



Slutrapport; Sjukdomsförebyggande
utvecklingsuppdrag i Primärvården

Smärtgruppbehandling med KRT
Krokoms Hc

Höst 2017, vår 2018

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Sammanfattning	2
Bakgrund.....	2
Syfte och mål.....	2
Metod	3
Resursåtgång	6
Resultat.....	6
Ev. slutsats.....	6
/kontakt.....	7

(Att uppdatera innehållsförteckning markerar du förteckningen. Högerklicka och tryck på "Uppdatera fält)

Sammanfattning

Kunskaper om hur långvarig smärta uppkommer, vidmakthålls och hur man kommer ur den är mycket svårt att förmedla till patienter som redan utvecklat långvarig smärta. Det vi ville prova på Krokoms Hc är om ett tydligt och speciellt utarbetat pedagogiskt material och träning/ fysisk aktivitet (KRT) kan förbättra behandlarnas kommunikation runt smärtproblem och därmed snabbare och tydligare uppnå önskat resultat för gruppen patienter som utvecklat långvarig smärta. Målet är minskad smärtpåverkan, ökad funktionsnivå och ökad arbetsförmåga hos sjukskrivna smärtpatienter. Vi ville också utveckla denna behandling i gruppformat för att öka kostnadseffektiviteten i smärtbehandlingarna på Hc. Utvecklandet och utvärderingen av en sådan modell kan sedan generaliseras i verksamheten på Hc och även till andra Hc, eftersom det till viss del är materialbaserat.

Vi har nu utarbetat ett program som beskrivs i denna rapport och vi har också bedömt smärtpatienter inför gruppstart i höst. Några individuella pilotbehandlingar har genomförts med till viss del lovande resultat. På grund av svårigheter med patientrekrytering och vissa gränser i sjukförsäkringen har ingen grupp startats under våren. Resultat väntas runt årsskiftet 2018/2019.

Bakgrund

MMR1-behandlingar har studerats för att utröna vad som är effektivt vad gäller smärtbehandling. På grund av de olika programmens skillnader vad gäller personalkompetens och innehåll har det varit svårt att jämföra. SKL har kommit med uppdaterade sammanställningar vad som krävs av behandlarnas kompetens men också vilka delar som bör ingå i programmen. Inga stora skillnader har setts vad gäller olika innehållsuppläggs effektivitet vid utvärderingarna. Smärtforskningen å sin sida har tydligt sett ett samband mellan smärtutveckling, funktionsnedsättning och patientens omfattning av katastroftänkande runt smärtan, rädsla och undvikande av rörelse och aktiviteter. De flesta MMR1-program innehåller därför både en mer eller mindre omfattande träningsdel för att minska smärtbetingad rädsla och undvikande, och en undervisningsdel om de olika psykologiska faktorer som är inblandade i utvecklingen av långvarig smärta. På Krokoms Hc har både sjukgymnaster och psykolog under våren 2017 gått en utbildning i smärtbehandling som kallas KRT – Kognitiv rehabiliteringsterapi, som helt och hållet bygger på modern samlad forskning runt utvecklandet av kroniska smärttillstånd och dess rehabilitering, både vad gäller psykologiska faktorer och sjukgymnastik/fysioterapi. Behandlingen går ut på pedagogisk kommunikation runt smärtproblem, dess utveckling och rehabilitering och riktad fysioterapi över tid för att få minskad rörelserädsla och smärtpåverkan och en ökad funktionsnivå med hjälp av ett tydligt, pedagogiskt, gemensamt material. Tidigare har smärtbehandlingarna på Hc huvudsakligen skett i individuellt format, med endast regelbundna träffar mellan de olika ingående yrkesgrupperna, vilket varken har varit optimalt ur behandlingssyfte eller kostnadseffektivitet.

Syfte och mål

Det vi vill prova på Krokoms Hc är om ett tydligt och speciellt utarbetat pedagogiskt material kan förbättra behandlarnas kommunikation runt smärtproblem och öka tydligheten för att på så sätt öka patienters förståelse och därmed snabbare och tydligare uppnå önskat resultat för gruppen

patienter som utvecklat långvarig smärta. Målet är minskad smärtpåverkan, ökad funktionsnivå och ökad arbetsförmåga hos sjukskrivna patienter. Vi vill också utveckla denna behandling i gruppformat för att öka kostnadseffektiviteten i smärtbehandlingarna på Hc. Utvecklandet och utvärderingen av en sådan modell kan sedan generaliseras i verksamheten på Hc och även till andra Hc, eftersom det till viss del är materialbaserat.

Metod

Sjukgymnaster och PSE vid Krokoms Hälsocentral har utbildat oss i metoden Kognitiv rehabiliteringsterapi (KRT) med underrubriken ”Kommunikation och fysisk aktivitet som smärtbehandling” med Tom Arild Torstensen vid Holten Institute.

Vi ville lägga upp ett tydligt program på Hc som innehåller pedagogiska insatser som dels innehåller film, bilder och informationsbroschyrer utifrån KRT, men även riktade träningsinsatser på sjukgymnastiken och föreläsningar från sjukgymnast, PSE och läkare. Behandlingen bör ske i grupp om 4-6 deltagare, men individuella instruktioner i de sjukgymnastiska och psykologiska momenten ingår också.

Frågeställning: Kan ett organiserat upplägg med tydligt gemensam kommunikation hos de olika behandlarna inblandade i MMR1-behandlingen runt ett pedagogiskt material och speciella sjukgymnastiska insatser öka funktionsnivå och arbetsförmåga och minska katastroftankar och psykologisk belastning hos patienter med långvarig smärta? Är ett gruppformat bättre och mer kostnadseffektivt än nuvarande individuella behandlingar?

Urval: Sjukskrivna patienter, 18-67 år, med långvarig smärta från rörelseapparaten som söker på Krokoms Hc. Patienter identifieras hos alla yrkesgrupper och bedöms av läkare, sjukgymnast och psykosocial personal.

Intervention: Gruppbehandling med hjälp av KRT-material som måste köpas in av Hc, övningar och föreläsningar av läkare, sjukgymnast och psykolog 1 gång per vecka i 6-8 veckor plus helt eller delvis individualiserad fysisk aktivitet i träningshall 2 gånger i veckan under en något längre tidsperiod, efter individuellt bedömda behov.

Effektmått: Lintons smärtformulär, HAD, MADRS, Välmåendeformulär och sjukskrivning.

Datainsamling: Klinisk bedömning hos yrkesgrupperna, Lintons smärtfrågeformulär, HAD, MADRS, och Välmåendeformulär innan behandling, efter behandling och vid en tremånadersuppföljning. Speciellt intressant blir analys av Lintons formulär vad gäller faktorer för fysiskt och psykiskt mående, smärtnivåer och katastroftankar.

Kunskaper om hur långvarig smärta uppkommer, vidmakthålls och hur man kommer ur den är mycket svårt att förmedla till patienter som redan utvecklat långvarig smärta. Om vi ser att materialet faktiskt underlättar denna process så har vi även nyckeln till att sprida kunskapen effektivare: dels till fler Hc, men även i förlängningen till patientgrupper i ett tidigare skede.

Metodbeskrivning

Inklusionskriterier:

- Smärta från rörelseapparaten mer än 3 månader.
- Personer 18-67
- Bedömda som färdigutredda
- 4-6 deltagare per grupp/termin
- Sjukskrivning helt eller delvis (möjligen förebyggande sjukskrivning eller kunna ta ledigt för att ha tid och ork med teoripass och träning)

Exklusionskriterier:

- Alla utredningar/behandlingar är inte klara ännu; t.ex. väntar på röntgen, operation, utlåtande m.m.
- Svår depression (över 28 på MADRS)
- Pågående missbruk av alkohol, droger, läkemedel

Bedömning:

- Färdigutredda från läkare eller sjukgymnast.
- Lintons smärtformulär, HAD, MADRS, välmåendeformulär, sjukskrivningsgrad, information om behandlingen går igenom och patienten bokas in till gruppbehandling.

Behandling:

Teoripass 2 timmar 1-2 gånger per vecka vid 6 tillfällen:

Låneböcker "Spegeln" lånas ut till deltagarna och kopior av diskussionsfrågor delas ut för varje teoriomgång. Pedagogiska filmer spelas upp och diskuteras ett flertal gånger. Deltagarna läser hemma och funderar över frågorna. Det blir sex teorilektioner med film och diskussion, sedan startar träning i träningshall hos sjukgymnasterna under 1 månad. Sedan blir det uppföljning med film där patienterna får möjlighet att diskutera eventuella svårigheter, men också framgångar. Uppföljningar efter 1, 2 och 3 månader.

Träningspass:

Gruppen delas upp i smågrupper och tränar i grupper om 2-3 patienter i taget i träningshallen. De tränar 2-3 gånger i veckan med aktiv övervakning av sjukgymnast för att kunna handleda i smärtmodulerande träning. Över tid blir träningen mer och mer självständig när patienten kan principerna, och det kan också övergå till mer och mer självständig hemträning beroende på smärtproblematik och utveckling. Som nämnts tidigare träffas gruppen efter 1, 2 och 3 månader för att följa upp framgångar och svårigheter.

Uppföljning/mätning:

Mätning med Linton, HAD, MADRS, välmående och sjukskrivningsgrad sker vid 3-månadersuppföljning.

Program:

Teoripass 1:

Presentation, ramar (sekretess, papper och penna, aktivt deltagande)

Fysiologifilm och diskussion runt frågorna

Hemuppgift blir att skriva svar på resterande frågor

Teoripass 2:

Fysiologifilmen igen och genomgång av frågorna från förra gången.

Psykologifilmen och påbörja frågor från den.

Hemuppgift blir resterande frågor.

Teoripass 3:

Psykologifilmen igen och genomgång av hemuppgiften.

MET-filmen och påbörja tillhörande frågor. Hälften av frågorna i hemuppgift.

Teoripass 4:

Genomgång av frågorna, MET-filmen igen sedan resten av frågorna. Hemuppgift det vi inte hinner med. Dela ut sömndagbok.

Teoripass 5:

Genomgång av frågorna. Genomgång av sömndagböcker och sömnfakta. Genomgång av kommande träningsupplägg och gruppindelning.

Teoripass 6:

Läkare går igenom undersökningar, läkemedel, modern syn på smärta och smärtrehabilitering

Träningsperiod:

En månads träningspass 2-3 gånger i veckan med grupper om 2-3 stycken i träningshall övervakat och instruerat av sjukgymnast utbildad i smärtmodulerande träning. Så småningom hemträning.

Gruppuppföljning 1 månad:

MET-filmen och sedan diskussion om framgångar och svårigheter. Känslohantering, smärthantering

Ytterligare en månads träningspass och sedan återträff för diskussion igen.

Efter ytterligare en månad (= 3-månadersuppföljning) individuella tider för uppföljning hos sjukgymnast och psykolog med intervju och frågeformulär igen.

Resursåtgång

Resurser har använts vid planering av smärtprogrammets upplägg av de olika ingående yrkesgrupperna. Beställning av material: böcker och filmer. Vi har också tillsammans satt oss in i det pedagogiska materialet och fått handledning av Tom Arild Torstensen på Holten Institut. Vi har utformat vårt eget program utifrån materialet och förutsättningarna på vår Hälsocentral. Mycket tid har ägnats åt att försöka hitta patienter i rätt tid i deras rehabilitering, bedöma patienterna och försöka möta dem i deras situation.

Resultat

Några individuella behandlingar har genomförts med delar av materialet, vilket givit en del lovande resultat. Vid dessa behandlingar har det skriftliga materialet använts, och träningspass i träningshall. Dock ej i en sammanhållen smärtgrupp. Ett startdatum sattes för gruppbehandling i januari 2018, men av olika anledningar lyckades vi inte fylla gruppen. Rätt sammansättning av patienter fanns inte just då. Några hamnade på 180 dagar och blev av med sin sjukpenning vilket medförde full krisreaktion och överföring till Arbetsförmedlingen. Någon gick från hel sjukskrivning till heltidsarbete. Vissa har uttryckt stor besvikelse gentemot Hälsocentralen att vi varken kunnat bota dem eller skriva intyg som gått igenom på Försäkringskassan.

Hösten 2018 har vi nu en väntelista på 6 patienter och kan därmed starta gruppbehandling, troligtvis i september.

Slutsats

Mycket personaltid går åt till denna behandling, både i PSE, men framförallt på sjukgymnastiken med alla träningstider. Vi behöver se tydliga resultat i form av lyckad rehabilitering för att detta ska vara en återkommande behandlingsform på Hälsocentralen. Vi har många gruppbehandlingar på Hälsocentralen, och vid en viss mängd grupper börjar de individuella tiderna ta slut, vilket inte är optimalt. Vi är endast ca 2,5 tjänst på vardera PSE och sjukgymnastiken, vilket gör att vår gruppkvot i dagsläget är uppfylld om vi kör alla våra grupper: artrosskola, Basal Kroppskännedom, stressgruppbehandling (gemensam för PSE och Sjukgymnaster), känslaskola för ångest och depression och sömnskola. Troligt är att någon av dessa ställs in denna termin och ersätts av smärtgruppen.

Det är också högst osäkert om rehabilitering med KRT kan starta något tidigare än efter tre månader. Innan det kan man knappast veta om detta är en patient som riskerar mer långvariga besvär från rörelseapparaten. Undersökningar m.m. är ibland inte helt klara och patienten kan inte tänka sig att gå in i rehabfas om alla svar inte kommit in. Sedan kommer 180-dagars brevet från Försäkringskassan och det är då ibland kraftiga känslomässiga reaktioner som ska hanteras, vilket stör allting annat. Tidsfönstret för rehabilitering har därför ibland krympt eller försvunnit helt.

Vid intresse delar vi gärna med oss av våra behandlingsresultat från kommande smärtgruppbehandlingar. Resultat väntas tidigast någon gång vid årsskiftet 2018/2019.

/kontakt

Kontaktperson och kontaktuppgifter: Sjukgymnast Elisabeth Landegren Eriksson: 072-206 24 47
elisabeth.landegren-eriksson@regionjh.se

Psykolog Monica Fredriksson: 0640-166 13, monica.fredriksson@regionjh.se

Referenser

Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta, Rapport 2011:02
samarbetsprojekt Nationella medicinska indikationer, SKL, SBU m.fl. 2011

Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta, kompetenser och uppgifter, SKL, 2013

Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggsmärta, SBU kommentar, 2015-07

Torstensen T. A., *Teorimanual Kognitiv rehabiliteringsterapi (KRT), Kommunikation och fysisk aktivitet som smärtbehandling*, Holten Institute AB, 2017

Torstensen T. A., *Spegeln, Att förhålla sig till smärta, värk och stress, patientmanual*, Holten Institute AB, Lidingö, 2015

Zale E. L., Lange K. L., Fields S. A., Ditte J. W., *The Relation Between Pain-Related Fear and Disability: A Meta-Analysis*, The Journal of Pain, 2013: pp 1-12, Elsevier.

Crombez G., Vlaeyen J. V. S., Heuts P., Lysens R., *Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability*, Pain, 1999, pp: 329-339

Woolf C. J., *Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain*, Pain, 2011

Linton S. J. P. D. B., Katja M. A Linton, Steven J. Ph.D.; Boersma, Katja M.A. *Early Identification of Patients at Risk of Developing a Persistent Back Problem: The Predictive Validity of The Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire*. the Clinical Journal of Pain, 2003. 19(2): p. 80-86.