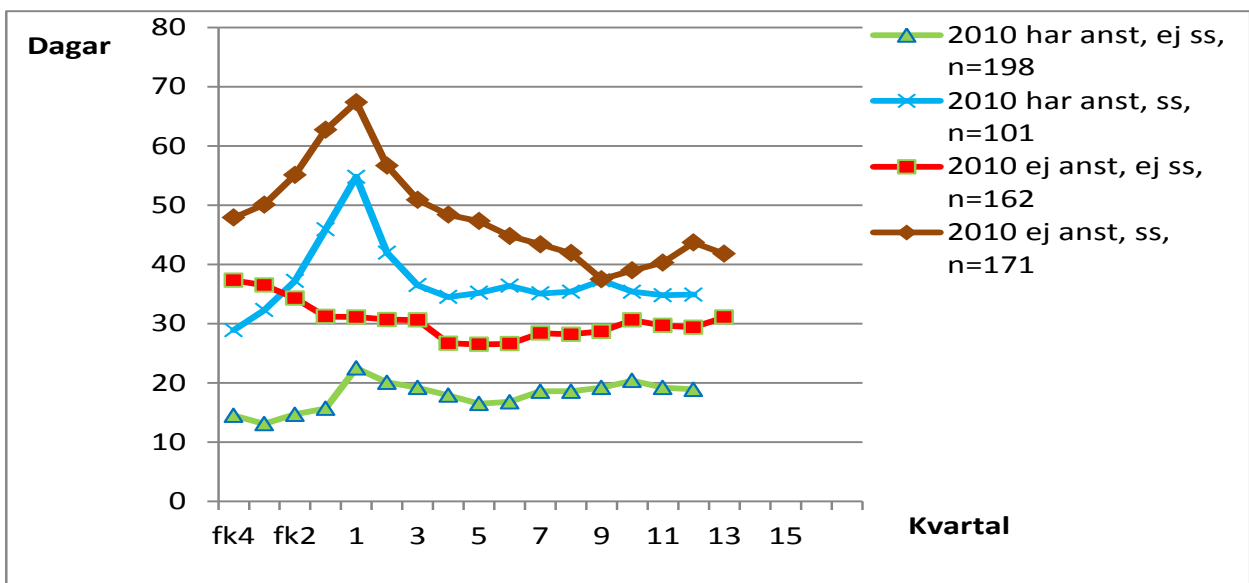
Figur 7a. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, kvinnor, vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga. Grupperat på året för MMR start.



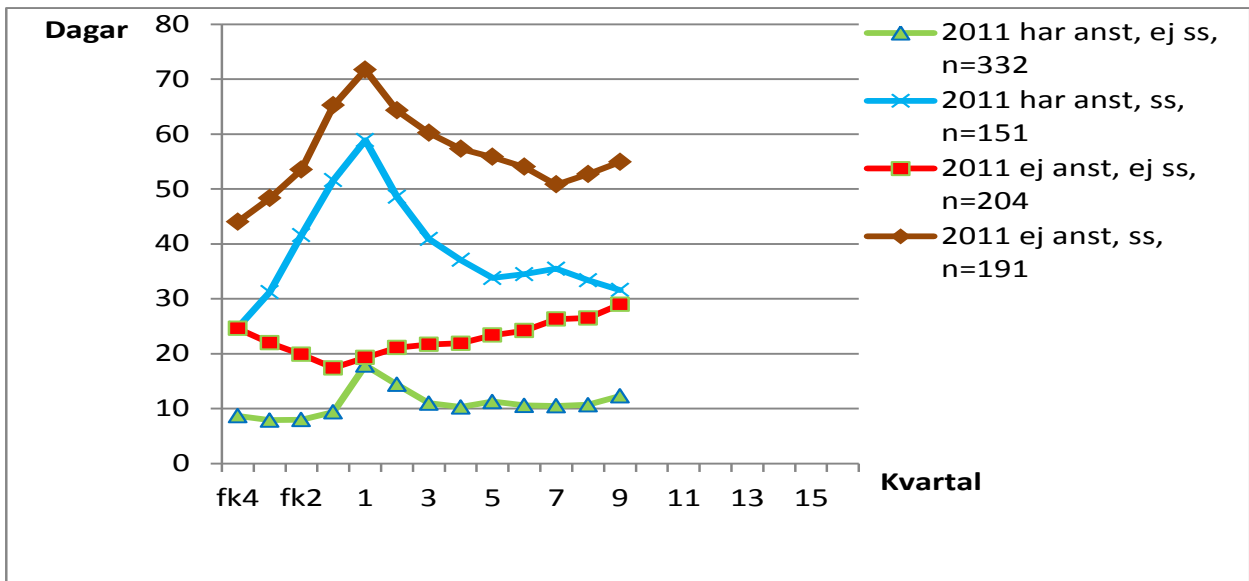
Figur 7b. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, män, vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga. Grupperat på året för MMR start.



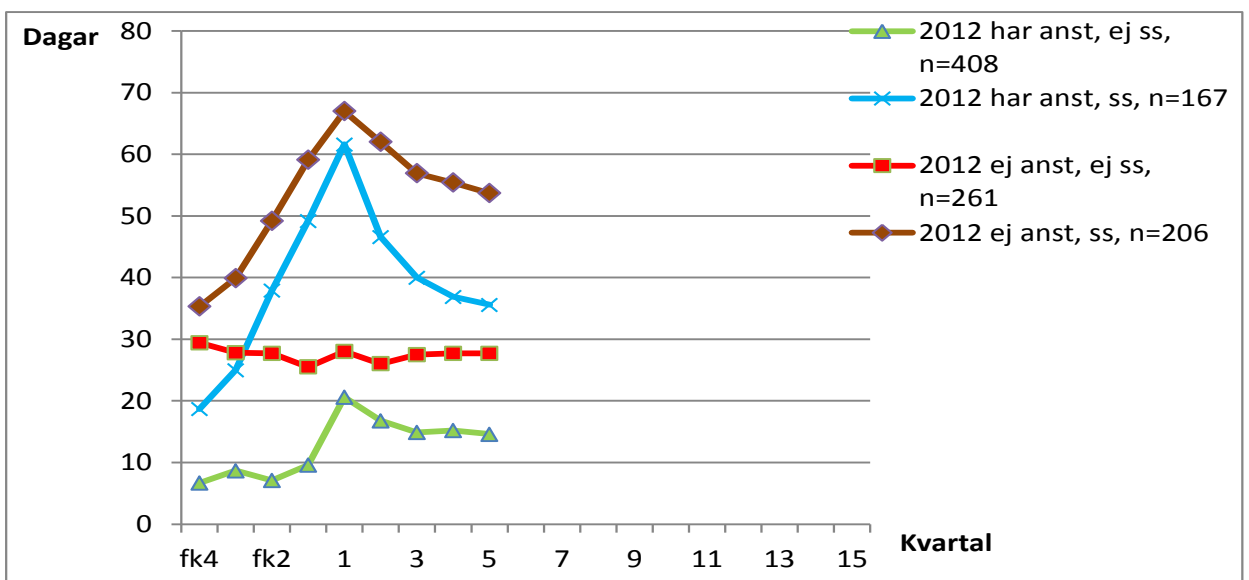
Figur 8. Sjukpenning 1 år före och efter MMR, kvartalsvis, anställning ja/nej vid MMR start. Grupperat på året för MMR start.



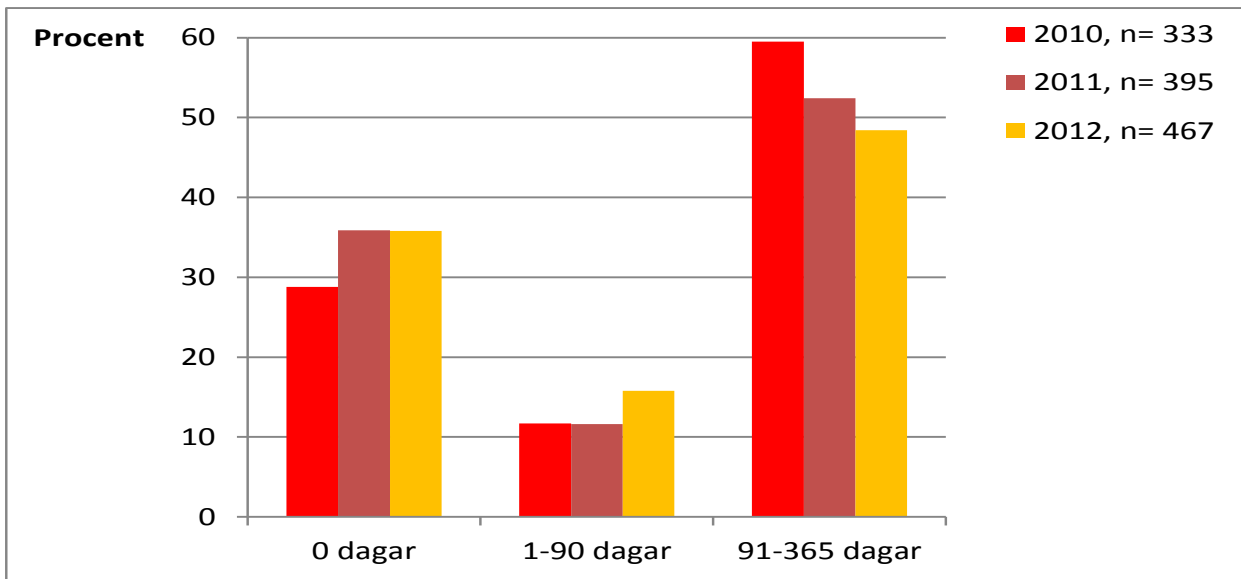
Figur 9a. 2010, antal dagar netto sjukpenning + sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start.



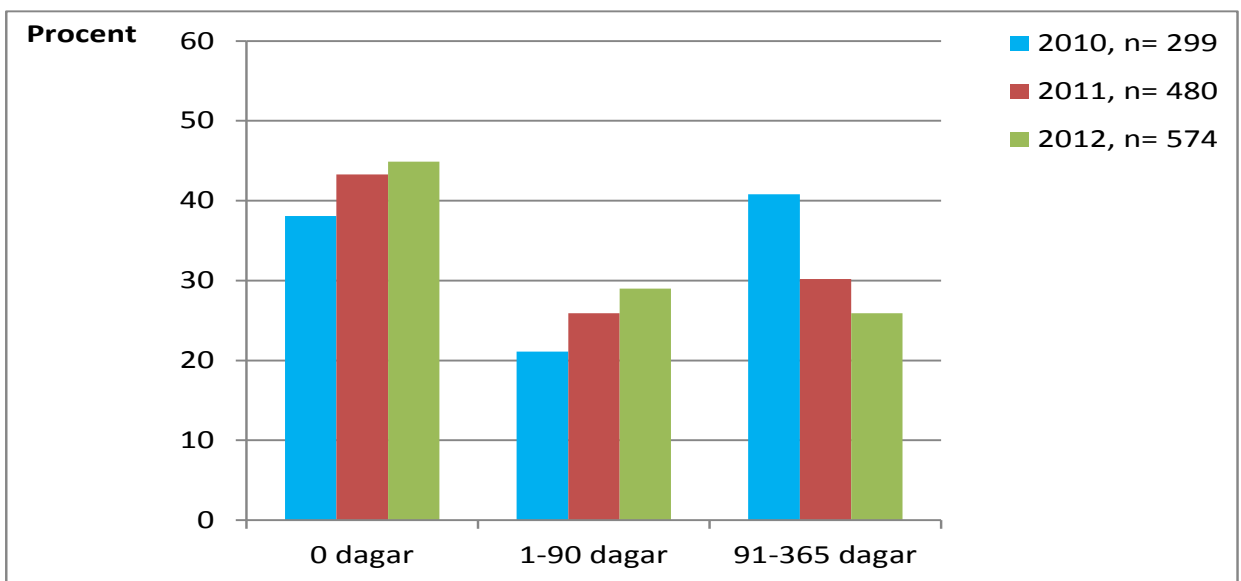
Figur 9b. 2011 antal dagar netto sjukpenning + sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start.



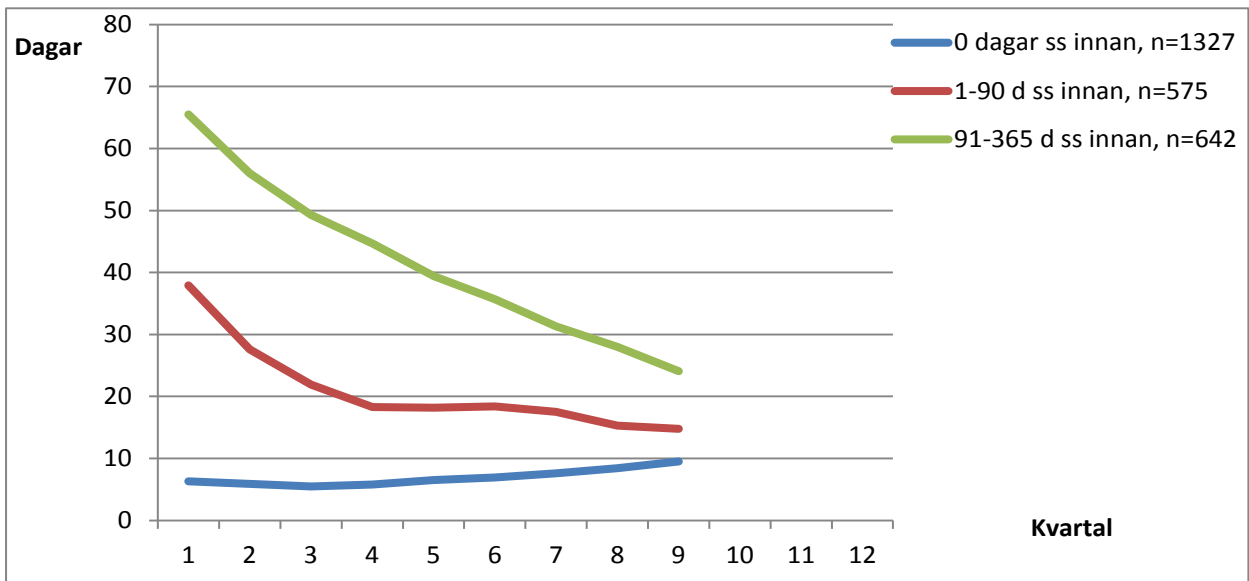
Figur 9c. 2012 antal dagar netto sjukpenning + sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start. Grupperat på året för MMR start.



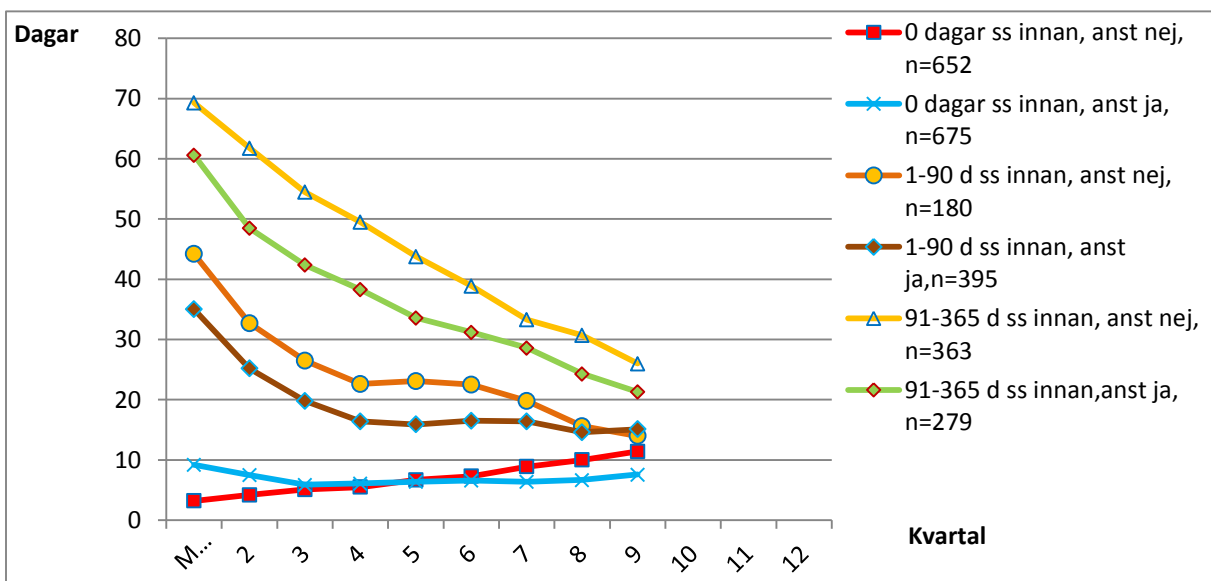
Figur 10a. Hela kohorten (n= 1195) utan anställning vid MMR start, grupperat procentuell andel patienter med sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning; 0 dagar, 1-90 dagar, 91-365 dagar 1 år före MMR. Grupperat på året för MMR start.



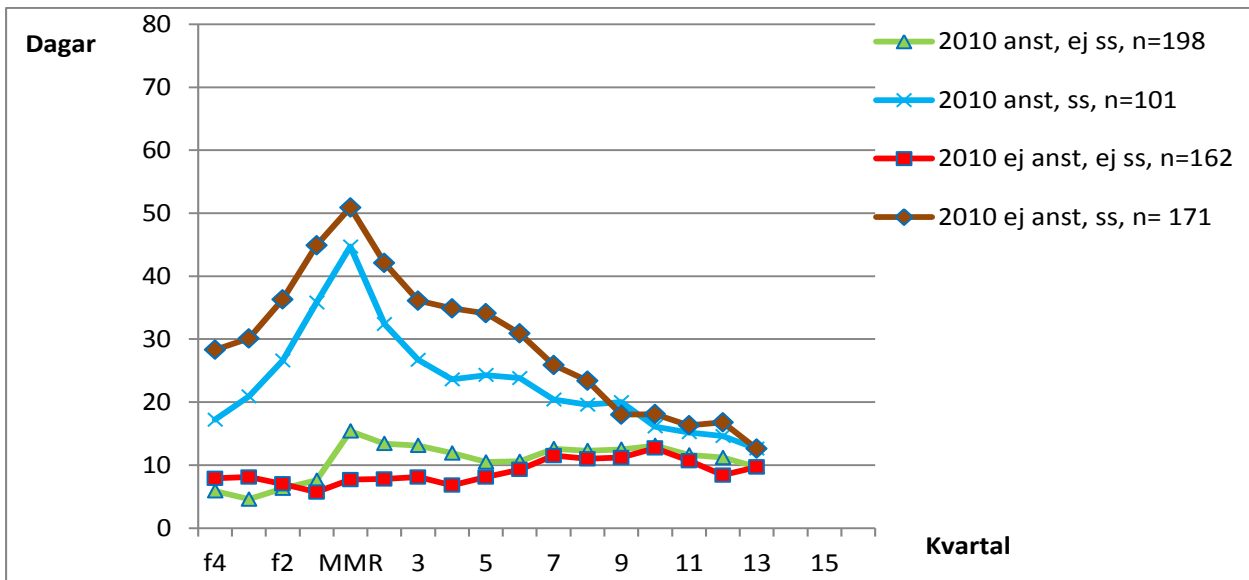
Figur 10b. Hela kohorten (n= 1357) med anställning vid MMR start, grupperat procentuell andel patienter med sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning; 0 dagar, 1-90 dagar, 91-365 dagar 1 år före MMR. Grupperat på året för MMR start.



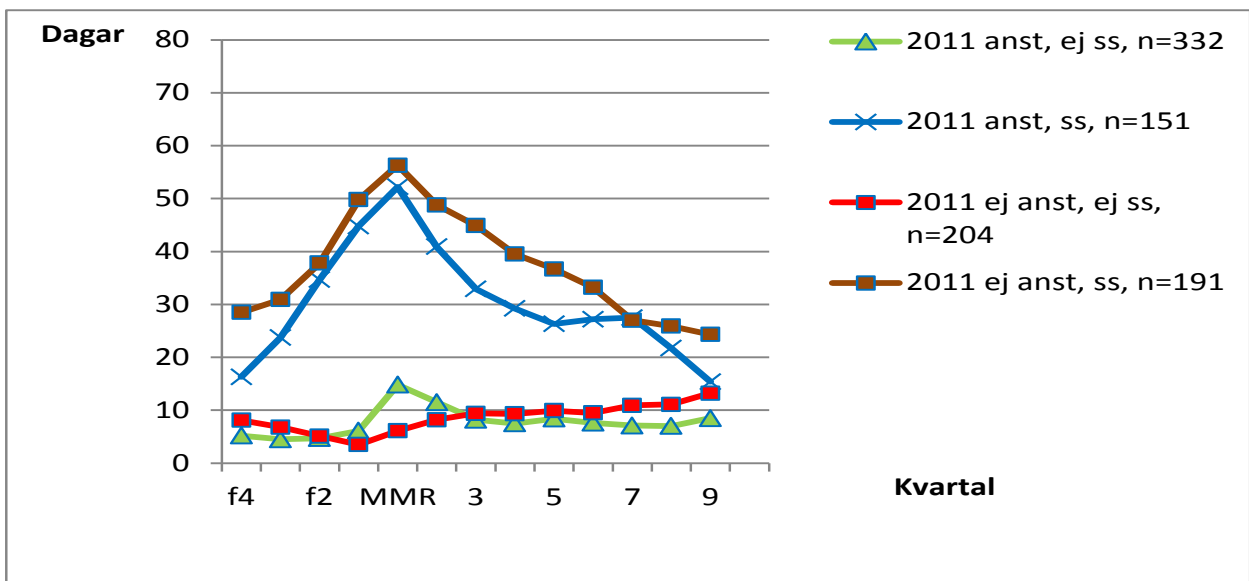
Figur 11. Antal dagar netto sjukpenning kvartalsvis efter MMR, grupperat: 0 dagar sjukpenning, 1-90 dagar, 91-365 dagar 1 år före MMR. Hela kohorten.



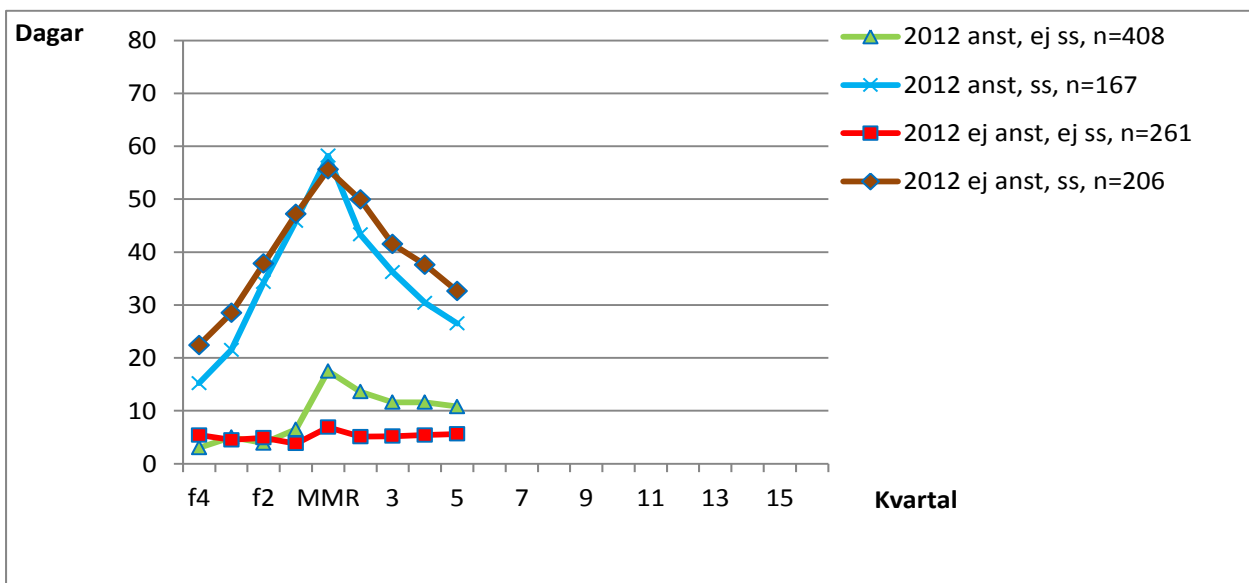
Figur 12. Antal dagar netto sjukpenning kvartalsvis efter MMR, grupperat: 0 dagar sjukpenning, 1-90 dagar, 91-365 dagar 1 år före MMR, grupperat: självrapporterat anställd ja/nej vid MMR start. Hela kohorten.



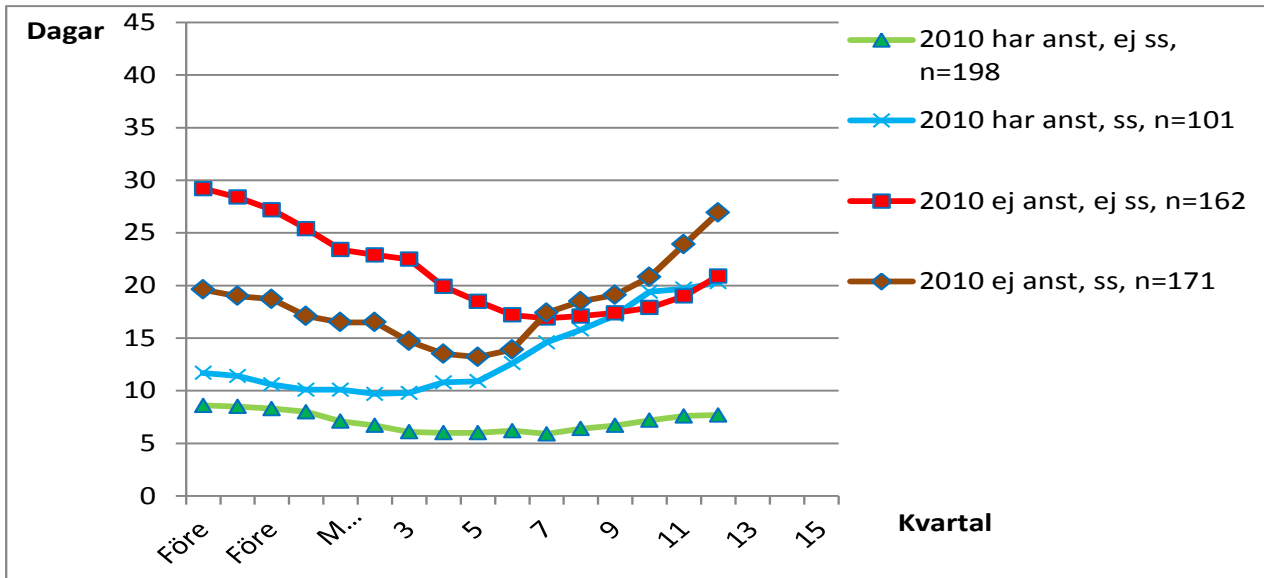
Figur 13a. 2010 sjukpenning netto dagar, 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start



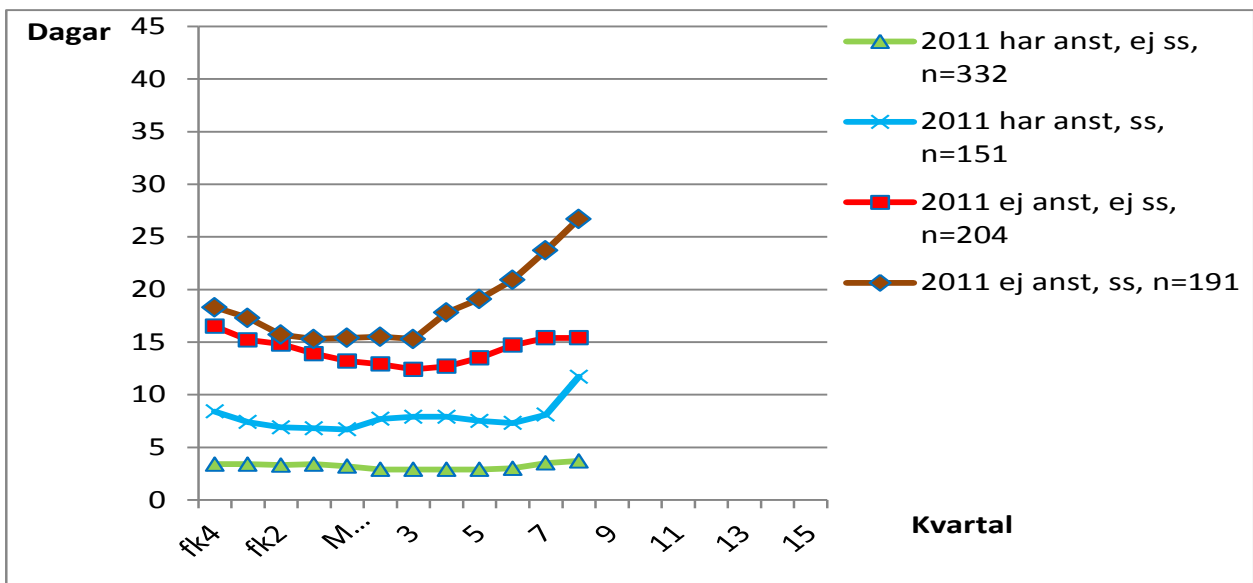
Figur 13b. 2011 sjukpenning netto dagar, 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start.



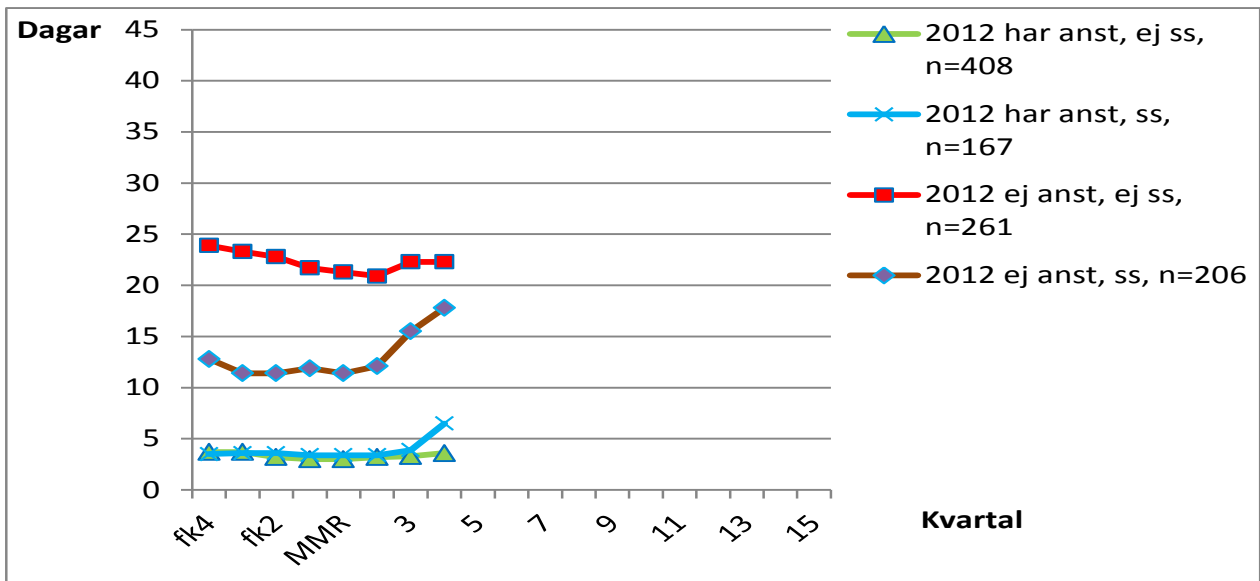
Figur 13c. 2012 sjukpenning netto dagar, 1 år före och efter MMR. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start.



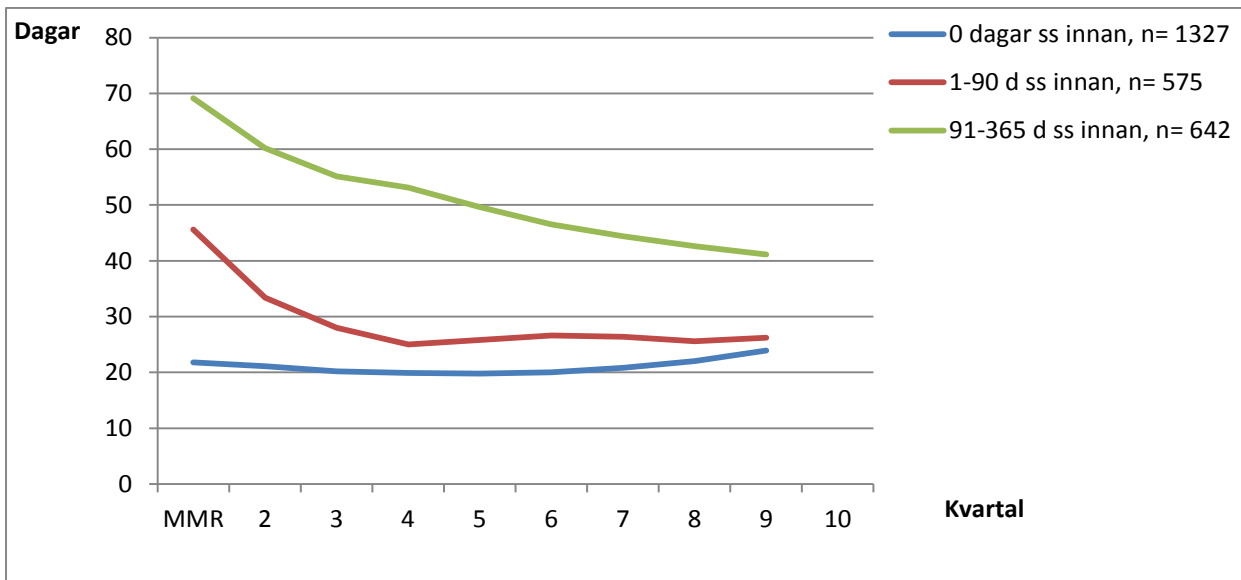
Figur 14a. 2010 antal dagar netto sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR, grupperat anställning ja/nej samt sjukskrivning ja/nej vid MMR start.



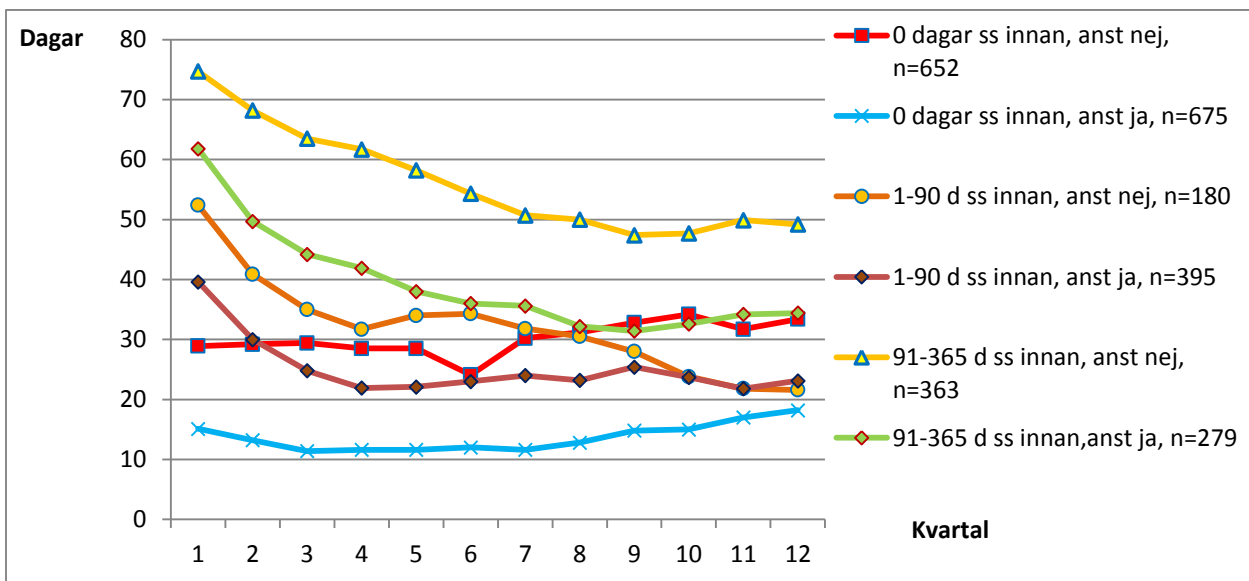
Figur 14b. 2011 antal dagar netto sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR, grupperat anställning ja/nej samt sjukskrivning ja/nej vid MMR start.



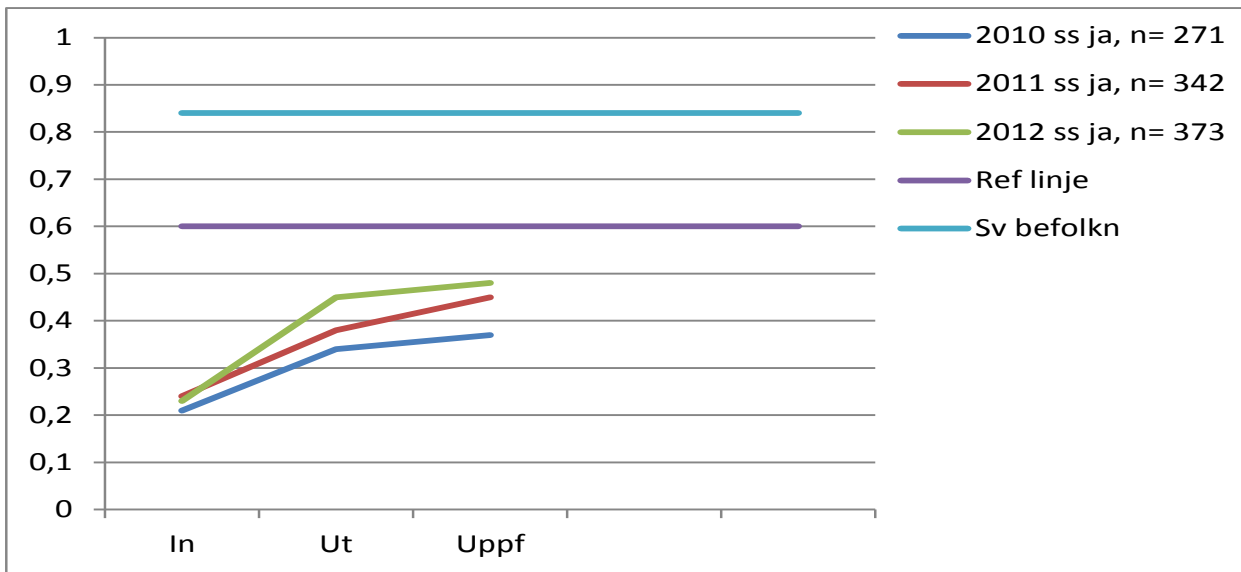
Figur 14c. 2012 antal dagar netto sjuk-aktivitetsersättning, kvartalsvis 1 år före och efter MMR, grupperat anställning ja/nej samt sjukskrivning ja/nej vid MMR start.



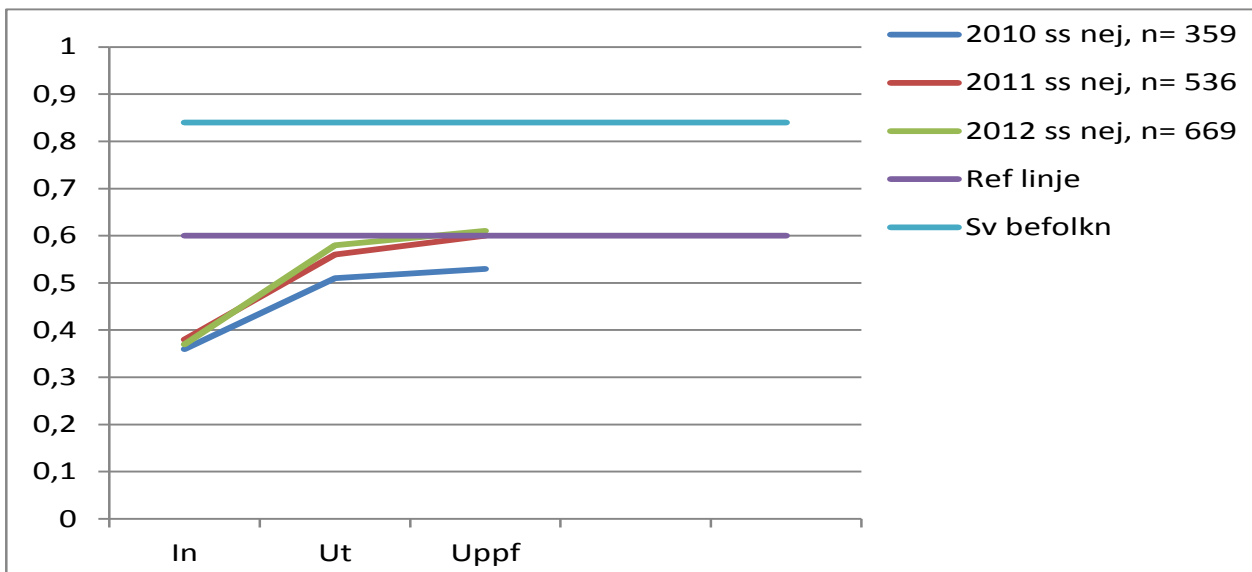
Figur 15a. Antal dagar netto sjukpenning + sjuk-aktivitetsersättning kvartalsvis efter MMR, grupperat: 0 dagar sjukskrivning (ss), 1-90 dagar ss, 91-365 dagar ss 1 år innan MMR. Hela kohorten.



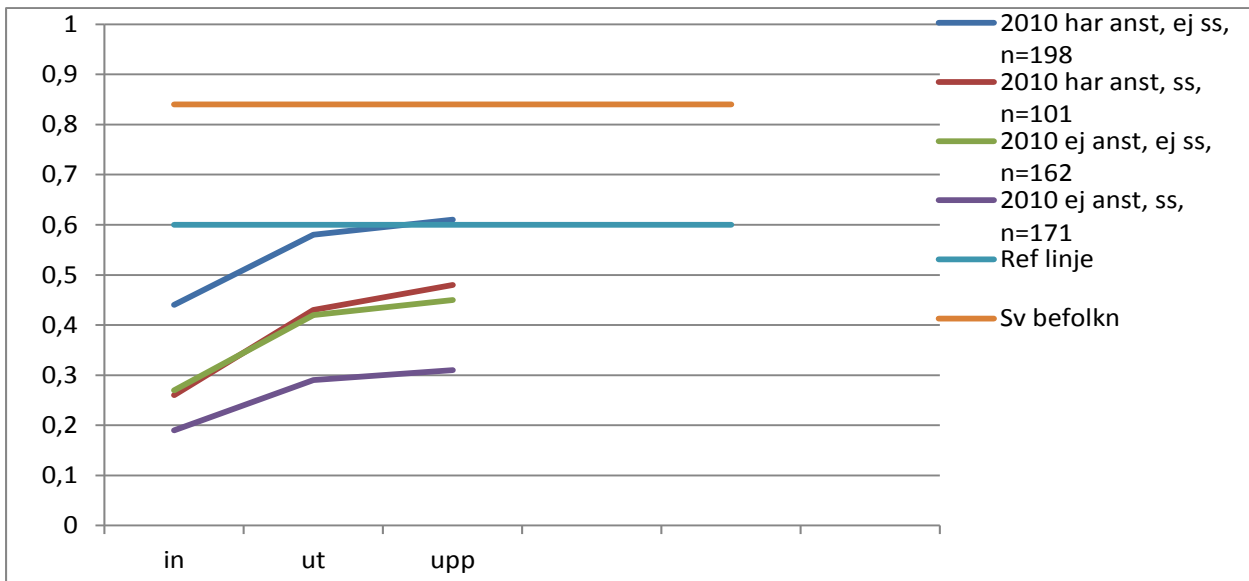
Figur 15b. Antal dagar netto sjukpenning + sjuk-aktivitetsersättning kvartalsvis efter MMR, grupperat: 0 dagar sjukskrivning (ss), 1-90 dagar ss, 91-365 dagar ss 1 år innan MMR, grupperat: självrapporterat anställd ja/nej vid inkludering. Hela kohorten.



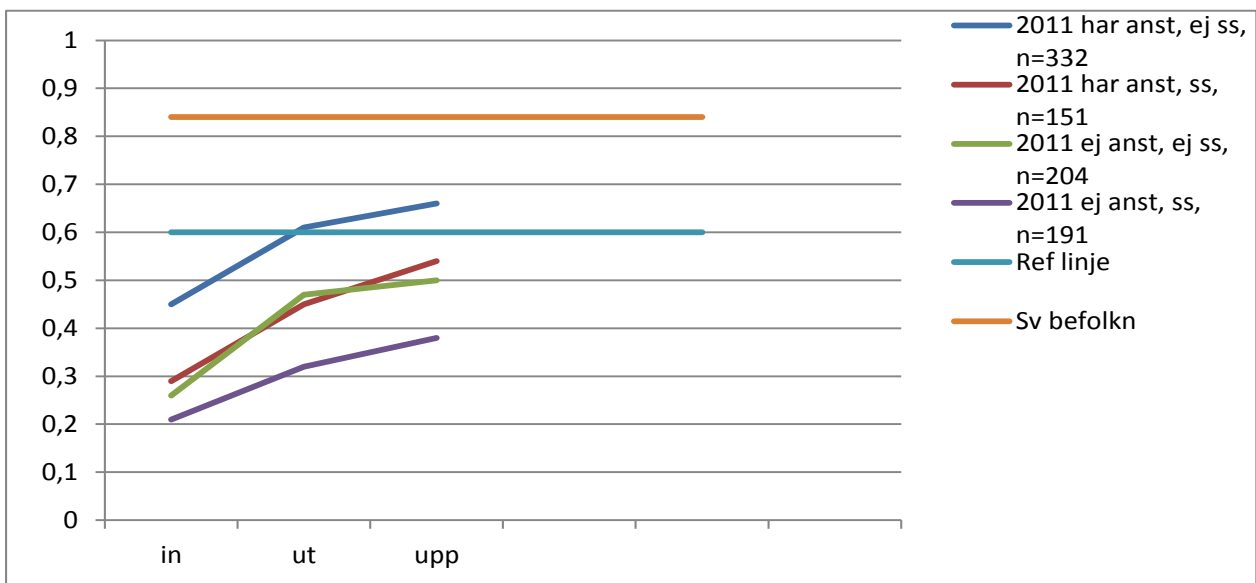
Figur 16a. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning, för patientgrupp med egenrapporterad pågående sjukskrivning vid MMR start. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga. Grupperat på året för MMR start.



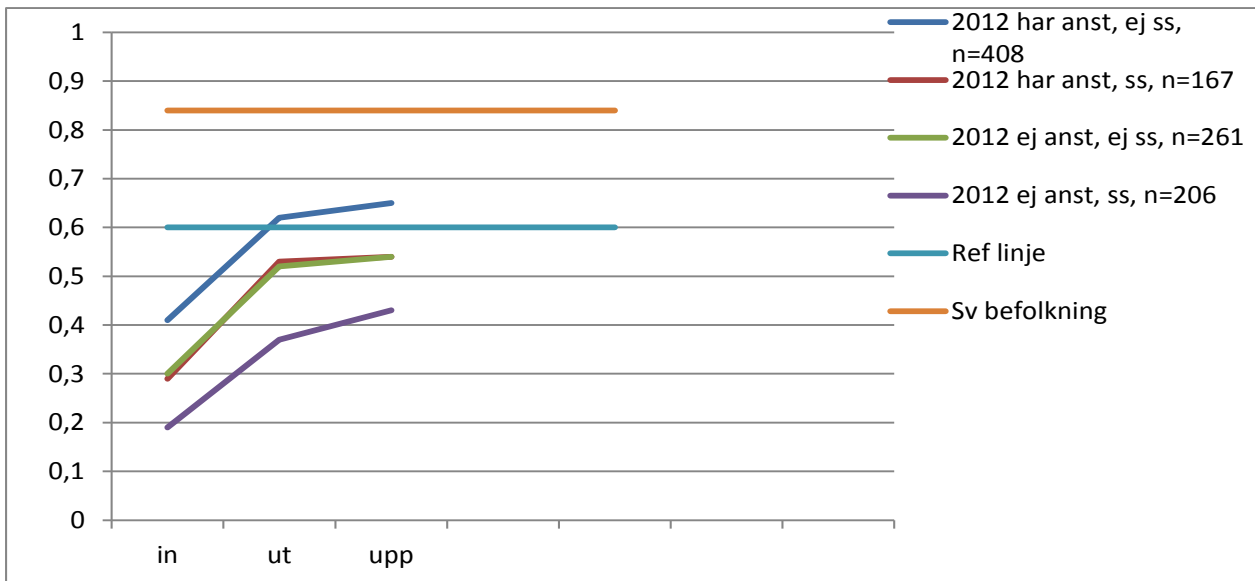
Figur 16b. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D vid inskrivning, utskrivning samt uppföljning, för patientgrupp utan sjukskrivning vid MMR start. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga. Grupperat på året för MMR start.



Figur 17a. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, in, ut och uppföljning, MMR start 2010. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga.



Figur 17b. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, in, ut och uppföljning, MMR start 2011. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga.



Figur 17c. Hälsorelaterad livskvalitet, EQ5D, in, ut och uppföljning, MMR start 2012. Grupperat anställning ja/nej samt sjukskriven ja/nej vid MMR start. Normalvärdet för Sveriges befolkning är 0,84. Referenslinjen anger det värde, 0,6, som anses vara gränsen för tillräcklig arbetsförmåga.