

Rehabveckan 2023, Lund

"Framtidens rehabilitering – innehåll, metoder och arbetssätt – vart är vi på väg?!"



Smärtrehabilitering: evidens, utmaningar, och framtid

Evidensarbete vid smärtrehabilitering: ett samarbete mellan kliniker och forskare. Vad lär vi oss av det?

Paneldiskussion:
Rehabiliteringsmedicin:
neuro- och smärtrehabilitering.
Framgångsfaktorer, hinder och utmaningar



Evidensarbete vid smärtrehabilitering: ett samarbete mellan kliniker och forskare. Vad lär vi oss av det?

*Britt-Marie Stålnacke, Professor, överläkare, Umeå Universitet,
Norrlands universitetssjukhuset*

*Marcelo Rivano Fischer, Docent, leg. psykolog, Lunds universitet
Skånes Universitetssjukhus, Lund*

Vetenskap och Beprövad erfarenhet

Vetenskap

- Evidens från vetenskapliga studier
- Prövats i praktiken och fungerat (kvalitetsregister)

Beprövad erfarenhet

- Socialstyrelsens vetenskapliga råd
- Större consensus-dokument
- Kliniska guidelines

→ dvs inte "vad jag brukar göra"

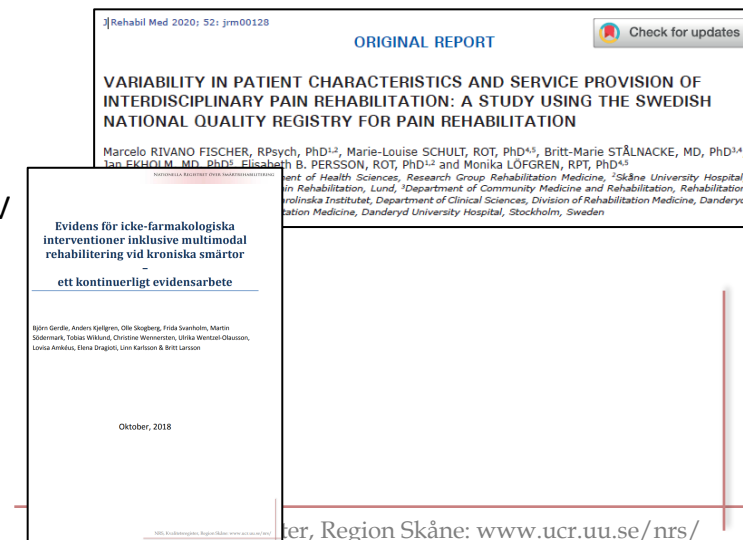
SBU 2006, 2010 om långvarig smärta påpekar svårigheter avseende gängse metoder för evidensgradering

Utmaning: Evidens kring smärtrehabilitering. Teambaserade komplexa interventioner

Linköpings initiativ: uppdatera evidens med fokus på klinisk tillämpning, avslutad 2016

NRS kartlägger interventioner samt arbetssätt vid smärtrehabilitering, 2014-2016, kartläggning accepteras för publikation 2019, publiceras 2020

NRS tar emot Linköpings arbete, publicering hemsidan 2018, beslut om uppdatering av Linköpings arbete



NRS tog initiativet 2018 att kalla till ett möte representanter från kliniker som hade universitetsanknytning (USVE) och arbetade med smärtrehabilitering

Sammanställande var registrets vetenskaplig representant och registerhållaren.

Syftet: att utforska beredskap för att uppdatera och komplettera arbetet som Linköping avslutade 2016 och som lämnades över till NRS för publicering 2018

Under mötet i Lund kom vi överens om att det var nödvändig att kontinuerligt följa upp evidens för de behandlingar som erbjuds inom smärtrehabilitering

Efter mötet skickades brev till verksamhetschefer/ansvariga för enheterna.

Alla kontaktade chefer beslutade stödja initiativet och låna ut nödvändiga resurserna



- Arbete enligt Linköpingsmodellen:
kliniskt verksamma personer och forskare tillsammans
- Styrgrupp: Björn Gerdle, Marcelo Rivano Fischer Emma Varkey,
Mathilda Björk, Monika Löfgren, Britt-Marie Stålnacke
- Styrgruppen hade flera möte 2018-2019
och organiserade ett start-mötet i Stockholm Maj 2019

Under mötet presenterades projektet och stödmallar för sökning och strategier för de olika grupper

Program 20190516		
Programpunkt	Föreläsare/ansvarig	Tid
Fika och mingel		9.30-10.00
Välkommen och Presentationsrunda	Mathilda och Monika	10.00-10.15
Bakgrund till evidensarbetet	Marcelo Rivano	10.15-10.45
Att göra en systematisk litteraturgenomgång kvantitativa data	Elena Dragioti	10.45-11.15
Evidensarbetet i Linköping; process och erfarenheter, sammanfattning av evidensarbetet, senaste uppdateringarna	Malin Hässelstrand, Anna Frumerie	11.15-12.15
Lunch inkl möten i arbetsgrupperna	Alla	12.15-13.15
Att göra en systematisk litteraturgenomgång kvalitativa data	Monika Löfgren	13.15-14.00
Presentation av mallar för granskning Samling i arbetsgrupper, diskussion om praktiskt tillvägagångssätt och vem som ska vara sammankallande	Monika Löfgren Mathilda Björk Britt-Marie Stålnacke Pernilla Åsenlöf	14.00 – 14.45
Eftermiddagsfika	Alla	14.45-15.45
Fortsatt arbete i grupperna		15.00-15.45
Sammanfattning av dagens arbete och riktlinjer framåt; arbetsprocess, diskussion av praktiska frågor som kommit upp under dagen, mm	Monika Löfgren Mathilda Björk Britt-Marie Stålnacke Pernilla Åsenlöf	15.50-16.30
Avslutning		16.25-16.30

1. Define your question using PICO by identifying: Patient/Problem, Intervention, Comparison group and Outcome:

Population (P)

Vuxna från 18 år med långvarig muskuloskeletal smärta. Med långvarig smärta avser vi smärta som varat tre månader eller längre. *Avgränsning:* Vi tar inte upp smärta vid malign sjukdom, inflammatoriska sjukdomar, polyneuropatier, neurologiska sjukdomar eller smärta i livets slutskede. Vi har däremot tagit med översikter med blandade populationer, om resultatet för de olika tillstånden har särredovisats, eller om deltagarna med långvarig muskuloskeletal smärta är i en sådan majoritet att resultaten fortfarande kan bidra med information om effekten hos dem.

Se Linköpingsdokumentet psykologiska interventioner/arbetslivsinterventioner

Interventioner (I)

Behandlingar: Den behandlingsmetod som gruppen studerar. För att tas med ska en behandling ha relevans för MMR i Sverige. Redovisa om möjligt resultat som visar effekten sex månader eller längre efter avslutad behandling. Arbetsgrupperna anpassar själva hur lång tid effekten ska redovisas utifrån de studier man får fram.

and controlled trial
studies or articles
t or series

Jämförelse (RCT/kontrollerade studier) (J)

Interventionen ska ha jämförts antingen med en annan intervention eller behandling, eller med ingen intervention.

Utfallsmått (U)

Utfallsmåtten ska visa effekter på smärta, på psykisk funktion, fysisk funktion, aktivitetsförmåga i dagligt liv, livskvalitet, generell hälsa och/eller sjukskrivning/arbetsåtergång. Studien behöver inte täcka alla utfallsmått.

Övriga krav

För översikter: Urvalet av primärstudier i en översikt ska omfatta prospektiva och kontrollerade studier med eller utan randomiserad allokering till jämförelsegrupperna (RCT eller CCT). Om en systematisk översikt omfattar fler studietyper tas den med enbart om resultaten från de kontrollerade studierna särredovisas.

Den senast utförda litteratursökningen i en översikt ska ha utförts 2010 eller senare / alternativt beroende Linköpings dokumentet, utgå från den senaste sökningen.

Översikten ska ha publicerats på svenska, norska, danska eller engelska.

Evidensgradering- vilka studier ska vi använda?

1. Systematiska översikter och meta analyser
2. Randomiserade kontrollerade studier
3. Kontrollerade studier
4. Översikter av kvalitativa studier
5. Kvalitativa studier
6. Fallstudier

Ämnen och grupper

- ✓ • Arbetsplatsinterventioner inkl arbetsinriktade interventioner för arbetslösa
- Arbetsterapeutiska interventioner inkl. empowerment mm
- Anhörigas deltagande i rehabilitering
- Body Awareness inkl. Avspänning, Basal kroppskännedom och Yoga
- ✓ • Bemötande
- Fysisk träning inkl. relaterad beteendemedicin
- Multimodal rehabilitering (MMR)
- Psykologiska interventioner ✓
- Utbildning och råd ✓

Tidsplanering

- Strukturerad sökning med hjälp av bibliotekarie före midsommar
- Sammanställning av relevanta studier rapporteras till styrgruppen senast 24/8
- Telefonmöte med styrgruppen med diskussion om utvalda studier 29/8 kl 16
- Arbetet klart 31/1

Multimodal rehabilitering:

Marcelo Rivano Fischer, Åsa Ringqvist, Mehmed Novo, Elisabeth Pietilä-Holmner, Paul Enthoven, Anna Frumerie, Elena Dragioti Johan Bogefeldt

Fysisk aktivitet:

Emma Varkey, Paulin Andréll, Margit Vikström

Utbildning och råd:

Paulin Andréll , Emma Varkey, Lars Erik Dyrehag, Sandra Steffenburg , Johan Bogefeldt

Arbetsinriktade interventioner:

Mathilda Björk, Malin Hesselstrand, Elin Johansson, Therese Hellman, Elisabeth Persson

Psykologiska interventioner:

Martin Södermark, Elena Dragioti, Sophia Åkerblom, Kristoffer Bothelius, Pernilla Maathz, Stina Hedström, Sanna Stacke Petra Jacobsen, Britt-Marie Stålnacke



Utmaningar

- Tiden!
- Pandemi
- Personer har slutat och ibland ersatts av nya

Vad har fungerat?

- Digitala möten
- Engagerade deltagare
- Uthållighet



Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta hos vuxna är framtaget.

[Vårdförlopp långvarig smärta hos vuxna](#)

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta - långvarig, hos vuxna

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder.

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

”Det behövs en kompetent och evidensbaserad smärtvård”

Från Vårdförlopp Långvarig smärta hos vuxna

Exempel på resultat och konklusioner

MMR

<p>Resultat</p> <ul style="list-style-type: none"> Måhögst utvärderingsmetoder (t.ex. fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi, kognitiv funktionell rehabilitering, fysioterapi) används för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. 	<p>Resultat</p> <ul style="list-style-type: none"> Det finns goda bevis för att MMR ökar livskvaliteten hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som fysisk aktivitet och kognitiv beteendeterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. 	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> Styrka med att ha använt rekommenderat metod Pollock-AMSTAR score Metoden för utvärdering av komplexa interventioner och olika utfallsmått behövs utvärderas. Olika frågor kan behöva olika utvärderingar 	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> Svårt dra slutsatser om optimal rehabilitering. Ina hittat systematiska översikter med hänsyn till integrerande/complexa utfallsmått, exempelvis samspillet med FPD, trauma, MS, utvärdering. Därför svårt bedöma evidens för utformning av individuella behandlingar för enskilda patienter. Begränsad kunskap om vilka patienter som bedöms lämpliga för MMR. Vinst med studier gjorda för svenska förhållanden. Begränsningar för evidensen. Mest studier gjorda för landryggsvärk. Övriga studier kan behöva granskas enligt RCT- eller NRS-registret.
<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> Projektgruppens styrka är att det finns olika yrkesbakgrund, representerar smärktjänster från olika delar av Sverige, intresse för patientgruppen antingen som forskare eller kliniker. Bra att oberoende grupper granskar problematiken från olika synvinklar. Kan vara värdefullt att jämföra resultaten från denna rapport med SBU:s senaste rapport om långvarig smärta och försmärta. Möjligen är tekniken av resultaten i denna rapport mer inriktad på vilken betydelse de kan ha för det kliniska arbetet t.ex. relevans för verksamheten. 	<p>Sammanfattning</p> <ul style="list-style-type: none"> MMR är en effektiv metod, måttlig effekt påvisas. Det finns svårigheter med aktuell metod för utvärdering av studierna p.g.a. att MMR är en komplex intervention och utgår från olika behov som återspeglas i olika utfallsmått, som presenteras samtidigt. Att använda en randomiseringsdesign och enskilda patienter är annan behandling medför stora problem när patienterna bedöms vara i behov av MMR. En alternativ är registerstudier på ex. NRS patientregister som innehåller data från många patienter, och låta dessa patienter bli sina egna kontroller. Registerstudier speglar det verkliga livet av patienter i MMR, denna styrka borde kunna värdas en del av de nackdelar metoden har jämfört med RCT-designen. Förståelse med NRS är att det speglar svenska förhållanden, finns uppföljningsdata efter intervention och efter 1 år. 	<p>Rekommendation vidare</p> <ul style="list-style-type: none"> Granskning av evidens för specifika diagnosgrupper. Behov av olika professioner i behandlingsgruppen, för olika patientgrupper. Värdering av överförbarhet av resultat från studier i andra länder. 	<p>Konklusion</p> <ul style="list-style-type: none"> Det finns stöd för att MMR interventionen positivt påverkar symptom med måttlig effekt. Studier visar minskad smärtintensitet, minskat katastroferande, depressiva symptom, ångest, kinesiofobi, och förbättrat livskvalitet med resultat bibehållna 6 månader efter behandlingen. MMR visade även lovande resultat för återgång till arbetet. Det saknas starkt stöd i de systematiska översiktens för påverkan av funktion och allmän hälsa.

MMR är en effektiv metod, måttlig effekt påvisas för minskat smärtintensitet, katastrofierande, depressiva symptom, ångest, rörelserädsla, och förbättrat livskvalitet

Svårighet med gällande metod för utvärdering av studierna. MMR är en komplex intervention och deltagarna har olika behov som återspeglas i olika utfallsmått, som presenteras samtidigt.

MMR visade även lovande resultat för återgång till arbetet.

Fysisk aktivitet

<p>Konklusion långvarig nacksmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> Övriga utvärderingsmetoder (t.ex. fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi, kognitiv funktionell rehabilitering, fysioterapi) används för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig nacksmärta och/eller huvudvärk. 	<p>Konklusion - långvarig ryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> Övriga utvärderingsmetoder (t.ex. fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi, kognitiv funktionell rehabilitering, fysioterapi) används för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig ryggsmärta och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig ryggsmärta och/eller huvudvärk. 	<p>Konklusion- fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> Övriga utvärderingsmetoder (t.ex. fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi, kognitiv funktionell rehabilitering, fysioterapi) används för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig fibromyalgi och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig fibromyalgi och/eller huvudvärk.
<p>Kliniska reflektioner</p> <ul style="list-style-type: none"> Fysisk aktivitet är mycket viktigt ur ett hälsoperspektiv både för att förbättra hälsan och minska risken för ohälsa. Enheten för fysisk aktivitet kan rekommendera fysisk aktivitet och funktionell rehabilitering till patienter med långvarig ryggsmärta och/eller huvudvärk. Detta kan vara en viktig del av en helhetlig och integrerad behandling som inkluderar fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi. 	<p>Kliniska reflektioner</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientinklusion i studier: <ul style="list-style-type: none"> Smärtsam utgång (kognitiv, neurologisk, neoplastisk eller en kombination) Smärtduration Gravitet av smärtan Tidigare erfarenheter, aktivitetnivå, rörelse- och balansinriktade preferenser för fysisk träning Träningsupplägget i studier varierar i hög utsträckning Biverkningar rapporterade i låg utsträckning - inga allvariga Fysisk aktivitet vid långvarig smärta bedöms vara en säker och väl tolererad behandling i de studier där detta studerats. 	<p>Konklusion- fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> Övriga utvärderingsmetoder (t.ex. fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi, kognitiv funktionell rehabilitering, fysioterapi) används för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig fibromyalgi och/eller huvudvärk. Utvärderingsmetoder som MMR är förbättring av utvärderingsmetoder för patienter på kort och lång sikt. MMR hade förmågan att öka eller minska risken för återkomst av smärta på kort och lång sikt. MMR program som innehåller övningar med övningar som fysisk aktivitet, kognitiv beteendeterapi och fysioterapi har visat sig vara effektiva för att förbättra funktionen hos patienter med långvarig fibromyalgi och/eller huvudvärk.

Evidens för att fysisk aktivitet kan minska smärta och förbättra funktionen hos patienter med långvarig rygg- och nacksmärta samt fibromyalgi.

Effekterna är små och den kliniska relevansen behöver diskuteras.

Störst effekt i jämförelse med ingen behandling eller passiva kontroller.

Svårt att urskilja om någon träningsform är mer fördelaktig

Arbetsinriktade interventioner

Konklusion

Högt vetenskapligt stöd för att "funktionshöjande program relaterat till arbete" (Intensive physical conditioning program) och måttligt vetenskapligt stöd för "arbetsplatsinterventioner" (Inkluderat Back school in occupational settings och Integrated care) av vilka det kan gälla åtgärder i arbetsmiljö för personer med långvarig ryggsmärta och muskuloskeletala smärtor.

Måttligt vetenskapligt stöd för "funktionshöjande program relaterat till arbete" (Inkluderat Self-management interventions at the workplace) förbättrar personens upplevda arbetsförmåga för personer med långvarig arm-, nack- och skulder smärta.

Måttligt vetenskapligt stöd för "individuell beteendemedicin med fysisk träning" (Inkluderat Tailored behavioural treatment) minskar sjukfrånvaro för patienter med långvarig muskuloskeletala smärtor som inte behöver komplexa arbetsmiljöinterventioner.

Herrera et al. 2005, Schabert et al. 2011, Schabert et al. 2011, Stenlund et al. 2010, Wessberg et al. 2010

Klinisk tillämpning

Interventioner som har fokus på arbete, ökad funktion, egna beteendestrategier, utifrån ergonomi och beteendemedicin med koppling till arbetsmiljön erbjuder arbetsmiljö för patienter med långvarig smärta.

Insatserna ges samordnat i team, utifrån individens behov och smärtor ofta i kombination av flera av nedanstående interventioner:

- Fokus på ökad funktion
- Lågt till patientens funktionsnivå, beteende och hälsa
- Öka utmaningen för att övervinna fysiska prestationsbegränsningar
- Individuella insatser
- Samordnade arbetsmiljöinterventioner och fysiska utmaningar
- Beteendemedicin
- Beteendemedicin relaterad till arbetsmiljön
- Beteendemedicin relaterad till fysisk träning

För patienter med långvarig smärta som inte behöver den komplexa arbetsmiljöinterventionen, kan utmaningar utvärderas i kombination med fysisk träning utifrån individens behov.

Herrera et al. 2005, Schabert et al. 2011, Schabert et al. 2011, Stenlund et al. 2010, Wessberg et al. 2010

Slutsats

Effektiva insatser för att främja arbetsåtergång, förbättra personens upplevda arbetsförmåga och minska minskad sjukfrånvaro:

- insatserna sker i relation till arbete
- utgår från individens funktion och behov
- en kombination av insatser
- samordnat av team

Herrera et al. 2005, Schabert et al. 2011, Schabert et al. 2011, Stenlund et al. 2010, Wessberg et al. 2010

Reflektioner

- Systematiska översikter från 2005-2010
- Inklusion av randomiserade kontrollerade studier (RCT) hade korreerat ge ett annat resultat
- Utvärdering genomtänkt
- Sakligt resultat för arbetsmiljö
- Sjukfrånvaringsstatistik och andra aktörers uppfattning förändras
- Förutom, de systematiska översikter vi fick fram hade hög kvalitet
- Bådar med vetenskaplig kunskap bringa effektiva insatser vid långvarig smärta

- Högt vetenskapligt stöd för att funktionshöjande program relaterat till arbete och måttligt vetenskapligt stöd för att arbetsplatsinterventioner är effektivt när det gäller **återgång i arbete**
- Måttligt vetenskapligt stöd för att funktionshöjande program relaterat till arbete förbättrar personens **upplevda arbetsförmåga**

Arbetsinriktade interventioner slutsatser: Effektiva insatser för att främja arbetsåtergång, förbättra personens upplevda arbetsförmåga och stödja minskad sjukfrånvaro:

- insatserna sker i relation till arbete
- utgår från individens funktion och behov
- en kombination av insatser
- samordnat av team

Utbildning och råd

Resultat

Utbildning och råd som enskild intervention vid långvarig smärta har låg evidens för effekt på smärtintensitet och låg-moderat evidens för att minska funktionsnedsättning ("disability").



Picture from Pictify

Resultat

De mest lovande resultaten sågs för utbildnings-formen "Pain Neuroscience Education" (PNE)

PNE visade sig ha effekt på smärta och funktion. Framförallt när PNE kombinerats med andra aktiva behandlingsformer (t.ex. fysioterapeutiska interventioner)



Picture from Pictify

Identifierade kunskapsluckor

- Ålder?
- Smärttillstånd?
- Innehåll i utbildningen?
- Längd på sessioner?
- Vem ger utbildningen?
- Kostnadseffektivitet?
- Patienternas erfarenheter?



Picture from Pictify

Slutsatser

- Enbart utbildning och råd som behandling vid långvarig smärta har begränsad-låg evidens för att reducera smärtintensitet.
- Utbildning och råd som enskild intervention har låg-moderat evidens för att minska funktionsnedsättning ("disability")




Picture from Pictify

Klinisk tillämpning

» Det finns vetenskapligt stöd för att utbildning och råd har effekt i behandlingen av långvarig smärta, och bör därför ingå i smärtrehabilitering.

» För att få bästa möjliga utfall bör utbildning och råd kombineras med andra evidensbaserade aktiva behandlingsmetoder.




Picture from Pictify

Utbildning och råd slutsatser:

- Begränsad låg evidens för att reducera **smärtintensitet**
- Låg till moderat evidens för att minska **funktionsnedsättning**

Klinisk tillämpning:

- Det finns vetenskapligt stöd för att utbildning och råd har effekt i behandlingen av långvarig smärta, och **bör därför ingå i smärtrehabilitering**
- För att få bästa möjliga utfall bör utbildning och råd **kombineras med andra evidensbaserade aktiva behandlingsmetoder**

Psykologiska interventioner

87 artiklar, 320 jämförelser i 20 metaanalyser

Långtidsuppföljning

Blandade diagnosgrupper

- **Kognitiv beteendeterapi:** liten effekt på **sinnesstämning** (högt bevisvärde),
- **Acceptance and Commitment Therapy (ACT):** medelstor effekt på **katastrofierande** (högt bevisvärde), **ångest** (måttligt bevisvärde), och **acceptans** (måttligt bevisvärde), samt på **funktion** (måttligt bevisvärde)

Fibromyalgi

- **Kognitiv beteendeterapi:** medelstora effekter på **smärta och trötthet** (högt bevisvärde) samt **sinnesstämning, funktion och smärthantering** (måttligt bevisvärde)

Pågående tillkommit översikter efter 2019 som skulle kunna påverka tolkningen av forskningsläget

KBT även små långtidseffekter på **smärta och funktion**
 Internet-ACT långtidseffekter på **funktion, smärtintensitet och psykiskt mående**

<p>Kognitiv beteendeterapi</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning liten effekt på sinnesstämning men inte jämfört med andra behandlingar (högt bevisvärde), och ingen effekt på smärta eller funktion (högt bevisvärde). • Ingen effekt efter 6 månader på smärta och funktion (högt bevisvärde) och ingen effekt på sinnesstämning (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på sinnesstämning men inte jämfört med andra behandlingar (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på funktion men inte jämfört med andra behandlingar (högt bevisvärde). • Medelstor effekt på katastrofierande medelstora medelstora vid långtidsuppföljning. 	<p>Beteendeterapi</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning ingen effekt på sinnesstämning (högt bevisvärde), smärta eller funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på sinnesstämning (högt bevisvärde), smärta eller funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på funktion (högt bevisvärde) och ingen effekt på sinnesstämning (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande medelstora vid långtidsuppföljning. 	<p>Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning medelstor effekt på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och acceptans (måttligt bevisvärde), samt på funktion (måttligt bevisvärde) med annan behandling (måttligt bevisvärde), men ingen effekt på smärta eller redsamhet (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och acceptans (måttligt bevisvärde) och funktion (måttligt bevisvärde), samt inte jämfört med annan behandling (måttligt bevisvärde). • Stor effekt efter 6 månader på smärta vid ACT jämfört med annan behandling (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt på katastrofierande medelstora vid långtidsuppföljning. 	<p>Mindfulness-baserade interventioner</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning medelstor effekt på katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), funktion (måttligt bevisvärde) och sinnesstämning (högt bevisvärde), men ingen effekt på smärta eller funktion (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde).
<p>iKBT (web-baserad KBT)</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning ingen effekt på ångest, redsamhet eller smärta (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på ångest, redsamhet eller smärta (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande, ångest, redsamhet och smärta medelstora vid långtidsuppföljning. 	<p>Hypnos</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medelstora effekter på katastrofierande akut samt vid långtidsuppföljning (måttligt bevisvärde). 	<p>KBT- insomni</p> <p>Blandade diagnosgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avseende långtidsuppföljning otillräckligt vetenskapligt underlag • Vid korttidsuppföljning stor effekt på insomni (högt bevisvärde) och medelstor effekt på katastrofierande och smärta (högt bevisvärde), men ingen effekt på funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde) och smärta (högt bevisvärde), men ingen effekt på katastrofierande eller ångest (högt bevisvärde). 	
<p>Kognitiv beteendeterapi</p> <p>Fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning medelstora effekter på smärta och trötthet (högt bevisvärde) samt sinnesstämning, funktion och smärthantering (måttligt bevisvärde), men inte på katastrofierande (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på smärta, sinnesstämning, funktion och katastrofierande (högt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde). 	<p>Mindfulness-baserade interventioner</p> <p>Fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avseende långtidsuppföljning otillräckligt vetenskapligt underlag • Ingen effekt på ångest, redsamhet eller katastrofierande (högt bevisvärde), smärta eller funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde). 	<p>iKBT (web-baserad KBT)</p> <p>Fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avseende långtidsuppföljning otillräckligt vetenskapligt underlag • Medelstor effekt efter 6 månader på smärta, sinnesstämning, funktion, smärthantering, katastrofierande (högt bevisvärde), katastrofierande, ångest och redsamhet (måttligt bevisvärde), samt inte jämfört med annan behandling (högt bevisvärde). • Ingen effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde) och smärta (högt bevisvärde). 	<p>Hypnos</p> <p>Fibromyalgi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde) och smärta (högt bevisvärde), funktion (måttligt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Ingen effekt på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde).
<p>Kognitiv beteendeterapi</p> <p>Necksmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning medelstora effekter på katastrofierande jämfört med annan behandling (måttligt bevisvärde) men ingen effekt på smärta, redsamhet eller funktion (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och funktion (måttligt bevisvärde). 	<p>Kognitiv beteendeterapi</p> <p>Ländryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning och akut medelstora effekter på smärta (måttligt bevisvärde) och katastrofierande (måttligt bevisvärde) jämfört med annan behandling (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Kognitiv terapi</p> <p>Ländryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning tydlig negativ effekt på katastrofierande och smärta (högt bevisvärde) och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Ingen effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Beteendeterapi</p> <p>Ländryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning ingen effekt på smärta (måttligt bevisvärde) och ingen effekt på katastrofierande eller katastrofierande jämfört med annan behandling (måttligt bevisvärde). • Ingen effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde).
<p>Operant terapi</p> <p>Ländryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vid långtidsuppföljning tydlig negativ effekt på katastrofierande och smärta (måttligt bevisvärde). • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>EMG/Biofeedback och progressiv avslappning</p> <p>Ländryggsmärta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otillräckligt vetenskapligt underlag avseende långtidsuppföljning. • Otillräckligt vetenskapligt underlag avseende långtidsuppföljning. • Otillräckligt vetenskapligt underlag avseende långtidsuppföljning. • Otillräckligt vetenskapligt underlag avseende långtidsuppföljning. 	<p>iKBT (web-baserad KBT)</p> <p>Neuralplasticitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avseende långtidsuppföljning otillräckligt vetenskapligt underlag • Medelstor effekt efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	
<p>Resultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Resultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detta är en översikt över de senaste årens forskning inom området för katastrofierande och katastrofierande. • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detta är en översikt över de senaste årens forskning inom området för katastrofierande och katastrofierande. • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde).
<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detta är en översikt över de senaste årens forskning inom området för katastrofierande och katastrofierande. • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Sammanfattning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Rekommendation vidare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detta är en översikt över de senaste årens forskning inom området för katastrofierande och katastrofierande. • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). 	<p>Konklusion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detta är en översikt över de senaste årens forskning inom området för katastrofierande och katastrofierande. • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde). • Medelstora effekter efter 6 månader på katastrofierande (högt bevisvärde), ångest (måttligt bevisvärde), och katastrofierande (måttligt bevisvärde).

Vad har vi lärt oss av detta arbete?

- Vikten av att interventioner baseras på ett vetenskapligt underlag
- Samarbete kliniker-forskare
- Ödmjukhet inför evidens
- Nya revideringar kommer att behövas
- Göra studier

Pågående arbete (1 juni workshop deltagande enheterna, 7-8 september dialog med NRS alla registrerande enheter)

Framtid (implementering, nya revideringar, vårdförloppets utvärdering)

Tack!



Rehabveckan 2023, Lund

"Framtidens rehabilitering – innehåll, metoder och arbetssätt – vart är vi på väg?!"



Smärtrehabilitering: evidens, utmaningar, och framtid

Evidensarbete vid smärtrehabilitering: ett samarbete mellan kliniker och forskare. Vad lär vi oss av det?

Paneldiskussion:
Rehabiliteringsmedicin:
neuro- och smärtrehabilitering.
Framgångsfaktorer, hinder och utmaningar

Paneldiskussion
Moderator: Marcelo Rivano Fischer

Hélène Pessah Rasmussen, Docent, överläkare, sektionschef, Rehabiliteringsmedicin Skånes Universitetssjukhus, Lunds universitet.

Britt-Marie Stålnacke, Professor, överläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin och smärtlindring Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, rehabiliteringsmedicin, Umeå universitet och Smärtcentrum NUS, NHHC, Norrlands universitetssjukhus, Umeå.

Björn Gerdle, professor emeritus, överläkare, specialist i rehabiliteringsmedicin och smärtlindring, Linköpings universitet.

Henrik Grelz, Bitr överläkare, specialist i Allmän Medicin och Smärtlindring, Tf Sektionschef och Områdeschef VE Smärtrehabilitering inom VO Neurokirurgi och Smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus, doktorand, Lunds universitet.

Mattias Hill, ST-läkare i Rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukhus, doktorand, Lunds universitet, ST-representant i styrelsen och medlem i utbildningsgruppen Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin.

Bakgrund:

ST läkare inom rehabiliteringsmedicin på olika sätt efterlyst en diskussion/dialog kring den utveckling som sker inom de stora område inom rehabiliteringsmedicin nämligen neuro- och smärtrehabilitering.

Det finns funderingar kring vilken riktning dessa område tar och vilken påverkan kan det ha för specialiteten.

Vidare har de organisatoriska förändringar som skett i flera sjukhus och regioner under ett antal år lett till att rehabiliteringsmedicinska kliniker delats.

Enheter och centra som fokuseras på antingen neuroområdet eller smärta har skapats. I vissa fall har dessa enheter hamnat under olika verksamheter och även under olika vårdnivåer.

Rehabiliteringsmedicin är en förhållandevis liten specialitet. Den utbildar läkare inom många viktiga områden som är attraktiva för flera organisationer inom och utanför hälso- och sjukvården.

Det har blivit svårare att rekrytera specialister inom rehabiliteringsmedicin inte minst inom smärtrehabilitering.

Frågor till panelen:

Vad är det som förenar och vad är det som skiljer neuro- och smärtrehabilitering?

Hur ska vi behålla den rehabiliteringsmedicinsk kompetensen i dessa områden?

Framgångsfaktorer, hinder och utmaningar?

