

Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken,
Danderyds sjukhus
Smärtrehab HUS 32

2014-12-19

”Du som är så ung kan väl inte ha så ont”

”Från hopplöshet till hopp”

**KARTLÄGGNING AV DEN UNGA SMÄRTPATIENTEN OCH
REHABILITERINGSINSATSER I SPECIALISTVÅRD OCH PRIMÄRVÅRD**

Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken,

Smärtrehabilitering

Danderyds sjukhus

2014-12-19

Åsa Agenstam

Monika Löfgren

Helena Melin

Ulla Osterman

Britt-Marie Öberg



2014-12-19

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	3
FÖRORD	4
DEFINITIONER	5
INLEDNING	6
BAKGRUND	6
MÅL	9
SYFTE	9
AVGRÄNSNINGAR	9
METOD	10
RESULTAT	11
AVSLUTANDE DISKUSSION	27
KONKLUSION	29
FÖRSLAG TILL FÖRBÄTTRINGAR	30
REFERENSER	31
DELRAPPORT 1	BILAGA 1
DELRAPPORT 2	BILAGA 2
HÄLSOEKONOMISK RAPPORT	BILAGA 3
PROJEKTBUDET	BILAGA 4

2014-12-19

Sammanfattning

Rehabilitering för unga vuxna (18-30 år) med långvarig smärta startade 2009 vid Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Danderyds Sjukhus AB. Denna rapport syftar till att kartlägga omhändertagandet av den unga smärtpatienten i primärvård samt utvärdera resultat av smärtherehabilitering i specialistvård och hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringen.

Resultaten visar att primärvården träffar få unga vuxna med långvarig smärta. De unga smärtpatienterna remitteras sällan till multimodal rehabilitering trots psykosocial problematik. Primärvårdens läkare ger uttryck för frustration relaterad till förutsättningarna för att möta behoven hos smärtpatienter.

De unga smärtpatienterna känner sig misstrodda i primärvården. Ensamhet, hopplöshet och en kamp mot smärtan för att upprätthålla sina vardagliga aktiviteter präglar deras livssituation.

Resultaten av rehabiliteringen är goda. De unga vuxna har förvärvat nya strategier, som handlar om att ta hand om sig själv, hitta balans mellan olika aktiviteter och inte låta smärtan hindra det som är viktigt i livet. De har gått från obalans och kaos mot ökad självständighet. Dock kvarstår en ökad sårbarhet för smärta och vardagens krav. Den negativa utvecklingen för arbetsförmågan i patientgruppen, som sågs innan rehabiliteringen, har bromsats och till viss del vänt. Den hälsoekonomiska analysen visade att detta kan ha skapat värden som överskrider programmets kostnader redan efter två år.

För att förbättra omhändertagandet i och samverka mellan specialistvård och primärvård behövs regionala riktlinjer. För att möta behov av smärtherehabilitering med ett optimalt resursutnyttjande bör rehabilitering för unga vuxna centraliseras till Smärtherehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB.

2014-12-19

Förord

Projektgruppen har fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms län att kartlägga den unga smärtpatienten och rehabiliteringsinsatser i specialistvård och primärvård. Kartläggning i primärvård är baserad på djupintervjuer av patienter, enkäter till primärvårdsläkare, intervjuer med ST-läkare och primärvårdssjukgymnast samt besök på två vårdcentraler. Kartläggning och utvärdering av specialistvården är baserad på data från Nationella Smärtregistret (NRS), granskning av patientjournaler från första besök på smärtrehabiliteringen samt hälsoekonomisk utvärdering av rehabiliteringsprogrammet. Uppdraget pågår fr.o.m. 2012-10-01 t.o.m.2014-12-31. Projektet har blivit godkänt av regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Vi vill tacka Lisbet Broman för värdefull hjälp med statistiken, psykolog Jenny Hiort för det fantastiska arbetet om patienternas situation i primärvården, leg. Arbetsterapeut Jasmina Insanic för effektivt och noggrant journalgranskningsarbete samt leg. sjukgymnast/fysioterapeut Heidi Olsson som ovärderlig projektmedarbetare under projektets första del, tack allihop! Tack även till Anders Gustavsson och Sara Hallberg på Quantify Research för gott samarbete och välskriven rapport!

Tack till alla våra patienter och kollegor för att ni gjort det möjligt för oss att arbeta med projektet!

Definitioner

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada(1).

Långvarig smärta kan definieras som ihållande eller återkommande smärta som varat längre än 3-6 månader(2).

Rehabilitering innebär insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån sina behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet(3).

Multimodal rehabilitering (MMR) är en metod för rehabilitering vid långvarig smärta med förhållandevis komplexa behov. Metoden förutsätter ett fast team med olika professioner, som planerar och samordnar åtgärder enligt ett visst program för att uppnå gemensamma mål som definierats tillsammans med patienten.(4)

Våld ”Våld är varje handling riktad mot en annan person, som genom denna handling skadar, smärftar, skrämmer eller kränker, får denna person att göra något mot sin vilja eller avstå från något som den vill”(5).

Våld i nära relationer är ett mönster av handlingar i nära relationer som är av fysisk, sexuell eller psykisk art alternativt handlar om social eller materiellt/ekonomisk utsatthet (6). Våld i nära relationer inbegriper utsatthet för våld av närstående eller att ha bevittnat sådant våld. Med närstående avses en person som den våldsutsatta bedöms ha en nära relation till.

Trauma kan definieras som händelse (en eller flera), som personen upplevt, bevittnat eller konfronterats med. Händelsen har inneburit ett faktiskt eller upplevt hot mot liv, allvarlig skada eller sexuellt övergrepp. Händelsen kan ha försatt personen i ett tillstånd av rädsla/skräck och faktisk eller upplevd hjälplöshet(7).

Inledning

Sedan 2009 erbjuds vid Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken, Danderyds Sjukhus AB multimodal rehabilitering för unga vuxna (18-30 år) med långvarig smärta. Unga vuxna har diagnoser som omfattas av rehabiliteringsgarantin. Smärttillståndet har hög grad av inverkan på det dagliga livet och nationella indikationer för multimodal smärtrehabilitering är uppfyllda(4). Den psykiatriska samsjukligheten i patientgruppen är hög. Psykiatrisk samsjuklighet medför i sig stora konsekvenser för individen, men bidrar också till svårigheter att hantera konsekvenser av långvarig smärta. Andelen våldsutsatta är stor.

De unga vuxna har svårigheter att etablera sig som självförsörjande i vuxenlivet. Många har svårt att fullfölja utbildning och upprätthålla full förmåga att arbeta. De har perioder av hög sjukfrånvaro – en del med aktivitetsersättning. Arbetslöshet under kortare eller längre perioder är vanligt liksom behov av försörjningsstöd.

Rehabilitering

Övergripande målsättning för rehabilitering vid Smärtrehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB är att skapa förutsättningar för ökad funktion och aktivitetsförmåga, ökad delaktighet och hållbar förmåga att arbeta eller studera. Rehabilitering sker i grupp utifrån programdeltagarens individuella mål under en period om 3-6 månader inkluderande rehabiliteringsutredning, föreberedande åtgärder och programdeltagande. Rehabiliteringsteamet (arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska) samverkar med patienten i rehabiliteringsprocessen. Med problembaserad metod ges träning i att se och uttrycka egna behov, formulera egna mål och följa upp dem successivt under programmet. Metoden avser att stärka tilltron till den egna förmågan att ta bättre hand om sig och ge verktyg för ökad självständighet. Unga vuxna följs via NRS (nationellt kvalitetsregister för smärtrehabilitering) före och efter rehabilitering. Kvalitetsregistret visar goda resultat, som tycks bestå vid uppföljning 1 år efter avslut. Emellertid saknas uppföljning på längre sikt liksom en hälsoekonomisk analys av långsiktiga effekter.

Bakgrund

Smärta

Förmågan att känna smärta är avgörande för människans anpassning till en komplex omgivning. Akut smärta utgör en viktig varningssignal för att skydda individen mot skador och ger upphov till förändringar i nervsystemet för att modifiera beteendet, befrämja läkning och ge förutsättningar för att undvika framtida skada.

Långvarig smärta är kvarstående eller återkommande smärta men kan inte enbart definieras som akut smärta utdragen i tiden. Modern smärtforskning har visat på betydelsen av förändringar i nervsystemet för uppkomst och vidmakthållande av långvarig smärta. Långvarig smärta kan därmed existera utan andra tecken till skada/sjukdom och eventuell förekomst av samtidiga psykiska symptom säger inte någonting om orsaken till smärta(8).

Risikfaktorer för långvarig smärta

Varför akut smärta bli långvarig är en fråga som diskuteras i många studier med fokus på olika samband och förklaringsmodeller. Många faktorer bidrar i varierande grad till uppkomst och/eller vidmakthållande av långvarig smärta (2, 9):

- Neurobiologiska faktorer inklusive genetik
- Tidigare smärta
- Initial smärtintensitet, antal och varaktighet av intermittenta akuta smärteepisoder
- Trauma i samband med smärtdebut (även tidigare trauma)
- Prevalensen ökar med stigande ålder
- Förekomsten av långvarig smärta är högre hos kvinnor
- Psykologiska faktorer (depression, ångest och katastroftänkande, emotionellt undvikande beteende och andra strategier för smärthantering)
- Arbetsrelaterade faktorer (höga krav på fysisk förmåga, ergonomi, psykosocial arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse)

Långvarig smärta

Långvarig smärta är vanligt i befolkningen. Förekomsten beräknas vara 40-50 % och huvuddelen har muskuloskelettal smärta. Tjugo procent har måttlig - svår smärta med stora konsekvenser för det dagliga livet och låg livskvalitet(2) (10). Detta motsvarar cirka 400 000 personer i Stockholms län. Om man använder samma procentsats (20 %) på åldersgruppen 18-30 år, innebär det att cirka 64 000 av länets 320 000 (SCB 2011) unga vuxna har minst måttlig smärta med konsekvenser för vardag och livskvalitet.

Uppgifterna om förekomsten av långvarig smärta bland barn och tonåringar varierar mellan olika smärttillstånd; 25-35 % anges ofta som prevalens i olika studier(2). Antalet med smärta ökar med stigande ålder. Andelen flickor med smärta är högre än andelen pojkar, och könsskillnaderna ökar med stigande ålder. Det är vanligt med fler än en smärtlokalisering. Barn med långvarig smärta rapporterar samma eller högre grad av funktionsnedsättning jämfört med barn som har andra kroniska sjukdomar(11).

Uppföljande studier har visat att smärta i barndomen tenderar att kvarstå. Många kommer att ha långvarig eller återkommande smärta i vuxenlivet. I en studie framkom att 75 % av tonåringar och unga vuxna efter 6 år hade kvarstående smärta om än med lägre intensitet. Högre smärtintensitet kvarstod hos kvinnor(12).

Depression och ångest är vanligt vid långvarig smärta och den hälsorelaterade livskvaliteten påverkas negativt (2). Detta gäller även de yngre åldersgrupperna.

Psykosociala faktorer, till exempel psykologisk sårbarhet, ångest och depression, har associerats med smärta hos tonåringar. Tonåringar med långvarig smärta har signifikant lägre livskvalitet än de utan smärta, och de har en högre grad av psykologisk sårbarhet.

Hög smärtintensitet och psykologisk sårbarhet är signifikant associerat till låg livskvalitet(13).

Smärta i primärvården

Smärta är ett obehagligt symptom på möjlig eller faktisk skada/sjukdom och en av de vanligaste orsakerna till kontakt med sjukvården. 20-40 % av primärvårdens besök utgörs av patienter som söker för olika typer av smärta varav hälften har långvarig

2014-12-19

smärta. Muskuloskelettal smärta är vanligast. Bland patienter i tonåren och ung vuxen ålder noteras samma andel med smärta som besöksorsak även om totalantalet patienter i denna åldersgrupp är liten(14, 15).

Handläggningen av patienter med långvarig smärta innebär en utmaning för primärvården enligt en multicenterstudie med 100 primärvårdsläkare i vardera 13 europeiska länder inklusive Sverige(16). Trots detta uppfattade primärvårdsläkarna enligt rapporten långvarig icke malign smärta som lågprioriterat inom hälso- och sjukvården. Smärtan och dess inverkan på livskvalitet ansågs av majoriteten vara otillräckligt utredd i primärvården. Handläggningen av långvarig smärta påverkas, enligt tillfrågade primärvårdsläkare, ogynnsamt av brist på tid, kunskap, riktlinjer för behandling och verktyg för bedömning(16). I en annan studie rapporterade primärvårdens läkare rapporterade arbetet med smärtpatienter som frustrerande med känslor av misslyckande och skuld. Man beskrev svårigheter, misstro och misstänksamhet i mötet med patienten. Läkarna kände patientkrav på tveksamt indicerade åtgärder som t ex förskrivning av opioida läkemedel och utredningar. Man kämpade med sin tilltro till patientens smärtupplevelse och eventuell sjukdomsvinst, vilket ökade frustrationen(17).

Patienter med långvarig smärta söker oftare sin primärvårdsläkare än andra patienter. Många patienter känner sig misstrodda, ifrågasatta och upplever att de bemöts med bristande respekt inom vården. De upplever att läkaren har bråttom, är avvisande och inte erbjuder någon information eller lösning på deras problem. Att få en diagnos stärker patientens trovärdighet, men de får ofta motstridiga besked angående behandling och prognos, vilket upplevs frustrerande(16, 2). Positiva relationer i primärvården karaktäriseras av att läkaren lyssnar, tror på patienten och beaktar patientens synpunkter angående behandling (18, 19).

Smärtrehabilitering

Mekanismerna bakom liksom konsekvenserna av långvarig smärta varierar och är olika för olika individer. Negativa konsekvenser kan i många fall minskas, men smärtan i sig kan sällan helt elimineras. Det finns idag vetenskapligt stöd för multimodal rehabilitering som behandling av långvariga, komplexa, icke-maligna smärttillstånd (2, 20).

Nationella indikatorer för multimodal smärtrehabilitering (MMR) har formulerats för ett omhändertagande på optimal nivå genom gradering av smärtans komplexitet(4). Komplexiteten bedöms utifrån smärtans intensitet, utbredning och förekomst av samsjuklighet med flera faktorer. Primärvården har enligt indikatorerna ansvar för initial utredning och rehabilitering av tillstånd med lägre grad av komplexitet. Inom primärvården upprättas nu även team för multimodal rehabilitering vid smärttillstånd med måttlig komplexitet (MMR I). Vid smärttillstånd med hög grad av komplexitet är det indicerat med multimodal rehabilitering inom specialistvården (MMR II)(4).

Våld

I statistik om utsatthet för hot eller våld ligger prevalensen på 6.0 % för både kvinnor och män. Åldersgruppen 16-24 år är de som är mest våldsutsatta. Här är prevalensen för män över 14 % och 9 % för kvinnor. För män minskar sedan procentsatsen markant till

2014-12-19

35-44 års ålder då den ligger på 4.5 % medan den för kvinnor fortsätter att vara på ungefär samma nivå fram till 55-64 års ålder då den går ner till ca 5.3%(21). Siffrorna styrks av rapporten från brottsförebyggande rådet där prevalensen för kvinnor som utsatts för hot under senaste året är 4.6%, där 1.3% varit utsatta för misshandel och 1.6 % för sexualbrott. För män är motsvarande siffror 3.9 %, 2.6 % respektive 0.3%(22).

Att vara involverad i mobbning oavsett vilken roll man har, har visat sig få negativa konsekvenser i vuxenlivet. Den största nedsättningen gällande hälsa, inkomst, beteende och sociala aspekter i vuxenlivet, återfinns hos de som är både offer och förövare men nästan samma negativa resultat gäller för de som varit utsatta för mobbing (offren) (23). Flera studier visar på en stark koppling mellan kronisk smärta och övergrepp eller försummelse under barndomen. Sådana barndomsupplevelser ger en ökad risk för kronisk smärta som vuxen. (24). Studier visar ökat samband mellan somatiska symtom och våldsutsatthet såsom sexuella övergrepp, våld i nära relationer eller barndomsstrauma hos både män och kvinnor, men kvinnor har svårare somatiska symtom. (25). Ökade stressnivåer dagtid har påvisats hos personer som varit utsatta för våld. De högsta stressnivåerna fanns hos de som varit med om emotionella eller sexuella övergrepp(26). Generellt så har kvinnor som upplevt våld i nära relationer högre grad av kronisk smärta än kvinnor som aldrig upplevt våld i nära relationer(27)

Mål

Ökad kunskap om hur unga vuxna med långvarig smärta upplever sin situation, vilka begränsningar och behov av rehabilitering de har.

Syfte

För att bättre kunna möta Unga vuxnas behov av rehabilitering i samverkan med primärvård och nå långsiktigt hållbara resultat.

Frågeställningar

Delprojekt 1 Den unga smärtpatienten i primärvård. Primärvårdens omhändertagande av patientgruppen och samarbete mellan primärvård och specialistvård. Förslag på förbättringsområden.

Delprojekt 2: Långtidsuppföljning av multimodal smärtrehabilitering. Utvärdering av långsiktigt hållbara resultat och hälsoekonomiska effekter av multimodal smärtrehabilitering (MMR II) för patientgruppen.

Delprojekt 3: Den unga smärtpatienten i specialistvården. En systematisk beskrivning av patientgruppen, deras rehabiliteringsbehov och resultat av deltagande i multimodal rehabilitering (MMR II).

Avgränsningar

I uppdraget ingår inte att föreslå förändringar avseende primärvårdens uppdrag.

Metod

Enkäter till läkare i Primärvård

Enkät utformades för att ge en bild av primärvårdsläkarnas erfarenhet av unga vuxna med långvarig smärta. Vi skickade 1157 enkäter till 107 av 220 vårdcentraler (VC) i Stockholms län. Valet av VC gjordes för att få geografisk och storleksmässig spridning, varierande driftsform, remitterter och icke-remitterter. Enkät skickades också till akademiska VC och VC med MMR I-uppdrag.

Frågor ställdes om antal listade på vårdcentralen, antal patienter (oavsett ålder) som söker för långvarig smärta och andelen unga vuxna som gör det. Vanligaste smärtlokalisering, förekomst av psykisk ohälsa och sociala problem liksom val av behandling och rehabiliteringsåtgärd efterfrågades. Frågor om remittering till specialistvård för smärtrehabilitering ingick. Enkäten avslutades med öppna frågor angående prognos och övriga synpunkter samt uppgift om besvarande läkares kompetens och kön. Enkätens omfattning begränsades för att kunna besvaras utan längre tidsåtgång än 5 min.

Som komplement till enkäten tillfrågades besvarande läkare om deltagande i kortare telefonintervju (20 min) med syfte att göra en fördjupning av frågorna i enkäten.

Enkäter ingående i Nationella registret över Smärtrehabilitering (NRS)

Unga vuxna vid Smärtrehabiliteringen, Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken Stockholm, Danderyds sjukhus AB, ombuds fylla i de frågeformulär som ingår i Nationella registret för Smärtrehabilitering (NRS) före, efter och ett år efter rehabilitering. Unga vuxna samtycker samtidigt till att aidentifierade data används för utvärdering och forskning. Alla data från NRS enkäter lagras i NRS registret. De kliniker som ingår i NRS kan när som helst göra utdrag av egna data för uppföljning och forskning. De beskrivningar och resultat som presenteras i rapporten kommer alla från NRS, utom resultat som presenteras från journalgranskning. Unga vuxna har i samband med uppföljningen blivit ombudda att fylla i samma enkäter tre år efter rehabiliteringen.

I NRS registreras demografiska data, smärtvariabler, ångest och depression med Hospital anxiety and depression scale (HADS), nuvarande hälsotillstånd (EQ5DVAS), hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D index och SF-36), rörelserädsla med Tampa scale (TSK) och engagemang i aktivitet och villighet att känna smärta i Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ).

Dataanalys har gjorts med IBM SPSS Statistics version 22. För sammanställning av bakgrundsdata användes beskrivande statistik. För beräkning av förändringar inom gruppen över tid användes icke-parametriska metoder.

Journalgranskning

Syftet med journalgranskningen var att på ett fördjupat sätt beskriva Unga vuxna och deras problematik. De journaler som granskats är nybesöksjournaler från besök hos alla teammedlemmar i det tvärprofessionella teamet på Smärtrehabiliteringen; arbetsterapeut, kurator, läkare, psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska. Journalerna har granskats utifrån en journalgranskningsmall där ett antal variabler eftersöktes och

2014-12-19

kvantifierades. Variablerna är: Problem med mat och mage, problem med sömn, aktivitetsbeteende, aktivitetsfunktion, ångest, depression, undvikande beteende, tidigare eller pågående kontakt med psykiatri, utsatthet för våld inklusive mobbing, samt om de upplevt svåra psykiska och fysiska påfrestningar under livet.

Intervjuer

Två delstudier i projektet består av individuella intervjuer med patienter. I den första delstudien, ”Unga smärtpatienters upplevelse av bemötande inom primärvård”, intervjuades elva patienter (10 kvinnor 1 man) om erfarenheter i vården. Intervjuerna genomfördes innan de hade påbörjat sin bedömning och rehabilitering vid Smärtrehabiliteringen. I den andra, ”Från kaos och obalans mot självständighet, en treårsuppföljning efter rehabilitering”, intervjuades 12 patienter (10 kvinnor 2 män) om effekterna av rehabiliteringen och om vilka smärthanteringsstrategier de använde sig av tre år efter rehabiliteringen.

Samtliga intervjuer var semistrukturerade med öppna frågor och följdfrågor som formulerats i en intervjuguide. Intervjuerna spelades in och skrevs ut ordagrant. Intervjuerna analyserades enligt metoden Innehållsanalys. Designen i båda delstudierna var ”emergent”, vilket innebär att datainsamling och analys pågår parallellt. På så sätt kan nya kunskaper tas tillvara och fördjupas i kommande intervjuer.

Hälsoekonomi

För beräkningar av de hälsoekonomiska effekterna av rehabiliteringen användes

1. data på livskvalitet (EQ5Dindex) från NRS
2. uppgifter från försäkringskassan om sjukfrånvarotillfällen längre än 14 dagar och uppgifter om sjuk- och aktivitetsersättning gällande tidsperioden från 2 år före individens start av rehabilitering till tre år efter, totalt uppgifter från fem år för varje individ
3. uppskattad kostnad för rehabiliteringsprogram.

Med utgångspunkt i dessa uppgifter beräknades förändring i arbetsförmåga, kostnader för sjukfrånvaro och uppskattad samhällsvinst från rehabiliteringen. Beräkningen av de hälsoekonomiska effekterna utfördes av Sara Hallberg och Anders Gustavsson på Quantify Research. Deras fullständiga rapport bifogas som bilaga (bilaga 3).

Resultat

Kartläggning av Primärvården

Primärvården – Enkät och intervjuer

Enkät till primärvårdens läkare besvarades av 140 personer. Någon telefonintervju, för att fördjupa bilden av primärvårdens erfarenhet av unga vuxna med långvarig smärta, gick inte att få till stånd. I stället intervjuades två ST-läkare i allmänmedicin och en sjukgymnast som tidigare arbetat i MMR I-team. Vi träffade även medarbetare vid två vårdcentraler och deltog i ett möte på Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen tillsammans med personal från vårdcentraler som har MMR I-uppdrag.

2014-12-19

Enkätsvaren är representativa avseende geografisk spridning, storlek, driftsform och andel remitterande vårdcentraler, och läkarna svarat likartat på de flesta frågor. Men svarsfrekvensen är låg (12 %), varför svaren bör tolkas med försiktighet. De intervjuade personerna, deltagarna vid ovan nämnda möten och de unga vuxna gav en likartad bild som de besvarade enkäterna.

Resultaten beskrivs utförligt i bilaga 1.

Primärvårdens bild av patienten

Primärvårdens läkare träffar få unga vuxna med långvarig smärta enligt enkäten, vilket bekräftas vid intervjuer och möten. Smärtan förefaller vara mer lokaliserad hos unga. Unga vuxna söker för huvudvärk, magont och mer lokala muskuloskelettala smärtor som t ex ryggproblem. De bedöms ofta ha en psykiatrisk samsjuklighet och sociala problem. Hur man bedömer prognosen varierar; drygt 40 % anger att prognosen är dålig och 20 % att den är god.

Få unga vuxna med långvarig smärta kommer till MMR I-teamen. De som är unga deltar i rehabiliteringsprogram med övriga smärtpatienter. Erfarenheten är dock att inte alla unga vill gå i rehabilitering. Det upplevs svårt att fånga upp dessa patienter. Man uppfattar att de endast vill ha läkemedel. En del patienter har ett opiatberoende.

Smärtpatienter en utmaning för primärvården

Primärvårdsläkarna uttrycker intresse för smärtpatienter och en vilja att göra något för patienten. Men de ger också uttryck för frustration, när utredningar inte ger underlag för diagnos, föreslagen behandling inte hjälper och man saknar redskap för att komma vidare.

Tidsbrist och begränsad möjlighet att boka återbesök lyfts av många som en svårighet i komplexa fall. Vid vissa vårdcentraler uppges brist på läkare med specialistkompetens som bidragande till svårigheter.

Läkemedel

En av de vanligaste insatserna är läkemedelsutprovning. Man ordinerar i huvudsak lättare analgetika och SSRI. Få läkare uppges att de forskriver opioida läkemedel. Opiatberoende upplevs problematiskt. Osäkerhet kring patientens compliance uttrycks.

Unimodal rehabilitering

Rekommendation om kontakt med sjukgymnast är vanligast. Då remiss inte krävs, får läkare sällan information om patienten tagit kontaktat med sjukgymnast och vilka insatser som varit aktuella. Det varierar vad som erbjuds vid olika sjukgymnastmottagningar. Tidsmässigt avgränsade träningsprogram med varierat innehåll erbjuds individuellt eller i grupp.

Vissa vårdcentraler har tillgång till kurator och/eller psykolog som kan erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) vid långvarig smärta. Kommentarer från de som besvarat enkäten visar att man uppfattar sjukgymnastik och KBT som en bra kombination, men att tillgången till KBT är begränsad.

Multimodal rehabilitering

Utifrån enkäten remitterar primärvårdsläkarna sällan unga vuxna till multimodal

2014-12-19

smärtrehabilitering. De remisser som skrivs, skickas till olika mottagningar i länet. Det framkommer av enkätsvar och möten med primärvårdsläkare viss osäkerhet kring de olika aktörernas uppdrag.

Inom primärvården finns ett tiotal team som arbetar med MMRI för patienter med långvarig smärta med viss grad av komplexitet. Verksamheterna befinner sig i olika faser i uppbyggnaden av rehabiliteringsprogram. Det är olika i vilken utsträckning primärvårdens läkare känner till MMR I-teamen, verksamheter med MMR II och vad det vårdval som infördes 1 oktober 2014 kommer att innebära.

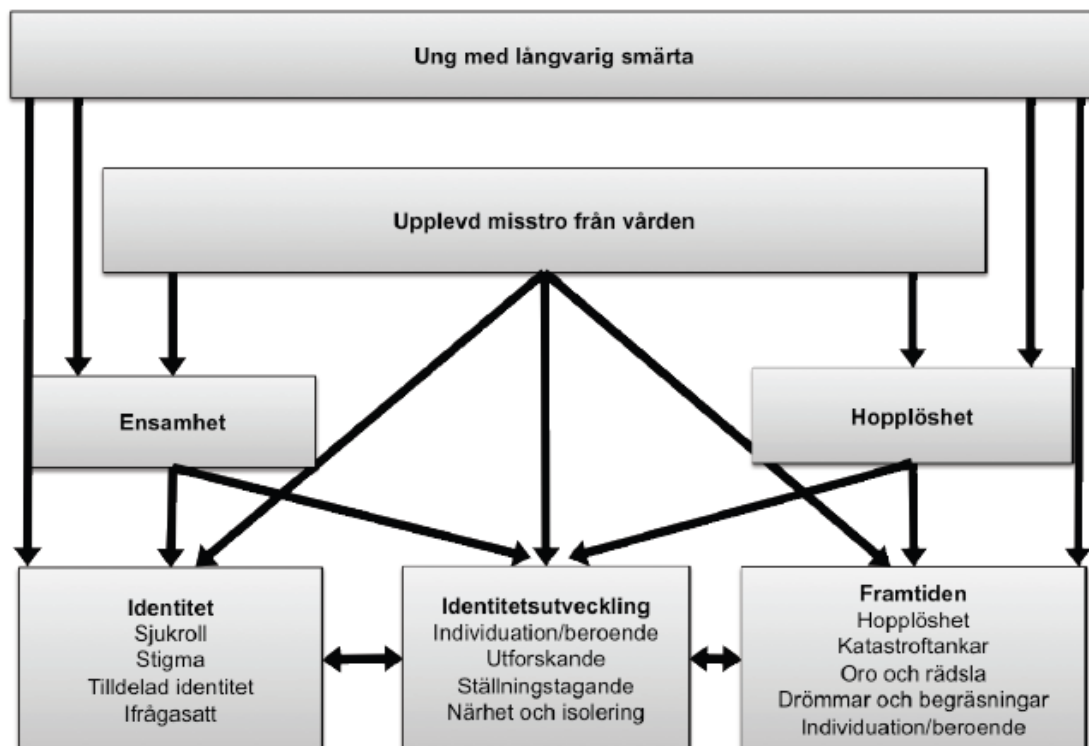
Kommunikation med specialistvården

Kontakten med primärvårdens läkare via enkät eller samtal visar önskemål om information om långvarig smärta, om rehabilitering, remissinstanser och om remissinnehåll. Lättillgänglig information angående smärtrehabilitering saknas i stor utsträckning.

Bristande kommunikation mellan aktörer i samband med såväl unimodal som multimodal rehabilitering upplevs. Många tar upp vikten av tydlig information från aktuell rehabiliteringsperiod och fortsatt planering för patienten. Man tar också upp den rundgång som kan bli mellan primärvård (inkl MMR I) och specialistvård (MMR II). Önskemål om aktivt samarbete runt enstaka svårbehandlade patienter uttrycks.

Unga vuxna i primärvården

Resultat av intervjustudie:



Figur 1. Psykologiska konsekvenser för unga vuxna av långvarig smärta och misstroende inom vården.

Närhet och isolering är temat för den unga vuxna. Ung vuxen tiden är en tid med stort

2014-12-19

självfokus och identitetsutveckling i yrkesliv och kärleksrelationer.

Misstro

Unga vuxna upplevde av att läkarna inte lyssnade på dem, att de var oengagerade och saknade kunskap om smärta. De kände sig misstrodda i sjukvården och saknades en plan för vården. Unga vuxna ville bli tagna på allvar och bekräftade. De ville få hjälp med strategier och att hantera smärtan. De blev framför allt erbjudna behandlingar i form av medicinering och sjukgymnastik. Unga vuxna saknade förklaring till smärtan.

Ensamhet

Upplevelsen av att vara missförstådd gjorde att de unga vuxna kände sig ensamma. De fick stå ut och kämpa på egen hand. I perioder av intensiv smärta hjälpte ingenting vilket ledde till en känsla av hjälplöshet. När de fick kämpa ensamma förlorade de tilliten till sjukvården. Många känslor av oro, rädsla, ledsenhet, ilska uppkom när de kände sig misstrodda. Detta hanterade en del genom att tvinga sig att göra saker de inte mådde bra av, andra genom att resignera och ligga i sängen. Stöd från närstående upplevdes i varierande grad. En del hade stort stöd och andra blev ifrågasatta. De upplevde skillnad i bemötande från vården när en närstående var med. De flesta drog sig undan från sociala sammanhang när de hade ont.

Hopplöshet

Unga vuxna förlorade hoppet om framtiden och om att bli bättre, när de kände sig misstrodda. De kände en rädsla inför framtiden; hur det skulle bli med jobb och familj. En del blev ledsna när de tänkte på att smärtan inte skulle gå över, andra undvek att tänka på smärtan. De arbetade, eller var sjukskrivna i olika omfattning. De kämpade mycket för att klara av sina jobb.

Identitetsutveckling

Identiteten påverkas av misstroende. I tonåren, där bevästande av identitet är centralt, ger misstro större effekter än hos vuxna som redan format sin identitet.

Unga vuxna upplevde att de uppfattades av andra som arbetskygga och lata, medan de själva hade en annan bild. Misstroendet från vården resulterade i olika hanteringsstrategier för de unga. En del undvek att söka vård. Andra kämpade och tjatade till sig vård vilket förstärkte deras sjukroll. De önskade bekräftelse på upplevelsen av smärta. Att få en diagnos upplevdes som en bekräftelse på att smärtan tagits på allvar.

Unga vuxna hade svårt att inta en vuxenroll med svårigheter att vara självförsörjande och deras liv styrdes av smärtan. De hade inte fått någon kunskap om smärtan och heller ingen hjälp om hur smärtan ska hanteras. De beskrev begränsat umgänge med omgivningen och ökat beroende av familjen, vilket skulle kunna vara identitetshämmande. På grund av smärta och rädsla utforskades inte identiteten utan de strävade istället efter en sjukroll. De hade en tilldelad identitet som smärtpatient genom sin strävan efter en sjukroll. Detta innebar mindre jagstyrka och flexibilitet.

Studien indikerar att unga vuxna oroade sig mycket för framtiden och hade svårt att hålla fast vid beslut då tillvaron var osäker och styrd av smärtan. Mycket av den oro och rädsla som unga vuxna förmedlade kring framtiden handlade om hur smärtan skulle utvecklas, hanteras och behandlas, samt hur livet skulle begränsas av smärtan.

2014-12-19

Osäkerheten inför framtiden kan ha samband med att de unga vuxna begränsats i sin identitetsutveckling, då de är fortsatt beroende av föräldrar i en tid då utforskande ska ske frigjort från föräldrar.

Kartläggning av specialistvården

Totalt ingick 27 personer i uppföljningen. I de olika delarna av resultatredovisningen finns skillnader beträffande antal personer. Detta på grund av att svarsfrekvensen skiljer sig mellan de olika enkäterna, och att unga vuxna givit olika medgivanden till datauttag. Alla har till exempel inte samtyckt till datauttag ur journal.

Beskrivning av patientgruppen

Nationella registret över smärtrehabilitering (NRS)

Demografiska data

Bakgrundsdata för de 21 personerna före rehabiliteringen presenteras i tabell 1. Medelåldern i gruppen var 26 år, de flesta var kvinnor och ett fåtal hade en härkomst utanför Norden. Majoriteten hade slutfört gymnasial utbildning.

Tabell 1. Demografi över patienter som deltagit i rehabilitering och besvarat NRS före rehabilitering, vid avslut och vid treårsuppföljning (n=21).

Sociodemografi	n=21
Ålder, m (min-max)	26 (20-34)
Andel kvinnor, n (%)	19 (90)
Icke-nordisk härkomst, n (%)	3 (15)
Arbetar i någon utsträckning, n (%)	13 (62)
Gymnasium, n (%)	14 (74)
Universitet/högskola, n (%)	4 (21)
Annat	1 (5)

Smärta

De unga vuxna hade haft smärta under lång tid före rehabiliteringen. Medianvärdet var 3 år och 7 månader, men variationen var stor; från 9 månader till 17 år.

Smärtintensiteten var hög och den huvudsaklig smärtlokaliseringen varierade bland unga vuxna i gruppen. Sextioåtta procent angav att ingen specifik huvudsaklig smärtlokalisering; smärtan varierande. Många angav att smärtan var utbredd i stora delar av kroppen. Medianvärdet var 18 smärtlokaliseringer, vilket innebär att smärta känns i minst halva kroppen (tabell 2).

Unga vuxna hade i stor utsträckning sökt läkare under året före rehabilitering.

Tabell 2. Beskrivning av smärtvariabler hos patienter som deltagit i rehabilitering och besvarat NRS före -, efter- och tre år efter rehabilitering (n=19-21).

Smärtvariabler före rehabilitering (n=19-21)	
Tid sedan smärtdebut, median (min-max)	3 år 7 mån (9 mån-17 år)
Tid med ihållande smärta, median (min-max)	3 år 10 mån (10 mån-7½ år)
Smärtintensitet*, median (min- max)	7 (4 – 10)
Andel patienter som senaste året sökt läkare fler än 4 ggr, n (%)	15 (79)
Antal smärtlokalisationer, median (min-max)	18 (2-32)

*0=ingen smärta, 10=värsta tänkbara smärta

Journalgranskning

Två tredjedelar av Unga vuxna var vid nybesök boende i länets norra kommuner och 80 % var remitterade från primärvården. Många patienter hade haft flera vårdkontakter innan remittering både inom primärvård och inom specialistvård. En tredjedel hade tidigare erfarenhet av mer specialiserade rehabiliteringsinsatser inklusive multimodal rehabilitering.

”Smärta”

Många patienter beskrev en lång historia med smärta, även om den smärta som föranlett remissen kunde varat kortare tid. Nästan 70 % hade haft en smärtproblematik med debut före 18 års ålder (Tabell 3).

Smärtintensiteten var hög och med generell smärtutbredning hos många. Fibromyalgi var vanligaste diagnos; drygt 60 %. Bland övriga diagnoser fanns smärta efter ortopediska ingrepp, hypermobilitetssyndrom, långvarig nack- och ryggsmärta samt posttraumatisk huvudvärk och nacksmärta inklusive sena effekter av whiplash-trauma.

Tabell 3. Beskrivning av smärtdebut vid olika åldrar och diagnoser

n=19	Smärtdebut – före 10 års ålder	Smärtdebut – 10-18 års ålder	Smärtdebut – efter 18 års ålder	Trauma vid debut/ försämring
Fibromyalgi (n=12)	3	7	2	4
Övriga (n=7)	1	2	4	4
	4	9	6	8

”Mat och Mage”

Hälften av alla patienter hade problem med mat och/eller mage. Problemen innefattar att hålla matrutiner och äta varierad kost, men kan även vara förenat med ätstörning, fetma eller andra tillstånd med svårigheter att behålla mat. Det kan också vara frågan om överdrivet nyttig kosthållning eller motsatsen; att dricka flera liter coca-cola eller energidryck per dag. Det kan innebära problem med avföring eller gaser.

”Sömn”

Alla patienter berättar om sömnsvårigheter relaterade till smärta, men även till oro och problem att koppla av. Patienten kan ha problem med insomning, frekventa uppvaknanden och svårigheter att somna om. De känner sig sällan utvilade och har svårt att gå upp på morgonen. De flesta känner sig trötta och utan energi.

2014-12-19

”Beteende i aktivitet”

Aktivitetsbeteende beskriver hur man förhåller sig till aktivitet. Ett högt aktivitetsbeteende karaktäriseras till exempel av stress i aktivitet och liten återhämtning. Ett lågt aktivitetsbeteende yttrar sig som passivitet med mycket vila och undvikande av aktivitet. ”Allt eller inget” beteende inleds ofta med en dag då allt utförs i högt tempo. Detta åtföljs av en eller flera dagar med en låg aktivitetsnivå och passivitet.

”Funktion i aktivitet”

Aktivitetsfunktion är uttryck för den fysiska funktionen i aktivitet; det som personen klarar och inte klarar rent kroppsligt. Att kunna hoppa eller springa är exempel på hög funktionsnivå. Att inte kunna ta sig ner på golvet är exempel på låg funktion. Blandad funktion innebär att den faktiska funktionsnivån är hög, men den påverkas av nedsatt uthållighet och ökad uttrötthet fysiskt och psykiskt. Många har svårt att hitta balans i aktivitet och pendlar mellan att försöka upprätthålla samma höga aktivitetsnivå som före smärtdebut och att ha en mycket lägre aktivitetsnivå än tidigare.

Tabell 4. Antal patienter som i journalen beskriver olika problem.

Område	Antal n=23	Procent
Problem med mat och mage	12	52 %
Problem med sömn	23	100 %
Beteende i aktivitet lågt	9	39 %
Beteende i aktivitet högt	3	13 %
Beteende i aktivitet ”allt eller inget”	11	48 %
Funktion i aktivitet hög	6	26 %
Funktion i aktivitet låg	9	39 %
Funktion i aktivitet blandad	8	35 %

”Psykiatrisk samsjuklighet och psykosocial problematik”

Psykiatrisk samsjuklighet framkom hos de flesta patienter vid bedömning före rehabilitering. De flesta patienter hade hög ångestnivå och varierande grad av depressivitet. Några patienter hade dessutom en mer komplex psykiatrisk problematik med diagnosticerad eller misstänkt ADHD/ADD och instabil personlighet.

Många av Unga vuxna hade upplevt olika former av psykosocial påfrestning under barndom och/eller i vuxen ålder. De angav olika livshändelser som påverkat dem; till exempel uppväxt med dysfunktionell förälder, olycka/sjukdom och våldsutsatthet. Samma patient kunde ha haft flera händelser med stor inverkan på deras liv. Ungefär hälften hade varit utsatta för våld.

2014-12-19

Tabell 5. Antal patienter som i journalen beskriver olika problem.

Område	Antal n=23	Procent
Ängest	19	83%
Depression	18	78%
Undvikande smärta	14	61%
Tidigare eller pågående kontakt med psykiatri	9	39%
Utsatt för våld (inkl mobbing)	10	43%
Upplevt svåra psykiska och/eller fysiska påfrestningar under livet en del flera (en person kan ha upplevt flera)	24	
Fler än 2 negativa livshändelser	7	30%
Antal år sedan smärtdebut median (min-max)	11	(1-20)

Våld

Våldsutsatthet och andra svåra fysiska och/eller psykiska påfrestningar var vanligt. De hade varit utsatta för mobbing, för våld alternativt bevittnat våld inom familjen. De hade vuxit upp med bristande omsorg från föräldrar. Det hade funnits missbruk eller ohälsa i familjen. Många hade tidigt tagit vuxenansvar för sig själva och i vissa fall även för andra familjemedlemmar.

Hösten 2011 gjorde kuratorerna vid Smärtrehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB en kartläggning av förekomsten och erfarenhet av våldsutsatthet. I åldersgruppen 18-30 år var det 74 % som svarade ja på frågan om våldsutsatthet. Tre av fyra ungdomar kom från mycket svåra förhållanden. Detta att jämföras med åldersgruppen 30 år och äldre där 58.5% svarade ja på samma fråga. En ny kartläggning gjordes under 2014. Då svarade 61 % att de varit våldsutsatta. De berättade bland annat om utsatthet från förälder, syskon, partner och om mobbing i skolan. Tydligt blev att patienterna tenderade att normalisera mångårigt, upprepat våld och kränkningar utan att själva klassa detta som våldsutsatthet.

Utvärdering av långsiktigt hållbara resultat och hälsoekonomiska effekter av multimodal smärtrehabilitering (MMR II) för patientgruppen.**Resultat från NRS, före, efter och 3år efter rehabilitering**

Resultaten som presenteras i treårsuppföljningen baseras på data från de 21 personer som har svarat på NRS enkäter före-, efter- och vid uppföljning tre år efter rehabiliteringen.

EQ5Dindex

Medianvärdet för de patienter (n=19) som deltog i UV var 0,099 före rehabilitering, vilket är långt under de andra gruppernas värden. Efter rehabilitering höjdes

2014-12-19

medianvärdet till 0,587 och tre år efter till 0,620. Vid samtliga tillfällen var spridningen stor. Förbättringen från före till tre år efter rehabilitering var signifikant ($p=0,020$).

Unga vuxnas skattning av EQ5D index ligger trots förbättringen under många andra gruppers värden (figur 2). EQ5D indexvärde för normalbefolkningen är 0.83, för andra diagnosgrupper ligger indexvärdet lägre; diabetes (0.74), mental distress (0.72), angina pectoris (0.70) och ryggsmärta (0.66).

Ett indexvärde på 0,6 antyder att arbetsåtergång är möjlig hos personer med långvarig ryggsmärta(28).

Enligt NRS beräknas att patienten förbättrats kliniskt signifikant i EQ5Dindex om de förbättras med minst 0,1. Med denna definition förbättrade 44 % av unga vuxna sitt hälsotillstånd från före till efter rehabiliteringen och 56 % förbättrade sitt hälsotillstånd från före till tre år efter rehabiliteringen. En grupp deltagare ($n=4$ (20 %)) skattar under 0,3 vid alla mättillfällen, det vill säga deras livskvalitet är efter rehabilitering kvar oförändrad på en mycket låg nivå.

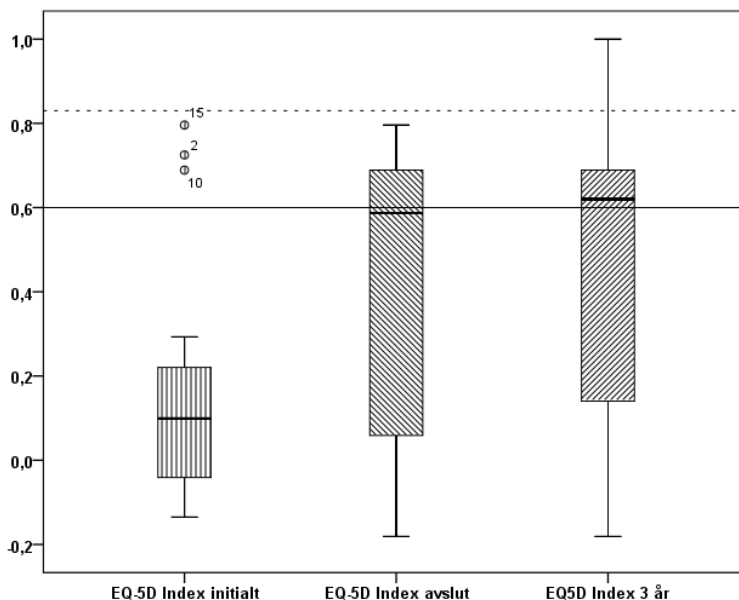


Fig 2. Unga vuxnas ($n=19$) skattning av hälsorelaterad livskvalitet i EQ5Dindex före, efter och tre år efter rehabilitering. Referenslinjer för beräknad arbetsförmåga (heldragen linje) och normalpopulation (prickad linje) .

Unga vuxna ($n=21$) skattade sitt nuvarande hälsotillstånd på EQ5D VAS (0= sämsta tänkbara tillstånd, 100 = bästa tänkbara tillstånd) i NRS. Medianvärdet för skattningen var före rehabilitering var 33, efter 50 och tre år efter 60. Vid samtliga tillfällen var spridningen stor. Förbättringen från före rehabilitering, till efter och ett år efter var signifikant ($p=0,01$)

Förbättringen anses kliniskt signifikant om skattningen av VAS förbättras 20 skalsteg. Med denna definition förbättrades 40 % av unga vuxna i sitt hälsotillstånd från före till ett år efter rehabiliteringen och 52 % förbättrades efter tre år.

SF-36

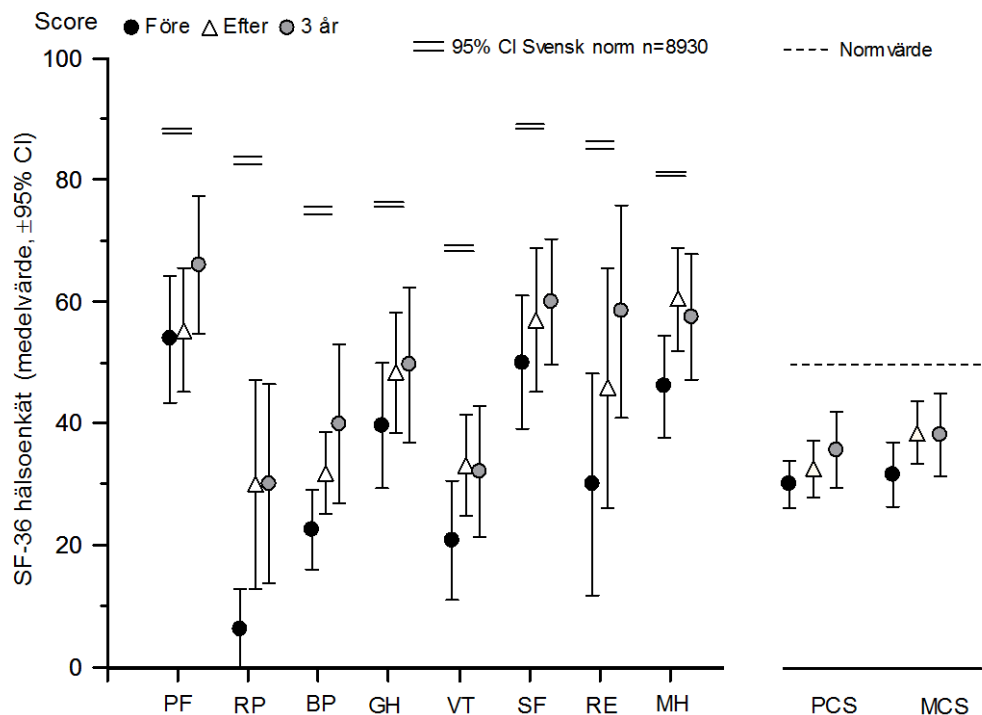
Hälsorelaterad livskvalitet skattat med SF-36 Hälsorelaterad livskvalitet skattades med SF-36 (figur 3) med delskalorna: Fysisk funktion (PF), Rollfunktion fysisk (RP), Smärta

2014-12-19

(BP), Allmän hälsa (GH), Vitalitet (VT), Social funktion (SF), Psykiskt välbefinnande (MH) och summaskalorna fysisk hälsa (PCS) och psykisk hälsa (MCS).

Unga vuxna (n=20) förbättrades i samtliga delskalor efter rehabilitering (figur 3), förbättringen var signifikant ($p \leq 0,05$) i delskalorna i delskalorna RP, BP, MH och summaskalan MCS. Vid samtliga tillfällen var spridningen stor. Efter tre år hade de flesta förbättringar bibehållits eller fortsatt att förbättras efter avslut, utom i delskalorna vitalitet och mental hälsa där förbättringen föll tillbaka något. Förbättringarna var signifikanta i delskalorna RP, RE och MH. Trots förbättringen efter rehabilitering ligger unga vuxnas skattningar långt under svensk normbefolkning.

Dessa resultat bekräftas av magisterstudie på patientgruppen som visar att observerad stabilitet, andning och koordination i funktion observerat av sjukgymnast före och efter rehabiliteringsprogram, gick mot ökad hälsa. Unga vuxna skattade också mindre begränsning i sina liv och ökad fysisk aktivitet efter rehabiliteringsperioden medan grad av muskelspänning och smärta upplevdes lika efter som före rehabiliteringen. (29)



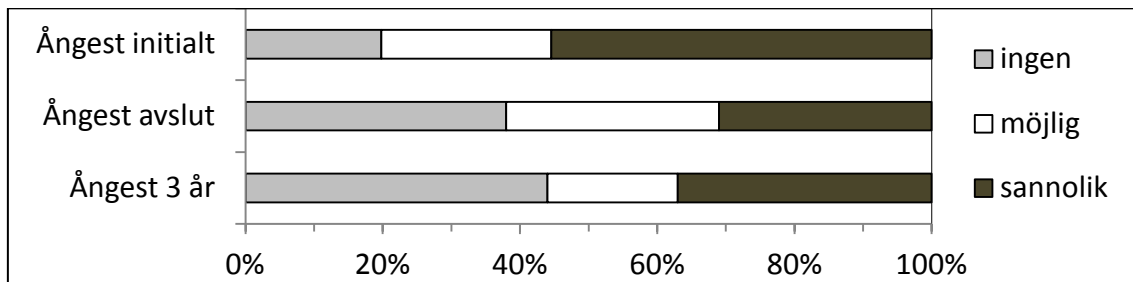
Figur 3. Medelvärden och spridning för unga vuxnas (n=20) skattning av hälsorelaterad livskvalitet i SF-36 före (fyllda cirklar), efter (ofyllda trianglar) och tre år efter (grå cirklar) rehabilitering i variablerna fysisk funktion (PF), rollfunktion fysisk (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion emotionell (RE) och psykiskt välbefinnande (MH) och fysisk hälsa (PCS) och psykisk hälsa (MCS).

HAD

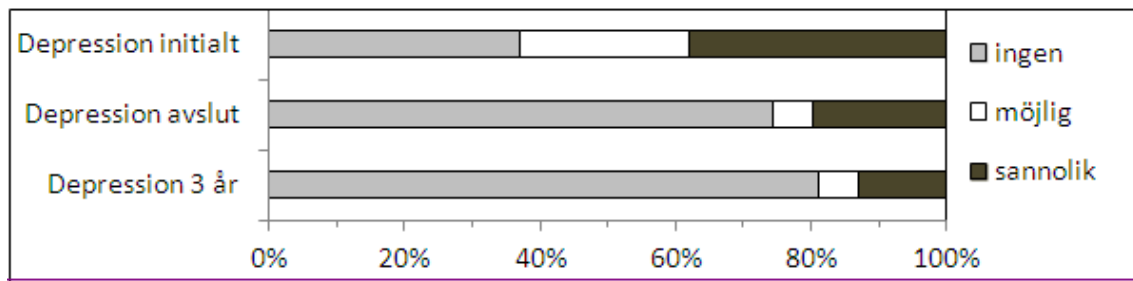
Patientens upplevelse ångest och depression skattades med HAD. I HAD klassificeras skattningen av ångest respektive depression i tre grupper beroende på poäng (0-7=ingen ångest/depression, 8-11=möjlig ångest/depression, 12-20=trolig ångest/depression).

2014-12-19

I figur 4 illustreras andelen deltagare (n=16) som skattat ångest i respektive grupp före, efter och tre år efter rehabiliteringen, i figur 5 illustreras motsvarande för depression.

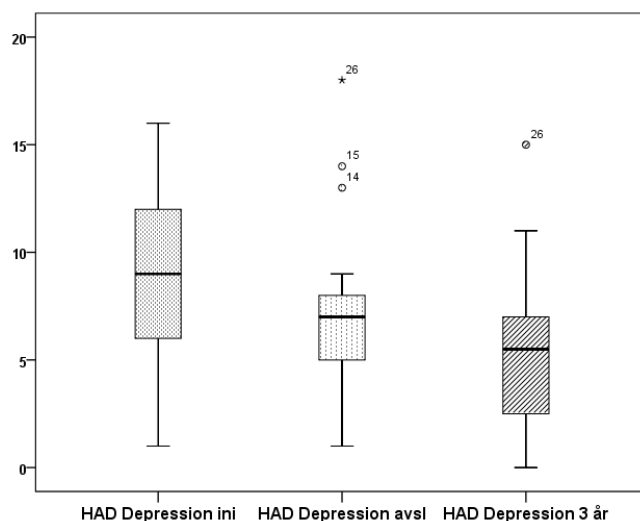


Figur 4. Andel Unga vuxna (UV) (patienter som deltagit i rehabilitering för unga vuxna (n=16)) och fyllt i NRS) som enligt HADS skattar olika svårighetsgrader av ångest före, efter och 3 år efter rehabilitering.



Figur 5. Andel Unga vuxna (UV) (patienter som deltagit i rehabilitering för unga vuxna (n=16)) och fyllt i NRS) som enligt HADS skattar olika svårighetsgrader av depression före, efter och 3 år efter rehabilitering.

Det skattade medianvärdet för ångest var 11 före rehabilitering, efter rehabilitering 8 och tre år efter rehabilitering 8,5.



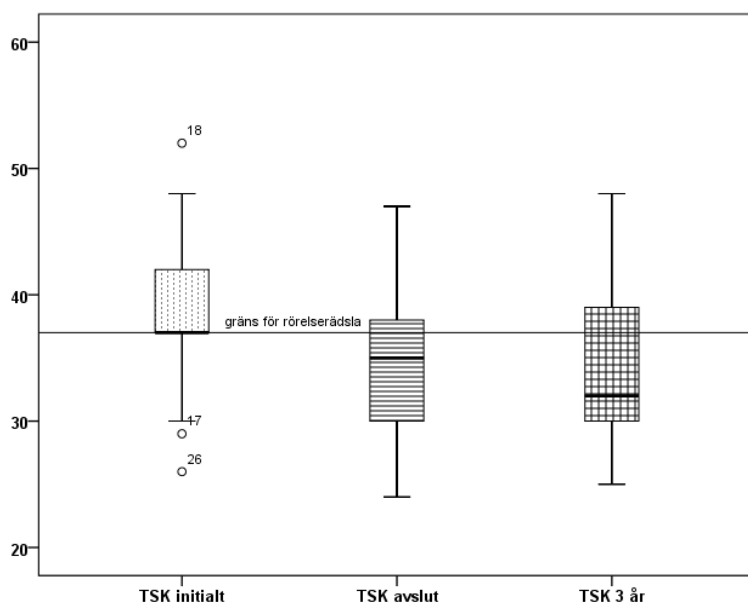
Figur 6. Unga vuxnas (n=16) skattning av depression i HAD före, efter och tre år efter rehabilitering.

Det skattade medianvärdet för depression var 9 före rehabilitering, efter rehabilitering 7 och tre år efter rehabilitering 5,5. Vid samtliga tillfällen var spridningen stor.

Förändringen i HAD depression före- till efter- till tre år efter rehabilitering var signifikant ($p \leq 0,05$). Förändringen i depression, medianvärde och spridning illustreras i figur 6.

Rörelserädsla Tampa Scale (TSK)

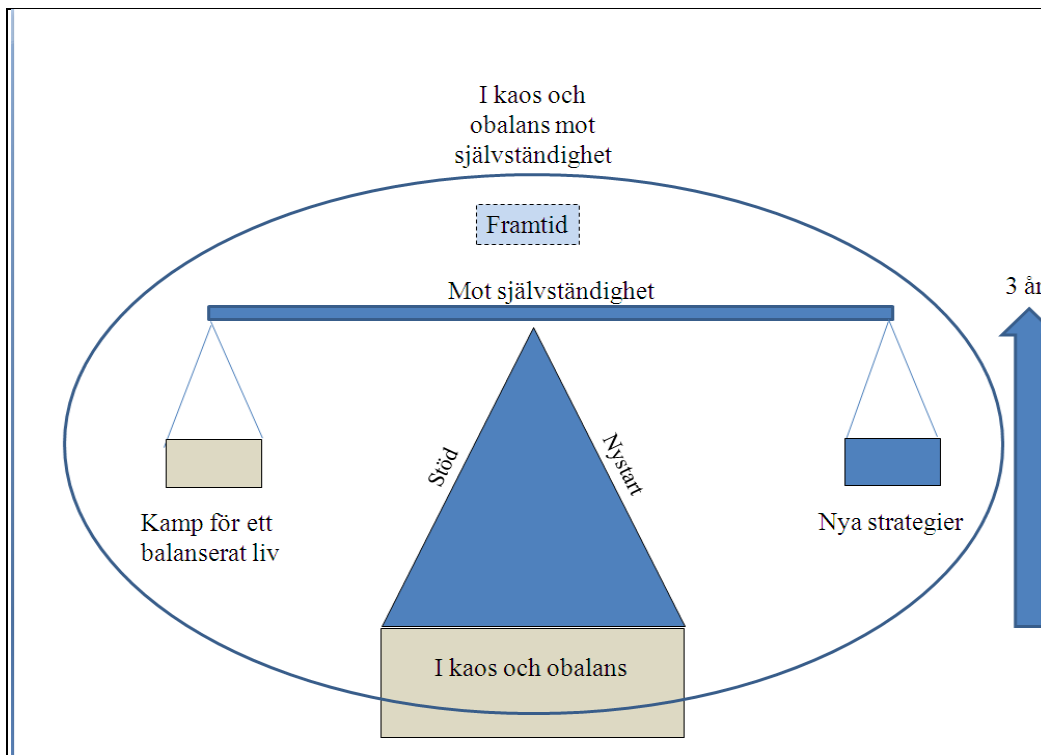
Rörelserädsla skattades med TSK (figur 7). I TSK är gränsvärdet 37 ± 3 definierat som gräns för rörelserädsla (figur 7). Före rehabilitering var unga vuxnas ($n=17$) medianvärde 37, efter 35 och tre år efter 32. Från före- till efter- till tre efter rehabiliteringen var förbättringen signifikant ($p=0,035$).



Figur 7. Medianvärden och spridning för unga vuxnas ($n=17$) skattning av rörelserädsla (Tampa scale TSK) före, efter och tre år efter rehabilitering. Linjen markerar 37; gränsen för rörelserädsla.

2014-12-19

Resultat intervjuer tre år efter rehabilitering



Figur 8. Resultat av djupintervjuer med deltagare 3 år efter rehabilitering.

Under analysen av intervjuerna formades ett övergripande tema; *Från obalans och kaos mot självständighet*, innehållande kategorierna; *I kaos och obalans*, *Nystart*, *Nya strategier*, *Kamp för ett balanserat liv*, *Mot självständighet*, *Stöd* och *Framtid*.

”*Från obalans och kaos mot självständighet*” beskriver unga vuxnas process från livet före rehabiliteringen, som då var obalanserat och kaosartat, till tre år efter rehabiliteringen när de, i varierande grad, kämpade mot smärtan men samtidigt närmade sig ett liv som självständiga vuxna med strategier för att vara aktiva och delaktiga.

I kaos och obalans beskrivs tiden före rehabiliteringen. Unga vuxna var utan stöd och de var rädda; både för smärtan och för framtiden. Tankarna kretsade kring smärtan. De hade inga sätt att hantera smärtan och de hoppades på att den skulle försvinna som ett mirakel. De dolde sina besvär, försökte behålla sitt gamla liv och tryckte ofta undan smärtan genom att stänga av både känslor och kropp.

Smärtrehabiliteringen kunde upplevas frustrerande i början men blev så småningom en trygghet – *en Nystart*. Under rehabiliteringen blev de unga bekräftade av personal och medpatienter. De lärde sig nya sätt att hantera smärtan och livssituationen. Rehabiliteringen gav nya sätt att förhålla sig till smärtan. De fick insikt om, att de själva kunde påverka sina liv i nuet och i framtiden. Rehabiliteringen blev starten för en förändringsprocess, som för de flesta innebar ökad aktivitet och delaktighet. Samtidigt kämpade de fortfarande med smärtans konsekvenser tre år efter rehabiliteringen.

Nya strategier som unga vuxna lärt sig under rehabiliteringen användes i varierande grad. De tog hand om sig själva till exempel genom att träna, äta regelbundet och

2014-12-19

varierat, läsa böcker, meditera och slappna av. De försökte hitta en balans mellan olika aktiviteter och sänka kraven på sig själva. De involverade närstående och kunde både ge och ta emot hjälp. Unga vuxna reflekterade över sina känslor, tankar och beteenden. De var medvetna om vad som påverkade smärtan och försökte se positivt på tillvaron genom att se sig själva som friska individer med smärta. Unga vuxna kunde oftast göra det de planerat. Smärta tilläts inte hindra det de tyckte var viktigt i livet.

I *Kamp för ett balanserat liv* beskrivs unga vuxnas rädsla för att falla tillbaka till det gamla tillståndet av smärta, depression och socialt undvikande. De kämpade vidare på olika sätt för att balansera livet. Tidigare strategier, som till exempel att låtsas som om smärta inte finns eller att ständigt aktivera sig för att inte känna obehag, användes när de inte fann några andra möjligheter.

Unga vuxna beskrev hur livssituationen efter rehabiliteringen utvecklades *Mot självständighet*. De hade börjat studera, arbeta, bildat familj och skaffat barn. De beskrev hur de var stolta över att ha tagit tag i sina liv trots att det var ett hårt arbete. Genom egna initiativ hade de till exempel ordnat plats för arbetsträning eller utformat en lämplig fysisk träning. De hade blivit mer öppna med hur de mårde; mot vänner, sjukvård och arbetsgivare. De kunde säga ifrån när något inte kändes bra, vilket bidrog positivt till självkänslan.

Stöd; närstående var viktiga. Deras stöd och förståelse för smärtan och dess konsekvenser hade stor betydelse för Unga vuxna. Andra rehabiliteringsaktörer i samhället; arbetsförmedling, försäkringskassa och sjukvård hade under åren efter rehabiliteringen funnits med och medverkat både positivt och negativt i Unga vuxnas process. De hade hittat någon att stödja sig mot.

Framtiden innehöll både oro och hopp. Unga vuxna oroade sig över egna begränsningar och arbetslivet men hade också hopp om att bilda familj och bo i hus – att leva som självständiga vuxna.

Sammanfattningsvis hade Unga vuxna, under de tre år som gått efter rehabiliteringen, börjat forma sitt liv som vuxna, tagit beslut och gjort val. De hade blivit mer självständiga som vuxna trots kvarvarande smärta.

Hälsoekonomi

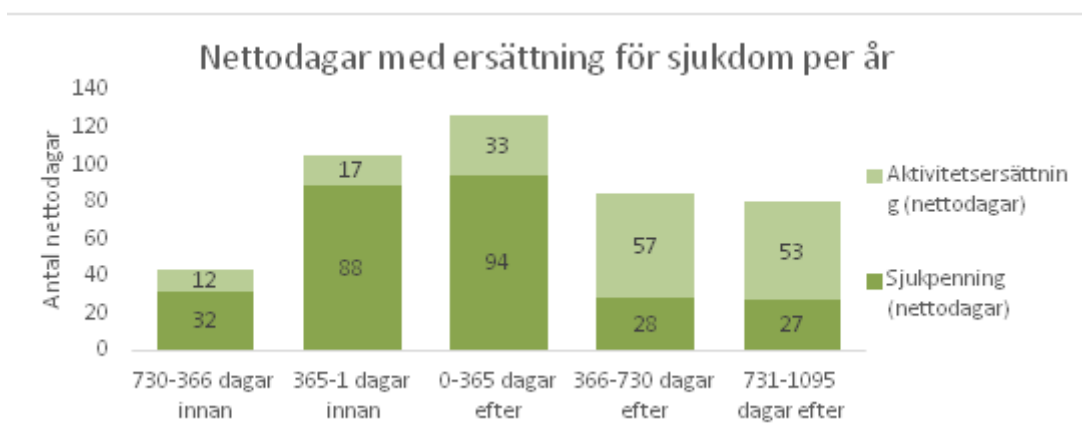
Samtlig text och alla figurer i avsnittet är hämtad från Rapporten ”Hälsoekonomisk studie av rehabiliteringsprogram”. Rapporten redovisas i sin helhet i bilaga 3.

Arbetsförmåga och kostnader för sjukfrånvaro

Åren innan rehabilitering påbörjas sker en kraftig ökning av ersättning för sjukdom, då antalet nettodagar stiger från 44 till 105 stycken från det andra året till det första innan programmets start (figur 7). Ökningen fortsätter sedan under året som rehabiliteringen sker till det högsta registrerade antalet nettodagar (127 dagar) under den studerade perioden. Sjukfrånvaron minskar därefter för att hamna på ungefärligt samma nivå under det första och andra året efter programmets start (85 respektive 80 nettodagar). Antalet nettodagar med ersättning för sjukdom verkar därmed ha stabiliserats på en nivå som ligger under nivån som var året innan rehabiliteringen, men når inte ned till det

2014-12-19

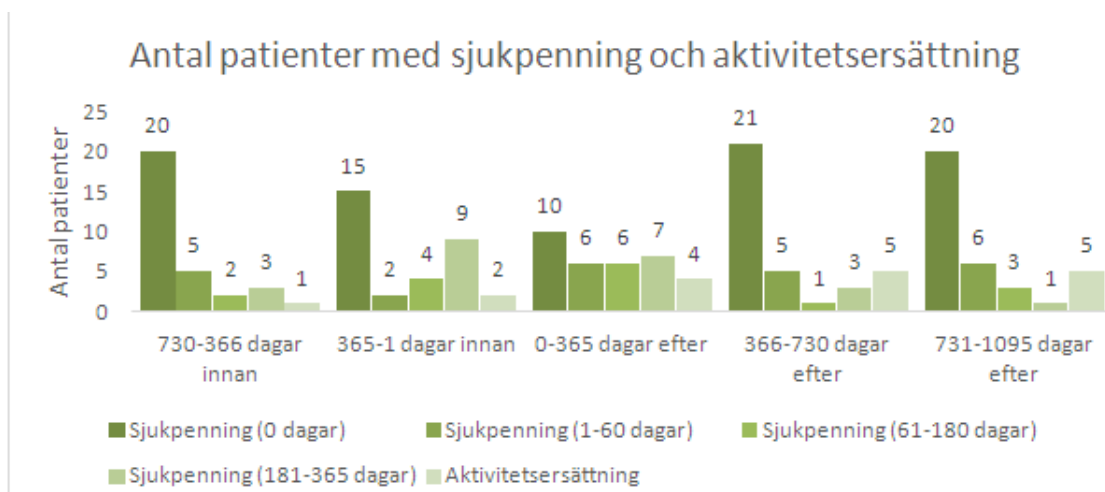
antalet som noterades två år innan programmet.



Figur 9 - Genomsnittligt antal nettodagar med ersättning för sjukdom årligen under perioden 2 år innan rehabiliteringens start till 3 år efter rehabiliteringens start med 95 % KI

För att närmare studera förändring av nettodagar med ersättning för sjukdom inom patientgruppen, visar figur 10 fyra nivåer av antalet dagar med sjukpenning per år och hur många patienter som befinner sig inom respektive spann. Två år före rehabiliteringen fördelar sig ett liknande antal patienter per grupp som vid tre år efter starten.

Under året innan och året efter programmet har nio (30 %) respektive sju patienter (23 %) sjukpenning under 181-365 dagar under året. Tre år efter rehabiliteringen är det enbart en patient (3 %) som har så många dagar med sjukpenning.



Figur 10 - Antal patienter inom olika nivåer av nettodagar med sjukpenning samt antal patienter med aktivitetsersättning årligen under perioden 2 år innan rehabiliteringens start till 3 år efter rehabiliteringens start

Samhällsvinst av rehabiliteringsprogrammet

Utän en kontrollgrupp vet vi inte vad som hade hänt med Unga vuxnas livskvalitet och

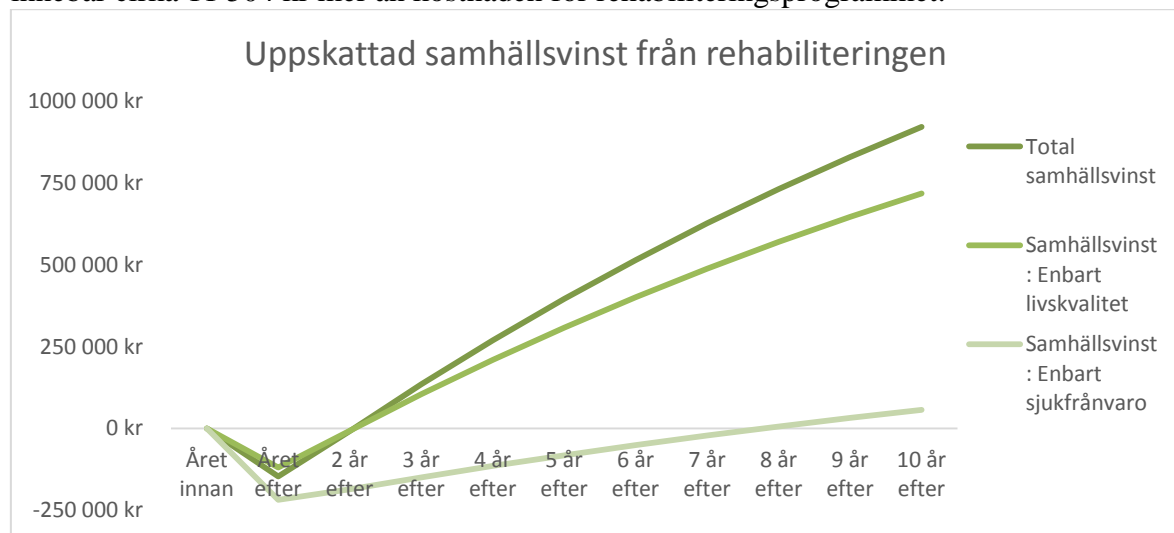
2014-12-19

kostnader om man inte hade genomfört rehabiliteringsprogrammet, och vi kan därför inte beräkna programmets samhällsvinst. Istället resonerar vi nedan kring potentiella samhällsvinster utifrån antaganden om hur Unga vuxnas sjukfrånvaro och livskvalitet hade utvecklats ifall de inte hade genomfört programmet. Dessa uppskattningar ska tolkas med försiktighet eftersom de bygger på osäkra antaganden. Uppgifter kring antal läkarbesök var inte detaljerade nog för att vara med i denna beräkning.

För att kunna uppskatta en eventuell samhällsvinst av rehabiliteringsprogrammet, togs en genomsnittlig kostnad av programmet fram av Smärtrehabiliteringen. Den ungefärliga vårdkostnaden för rehabiliteringen beräknades till 191 100 kr per patient. För att uppskatta samhällsvinsten med hänseende på förbättrad livskvalitet användes ett värde per QALY som motsvarar 655 000(30). En diskonteringsfaktor på 3 % har använts för framtida värden.

Vi gjorde antagandet att det angivna genomsnittliga värdet på EQ5D index vid rehabiliteringens start hade varit oförändrat om rehabiliteringen inte hade skett. Skillnaden mot det angivna EQ5D index värdet ett samt tre år efter programmets start räknades därefter om till monetärt värde med hjälp av värdet på en QALY enligt ovan. Skillnaden vid år tre efter programmet extrapolerades över samtliga resterande år. Även för sjukfrånvaro antog vi att nivån under året innan rehabiliteringens start hade varit oförändrad om rehabiliteringen inte hade skett. Vi utgick också ifrån antagandet att Unga vuxna hade arbetat heltid ifall de inte hade varit sjuka. Skillnaden i kostnader tre år efter rehabiliteringens start extrapolerades över samtliga resterande år.

Vad förbättringen i livskvalitet och sjukfrånvaro som observerades under studien motsvarade i penningvärde syns i tabell 1 (bilaga 3). I tabell 1 finns även det totala kumulativa värdet av rehabiliteringsprogrammet, där både livskvalitet och sjukfrånvaro ingår samt kostnaden för själva programmet. Redan två år efter programmet har effekterna från livskvalitet och sjukfrånvaro vägt upp rehabiliteringskostnaden och ytterligare ett år senare beräknas besparingen till 134 401 kr. Om man enbart ser till effekter i sjukfrånvaro, har besparingar på 202 604 kr uppnåtts efter tio år, vilket innebär cirka 11 504 kr mer än kostnaden för rehabiliteringsprogrammet.



Figur 11 - Uppskattad samhällsvinst från rehabiliteringsprogrammet över tid (kumulativt värde efter att kostnader för rehabilitering har räknats av). Samhällsvinster från rehabiliteringen kan påvisas när linjerna korsar x-axeln.

De kumulativa effekterna syns i figur 11 från året innan programmet påbörjas till tio år

2014-12-19

efter, både enskilt för livskvalitet och sjukfrånvaro samt den totala effekten. Det framgår att den större delen av besparingarna från programmet kommer ifrån förbättringar i livskvalitet. Fem år efter att programmet påbörjats beräknas den totala samhällsvinsten till 395 077 kr och ytterligare fem år senare är samhällsvinsten 919 587 kr.

En begränsning med studien utöver bristen på kontrollgrupp är att vårdkonsumtionen finns endast representerad med en variabel i form av läkarbesök. Ytterligare en begränsning är det bortfall som har skett vid NRS enkäter, där svarsfrekvensen varierar mellan variablerna. Vid uppföljningsenkäterna har ungefär en tredjedel av Unga vuxna svarat.

Vår slutsats är att de patienter som har deltagit i Smärtrehabiliteringens rehabiliteringsprogram för unga vuxna har fått förbättrad livskvalitet samt att den negativa utvecklingen för arbetsförmågan innan rehabiliteringen har bromsats och till viss del vänt. Vi vet inte vad av detta som är en direkt konsekvens av rehabiliteringsprogrammet i sig. Givet osäkra antaganden kan programmet ha skapat värden som överstiger programmets kostnader redan efter två år, och ungefär det femdubbla efter 10 år.

Avslutande diskussion

Resultaten visar att primärvården träffar få unga vuxna med långvarig smärta. De unga smärtpatienterna remitteras sällan till multimodal rehabilitering trots psykosocial problematik. Unga vuxna i primärvården upplever misstroende, ensamhet och hopplöshet.

Det framkommer goda resultat efter rehabilitering avseende livskvalitet, ångest, depression och rörelserädsla. Patienterna har gått från obalans och kaos mot ökad självständighet. Dock kvarstår en ökad sårbarhet för smärta och vardagens krav. Den negativa utvecklingen för arbetsförmågan som sågs innan rehabiliteringen har bromsats och till viss del vänt. Detta kan ha skapat värden som överskrider programmets kostnader redan efter två år.

Primärvården

De enskilda läkarna i primärvården har få unga vuxna med långvarig smärta och därmed sannolikt bristande erfarenhet av och kunskap om patientgruppen. De noterar att patienterna har psykiatrisk samsjuklighet och sociala problem. Många bedömer prognosen dålig. Trots detta remitteras patienterna sällan till rehabilitering. Frågan är vad detta beror på.

Kommunikationen mellan olika professioner i primärvården har brister, vilket har effekter på handläggningen av patientgruppen. Primärvården saknar information om och kanaler för kommunikation med specialistvården. Specialistvården har svårt att förmedla en konkret plan för fortsatt handläggning, vilket är något som primärvården efterfrågar. Det saknas en gemensam handlingsplan för rehabilitering på olika nivåer, vilket får stora konsekvenser för den enskilda patienten och innebär stora samhällskostnader.

De unga vuxna med långvarig smärta och vårdgivare i primärvården uttrycker en ömsesidig frustration över brist på tid och åtgärder för att hantera långvarig smärta. De

2014-12-19

unga beskriver ofta bara en del av sina svårigheter, vilket försvårar för läkaren att se hela bilden. Kanske vore det enklare om långvarig smärta betraktades som en sjukdom i sig med hög grad av kronicitet och därmed behandlas som sådan med plan för behandling, rehabilitering och uppföljning.

Specialistvården

I resultatet framkommer att de unga vuxna haft en smärtdebut före 18 års ålder. Identitetsutvecklingen störs av smärta med konsekvenser i form av fortsatt beroende av närstående och minskat socialt umgänge med jämnåriga. Upplevelser av misstroende i kontakten med sjukvården hämmar också identitetsutvecklingen genom kamp för att bli bekräftad i en sjukroll. Deras strävan efter oberoende och självständighet bromsas upp eller uteblir.

Under rehabiliteringen märks en låg tilltro till den egna förmågan och svårigheter till eget ställningstagande i olika frågor som tecken på en hämmad identitetsutveckling. Intervjuerna 3 år efter rehabilitering visar att identiteten som ung vuxen stärkts med ökad aktivitet och delaktighet som resultat av rehabiliteringen.

Unga vuxna har hög rörelserädsla före rehabilitering. De kämpar för att bibehålla en hög fysisk aktivitetsnivå och tränar periodvis på en hög nivå, men klarar inte att upprätthålla den nivån vid hög smärta. De återtar efter en viloperiod sin höga aktivitetsnivå. Studie har inte visat någon skillnad i fysisk aktivitetsnivå mellan tonåringar med långvarig smärta och friska kontroller(31). Detta bekräftar vår kliniska erfarenhet där vi ser, att unga vuxna har en högre fysisk aktivitetsnivå än andra vuxna med långvarig smärta. Många har en prestationsbaserad självkänsla, som man strävar efter att bibehålla genom att träna intensivt. Att sänka aktivitetsnivån skulle betyda att förlora sin identitet/självbild. En ytterligare bidragande faktor till hög aktivitetsnivå är att träning kan vara ångestlindrande för stunden(32).

Rehabiliteringen har fokus på att ta hand om sig själv och se till egna behov. Under tillfällena med fysisk aktivitet i rehabiliteringen övar unga vuxna på att vara närvarande i kroppen för att hitta en balanserad fysisk aktivitetsnivå som fungerar på sikt. Rörelserädsla (enligt Tampa Scale of Kinesiofobia) minskade efter rehabilitering och fysisk rollfunktion ökade. Resultaten bekräftas i ett magisterarbete där unga vuxna skattade mindre begränsning i sitt liv och ökad fysisk aktivitet efter rehabiliteringsperioden (29).

Resultaten visar att de unga vuxna är fortsatt sårbara och har behov av uppföljning och stöd. En del patienter tycks inte ha haft nytta av rehabiliteringen. Dessa har fortfarande hög grad av ångest och depression, svårigheter med fysisk funktion, nedsatt aktivitetsförmåga och låg livskvalitet jämfört med andra deltagande. Vissa patienter har av olika orsaker svårare att anpassa sig och att göra förändringar i sitt beteende och i sin livssituation. Det finns behov av att skapa alternativa rehabiliteringsåtgärder i samverkan med andra aktörer inom och troligen också utanför sjukvården.

Hälsoekonomi

Den hälsoekonomiska rapporten visar låg grad av sjukskrivning 2 år före rehabilitering. De unga bekräftar detta; man stängde av kroppen, känslorna och obehaget och körde på. ”Man vill ju vara som alla andra”. De avstod från lustfyllda aktiviteter och gjorde bara

2014-12-19

måsten. Allt skulle vara perfekt. Ett år innan rehabilitering ses en kraftig ökning av antalet sjukskrivna.

Antalet dagar med ersättning för sjukdom minskade efter rehabilitering, vilket överensstämmer med rapporterade resultat från(33). Data från Försäkringskassan har samkörts med 15261 patienter från rehabiliteringskliniker i hela Sverige; från två år före rehabilitering till två år efter rehabilitering. Rapporten från NRS visar hur andelen patienter med ohälsobidrag minskar 2 år efter rehabilitering. Denna minskning ses för alla år, från 2007 till 2011. Minskningen ökar efter förändringen i socialförsäkringens regelverk som implementerades 2008 – 2011, men minskningen kunde även ses tidigare. Förändringen i regelverket påverkar Unga vuxnas grad av återgång i arbete men förklarar inte hela minskningen av personer med ohälsobidrag.

Kompletterande uppgifter från VAL-databasen hade varit önskvärt. Det hade givit oss möjlighet att utvärdera eventuella förändringar i antalet sjukvårdsbesök före och efter rehabilitering som underlag för kostnadsberäkningar i den hälsoekonomiska rapporten.

Konklusion

- Det saknas gemensamma strategier och riktlinjer för primärvårdens och specialistvårdens handläggning av Unga vuxna med långvarig smärta.
- Kontakten mellan primärvårdsläkare och patienter präglas av ömsesidig frustration och missnöje. Det saknas planering för enskilda patienter och riktlinjer för gruppen.
- Tidsbrist i primärvården påtalas av såväl patienter som vårdpersonal, vilket försvårar handläggning och planering för smärtrehabilitering.
- De unga vuxna förbättras i samband med rehabilitering med förändringar som är hållbara tre år efter avslut. Förbättringarna återspeglas i uppskattad samhällsvinst.
- Trots förbättring beskriver de unga vuxna fortsatt sårbarhet efter rehabilitering. Detta bör beaktas vid planering och uppföljning.
- Unga vuxna med långvarig smärta beskriver rehabiliteringen som en process från hopplöshet till hopp; från misstro och ensamhet till bekräftelse och stöd.
- Unga vuxna har specifika behov som förutsätter kunskap. Det är av vikt att man under rehabiliteringsperioden fokuserar på att stärka identiteten med oberoende och självständighet.

2014-12-19

Förslag till förbättringar

- Rehabiliteringen för unga vuxna med långvarig smärta bör centraliseras för optimalt utnyttjande av resurser och kompetens. De unga bör få möjlighet att möta andra jämnåriga i liknande situation. Då rehabilitering för patientgruppen är uppbyggd sedan fem år vid Smärtrehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB, är det gynnsamt att förlägga verksamheten där.
- Primärvården behöver kunskap och information, som skulle kunna erbjudas i form av konsultation och utbildning med resurser inom ramen för ett kunskapscentrum förlagd till Smärtrehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB.
- Det bör på regional nivå göras en multidisciplinär och tvärprofessionell kartläggning av de patienter, såväl unga vuxna som äldre i arbetsför ålder, som inte drar nytta av multimodal smärtrehabilitering. Hinder för det förändringsarbete som rehabilitering innebär, bör definieras som underlag för att skapa alternativa insatser. Arbetet kan konkretiseras i olika projekt som t ex ”Kultur på recept” (ett pilotprojekt som pågår i samverkan mellan Smärtrehabiliteringen, Danderyds sjukhus AB och Kulturförvaltningen i Stockholms läns landsting).
- Då den psykiatriska samsjukligheten är hög i patientgruppen bör samverkan med psykiatri initieras och utvecklas. Detta kräver insatser på regional nivå då aktörerna är många såväl inom psykiatri som inom smärtrehabilitering.
- Gemensamma riktlinjer för handläggning av långvarig smärta bör utarbetas i samarbete mellan primärvård och specialistvård på regional nivå. Dessa riktlinjer bör även omfatta unga vuxna med långvarig smärta så att rehabiliteringen anpassas till gruppens specifika behov. Plan för uppföljning på lång sikt med vårdnivå specificerad bör ingå. I ett samarbete mellan primärvård och specialistvård bör man även se över och tydliggöra kommunikationsytor specifikt för smärtvården i Stockholms län med så många olika aktörer.

Ett exempel på riktlinjer har utarbetats i Norrbottens läns landsting(34).

Referenser

1. International Association for the Study of Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms Seattle: IASP press 2013 [cited 2014-12-16]. Second Edition:[Available from: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>].
2. Lundberg D, Axelsson S, Boivie J, Eckerlund I, Gerdle B, Gullacksen A-C, et al. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2006.
3. Jansson M, Gustafsson V, Göransson U, Lawrence M. Habilitering och rehabilitering,. Socialstyrelsen; 2010.
4. Gerdle B, Stålnacke B-M, Åsenlöf P, Söderlund A. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta Rapport 2011:02. 2011.
5. Isdal P. Meningen med våld. . Stockholm Gothia; 2001. 280 p.
6. Socialstyrelsen. Definition av våld och utsatthet i nära relationer 2014 [cited 2014-12-08]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>.
7. American Psychiatric Association. Quick reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,. Fourth Edition, ed. Danderyd: Pilgrim press,; 1995. 311 p.
8. Kosek E, Lampa J, Nisell R. Smärta och inflammation, . Lund: Studentlitteratur; 2014.
9. Jörgen Borg BG, Gunnar Grimby, Katharina Stibrant Sunnerhagen. Rehabiliteringsmedicin – bakgrund och aktuell roll i sjukvården. Rehabiliteringsmedicin, teori och praktik. 1 ed: Studentlitteratur; 2006.
10. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. European journal of pain (London, England). 2006;10(4):287-333.
11. Hoftun GB, Romundstad PR, Zwart JA, Rygg M. Chronic idiopathic pain in adolescence--high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008. Pain. 2011;152(10):2259-66.
12. Knook LM, Lijmer JG, Konijnenberg AY, Taminiau B, van Engeland H. The course of chronic pain with and without psychiatric disorders: a 6-year follow-up study from childhood to adolescence and young adulthood. The Journal of clinical psychiatry. 2012;73(1):e134-9.
13. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC, Hazebroek-Kampschreur AA, Koes BW, Passchier J. Psychosocial factors associated with chronic pain in adolescents. Pain. 2003;101(1-2):33-43.
14. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. Pain. 2001;89(2-3):175-80.
15. Hasselstrom J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. European journal of pain (London, England). 2002;6(5):375-85.
16. Johnson M, Collett B, Castro-Lopes JM. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. Journal of pain research. 2013;6:393-401.
17. Matthias MS, Parpart AL, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Sargent C, et al. The patient-provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives. Pain

2014-12-19

- medicine (Malden, Mass). 2010;11(11):1688-97.
18. Dewar AL, Gregg K, White MI, Lander J. Navigating the health care system: perceptions of patients with chronic pain. *Chronic diseases in Canada*. 2009;29(4):162-8.
19. Upshur CC, Bacigalupe G, Luckmann R. "They don't want anything to do with you": patient views of primary care management of chronic pain. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2010;11(12):1791-8.
20. Ahlberg M, Axelsson S, Eckerlund I, Gerdle B, Stålnacke B-M, Söderlund A, et al. Rehabilitering vid långvarig smärta-En systematisk litteraturoversikt. SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010 Contract No.: nr 198.
21. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). Se tabell Trygghet och säkerhet – fler indikatorer 2012. 2013 [updated 2014-05-23 cited 2014 2014-12-16]. Available from: http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/12202/12209/ULFSILC-2010-/Trygghet-och-sakerhet/362627/.
22. Färdeman E, Hvitfeldt T, Irlander Å. NTU 2013 Om utsatthet, trygghet och förtroende. Brottsförebyggande rådet Enheten för kommunikation, editor2014.
23. Copeland WE, Wolke D, Lereya ST, Shanahan L, Worthman C, Costello EJ. Childhood bullying involvement predicts low-grade systemic inflammation into adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2014;111(21):7570-5.
24. Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *The Clinical journal of pain*. 2005;21(5):398-405.
25. S. McCall-Hosenfeld J, Winter M, Heeren T, Liebschutz JM. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(3):196-204.
26. Nicolson NA, Davis MC, Kruszewski D, Zautra AJ. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. *Psychosomatic medicine*. 2010;72(5):471-80.
27. Wong J, Mellor D. Intimate partner violence and women's health and wellbeing: impacts, risk factors and responses. *Contemporary nurse*. 2014;46(2):170-9.
28. Hansson T L.T. Effekten på hälsa och arbetsåtergång efter rehabilitering vid Ryggcentra. . Vetenskapliga rådet för Ryggcentra: Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting 2008.
29. Walker C. Beskrivning av förändringar i rörelsefunktioner och kroppsupplevelser hos unga vuxna med långvarig smärta baserat på bedömningsinstrumentet Body Awareness Scale Movement Quality and Experience.- En case serie studie -. 2014.
30. Persson UHJ. Hälso och sjukvården behöver kunskap om hur befolkningen värderar hälsan. . *Läkartidningen* 2003;100:3436-7.
31. Stommen NC, Verbunt JA, Gorter SL, Goossens ME. Physical activity and disability among adolescents and young adults with non-specific musculoskeletal pain. *Disability*

2014-12-19

and rehabilitation. 2012;34(17):1438-43.

32. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS 2008 Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling 2008.

33. Nationella Registret över Smärtrehabilitering. Årsrapport 2013:3. 2007-2011 2014-02-26.

34. landsting NI. Smärta, långvarig-Handlingsöverenskommelse, [cited 2014 2014-12-19]. Available from: [https://nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Vardrutiner/HOK---](https://nllplus.se/For-vardgivare-inom-halso--och-sjukvard/Vardrutiner/HOK---Handlaggningsoverenskommelser/Handlaggningsoverenskommelse-langvarig-smarta/)

Handlaggningsoverenskommelser/Handlaggningsoverenskommelse-langvarig-smarta/.