



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP OCH FYSIOLOGI
ARBETSTERAPI

KÖNS- OCH GENUSSKILLNADER EFTER SMÄRTREHABILITERING

- En systematisk litteraturöversikt

Jenny Becker

Therese Fredriksson

| | |
|----------------|--|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Arbetsterapeutprogrammet |
| Kurs: | ARB341 Självständigt arbete (examinationsarbete) inom arbetsterapi |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | VT 2021 |
| Handledare: | Ann-Charlotte, Lindström Masterexamen, Leg. Arbetsterapeut |
| Examinator: | Annikki, Arola MedDr, överlärare i ergoterapi |

Sammanfattning

| | |
|----------------|---|
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program: | Arbetsterapeutprogrammet 180 hp |
| Kurs: | ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi (examensarbete) |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | VT 2021 |
| Handledare: | Ann-Charlotte, Lindström Masterexamen Leg. Arbetsterapeut |
| Examinator: | Annikki, Arola Med. Dr, Lektor i ergoterapi |
| Nyckelord: | Arbetsterapi, långvarig muskuloskeletal smärta, rehabilitering utfall, kvinna och man |

| | |
|----------|--|
| Bakgrund | Långvarig muskuloskeletal smärta är en av de vanligaste typerna av långvarig smärta och något en arbetsterapeut möter i sin vardag. En kärnpunkt i en arbetsterapeuts yrke är att arbeta patientcentrerat och därmed se varje patient utifrån patienten och inte från ett kön. Utgår arbetsterapeuten från de kön- och genusnormer som finns i samhället, finns en risk att patientens smärtrehabilitering och dess utfall påverkas. Det är därav fördelaktigt om arbetsterapeuter har kunskap kring utfallet efter smärtrehabilitering och om det ser olika ut hos könen och vad det kan bero på. |
| Syfte | Syftet med studien var att undersöka om det finns skillnader i vilken effekt smärtrehabilitering har på män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta. |
| Metod | En systematisk litteraturoversikt har genomförts med en kvantitativ ansats enligt Forsberg och Wengströms metodik. Sju artiklar som svarade på syftet valdes ut. Artiklarna granskades med hjälp av McMasters granskningsmall. |
| Resultat | Det fanns ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män efter smärtrehabilitering varken i återgång till arbete eller i deras psykiska- och fysiska hälsa. |
| Slutsats | Ingen signifikant skillnad mellan könen efter smärtrehabilitering kunde hittas. Däremot att kvinnor rapporterade en sämre fysisk och psykisk hälsa både innan och efter smärtrehabiliteringen kunde upptäckas. Författarna anser att mer forskning behövs för att säkerställa att smärtrehabiliteringen ger samma effekt hos kvinnor och män med långvarig muskuloskeletal smärta, samt undersöka anledningen till kvinnors sämre psykiska och fysiska hälsa vid långvarig smärta |

Abstract

Thesis: 15 hp

Program: Occupational Therapy program 180 hp

Course: ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy

Level: First Cycle

Semester/year: ST 2021

Supervisor: Ann-Charlotte, Lindström Degree of Master of Arts,
Reg. Occupational Therapist

Examiner: Annikki, Arola Leg. Ergoterapeut, PhD

Keyword: occupational therapy, chronic musculoskeletal pain, rehabilitation
outcome, female and male

Background Chronic musculoskeletal pain is one of the most common chronic pain and something that an occupational therapist encounters in their everyday work. A core point in the work of an occupational therapist is to work patient-centered and to see every patient based on the patient and not from any gender. If you as an occupational therapist look at a patient based on the gender norms that exist in everyday life, there is a risk that the pain rehabilitation and its outcome will be affected. Therefore, it is favorable if an occupational therapist has the knowledge about the outcome of pain rehabilitation and if it looks differently between genders and what the reason might be.

Aim The aim of this study was to examine if there were any differences in the effect of pain rehabilitation between men and women with chronic musculoskeletal pain.

Method This study was based upon a systematic literature review with quantitative design according to Forsberg och Wengstroms method. Seven articles were chosen that answered the aim of the study. The articles have been reviewed for quality using McMasters Critical Review Form.

Result: There was no significant difference between men and women after pain rehabilitation, neither in their ability to return to work or in their psychological and physical health.

Conclusion No significant difference between the two genders after pain rehabilitation could be seen. Although it could be seen that women had worse psychological- and physical health before and after pain rehabilitation. The authors believe more research needs to be done to ensure that the effect of pain rehabilitation is the same for women and men with chronic musculoskeletal pain, also examine the reason for women with chronic musculoskeletal pain has worse psychological- and physical health.

Innehållsförteckning

| | |
|--------------------------------------|----|
| Bakgrund | 1 |
| Syfte | 3 |
| Metod | 3 |
| Metodval | 3 |
| Urval | 3 |
| Inklusions och exklusions- kriterier | 4 |
| Datainsamling | 4 |
| Material | 5 |
| Kvalitetsgranskning | 6 |
| Analys | 7 |
| Etiska aspekter | 7 |
| Resultat | 7 |
| Effektmått av behandlingsmetoder | 15 |
| Återgång till arbete | 15 |
| Psykisk hälsa | 16 |
| Fysisk hälsa | 17 |
| Stress | 18 |
| Diskussion | 18 |
| Resultatdiskussion | 18 |
| Metoddiskussion | 21 |
| Slutsats | 23 |
| Referenser | 23 |
| Bilagor | 27 |
| Bilaga 1 - McMaster | 27 |
| Bilaga 2 - sammanfattningstabell | 29 |
| Bilaga 3 - Mätinstrument | 31 |

Bakgrund

Långvarig muskuloskeletal smärta är en av de vanligaste typerna av långvarig smärta (1). Prevalensen av långvarig muskuloskeletal smärta varierar mellan 11% till 50% i Sverige beroende på målgrupp och geografiskt område (2). Individer som lider av smärta och långvarig smärta är något en arbetsterapeut frekvent påträffar i sitt arbete (3). En arbetsterapeut fokuserar övergripande på aktivitet och patientens aktivitetsidentitet, då denna påverkas av långvarig smärta. Aktivitetsidentitet är något som utgör en människas roller, värderingar, åsikter och intressen som driver en person att utföra dagliga aktiviteter (3, 4). En arbetsterapeut är tränad i att utgå från ett helhetsperspektiv samt att arbeta utifrån individen, även kallat personcentrerat, vid kommunikation med patienten om hens aktivitetsbehov i vardagen med långvarig smärta. Detta gör att arbetsterapeutens insats är en viktig del i smärtrehabiliteringen (3) och gör att bemötandet av individerna inte styrs av normer gällande genus, där vårdpersonalen utgår från mannen som norm (5). Inom svensk hälso- och sjukvård är jämlikhet en lagstadgad rättighet (6). Ett gott bemötande är en av de viktigaste faktorerna för att utveckla en mer jämlik vård (7) då arbetsterapeuten har en skyldighet att arbeta jämställt och vara normkritisk (8). En arbetsterapeut ska arbeta med en grundsyn om att varje person är unik och utgå från personen, det gäller faktorer som till exempel psykosociala, sociala och biologiska förutsättningar som påverkar en människas delaktighet i samhället (8).

Det första omgivningen är intresserad att få reda på av nyblivna föräldrar är vad det blev för kön på deras barn. Utifrån könet applicerar människor den stereotypiska kunskapen om respektive kön (5). Redan vid födseln sätts barnet in i en livslång process av socialisering. Via socialiseringen utvecklas människans identitet och jaguppfattning genom det sociala sammanhanget. I socialiseringsprocessen börjar individen forma sin identitet och är beroende av återkopplingen från omgivningen, återkopplingen blir olika beroende på kön. Det biologiska könet är något man föds in i, genus är något som människan formas till genom kulturen. Sammanfattningsvis kan genus förklaras som det sociala könet (5).

Det finns biologiska skillnader mellan könen som kan bidra till hur smärta upplevs såsom genetiska och hormonella faktorer (9). Utöver biologiska skillnader finns det även psykosociala faktorer som förklarar skillnaden i smärtupplevelsen mellan könen. Smärta mäts ofta med smärtskalor och är en subjektiv upplevelse, vilket kan påverkas av sociala faktorer. Pojkar och flickor socialiseras redan från en tidig ålder enligt könsnormer för hur man ska reagera på smärta. Pojkar och män lär sig vara tuffa, med hög smärttolerans medan flickor och kvinnor socialiseras för att vara försiktiga, känsliga och uttrycka sin smärta eller obehag verbalt (9).

Den internationella definitionen av smärta är att det är *“en obehaglig emotionell upplevelse till följd av verklig eller möjlig vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”* (10, s107). Långvarig smärta innebär att en person har konsekvent smärta i minst 6 månader (11). Det finns olika typer av långvarig smärta, en av dem är långvarig muskuloskeletal smärta

(12). Muskuloskeletal smärta har en direkt påverkan på muskler, ben, ligament och leder. Skador på nämnda kroppsdelar är den vanligaste orsaken till muskuloskeletal smärta (13). Långvarig muskuloskeletal smärta handlar om ändringar i nervsystemet som påverkar processen i nervsystemet (12). Främst syftas det på svar från centrala nervceller till inmatning av unipolära neuron och polymodala receptorer har förändrats. Detta resulterar i ett patofysiologiskt tillstånd som motsvarar central sensitisering. Smärtreceptorerna blir därmed mer känsliga för stimuli och individen känner smärta snabbare och starkare än normalt, även kallad hypersensitivitet (12).

Långvarig smärta är en av de vanligaste anledningarna till att söka vård (11). Långvarig smärta påverkar flera delar i livet som exempelvis den fysiska funktionen och rörligheten, även viktiga livsroller som arbete och sociala aktiviteter. Det är vanligt att långvarig smärta medför att personer drar sig tillbaka och undviker vissa aktiviteter, som kan leda till en sämre mental hälsa och livskvalité (11). Aktivitet definieras som alla typer av vardagliga aktiviteter som individen utför i vardagen (14). En annan vanlig konsekvens av långvarig smärta är nedsatt aktivitetsförmåga. Aktivitetsförmåga innebär att på ett tillfredsställande sätt utföra en aktivitet som lyfter fram en persons personliga upplevelser av aktivitet och deltagande (14). Resultatet av aktivitetsutförande är ett inflätat gruppdynamiskt förhållande mellan person, omgivning och aktivitet (15). Aktivitetsförmågan syftar till vad en person kan utföra eller vad en person har för kunskap, förmåga och kompetens att utföra efter sin rehabilitering. Aktivitetsutförande handlar om att en aktivitet utförs, inte hur bra eller hur den utförs (15). En person som lider av muskuloskeletal smärta kan ha förlorat aktiviteter som har betydelse för egenvård, nöje och produktivitet. Här kan arbetsterapeuten och patienten tillsammans arbeta fram möjligheter för att få ett tillfredsställande aktivitetsutförande och en fungerande vardag igen (15).

I smärtrehabilitering vid långvarig smärta ingår det fler professioner, till exempel fysioterapeut, arbetsterapeut, sjuksköterska och psykolog (16). Nämnda professioner arbetar nära varandra och patienten under en avtalad period mot ett gemensamt mål. Fokuset vid smärtrehabilitering ligger på att minska smärta samt hjälpa patienten till en fungerande vardag (16). Då en arbetsterapeut fokuserar övergripande på aktivitet är deras insats till smärtrehabilitering viktig (3). En arbetsterapeut kan bidra med energibesparande strategier, ergonomikunskap, aktivitetsgradering och miljöförändringar när det kommer till långvarig smärta (17). Teamet kommunicerar genom hela rehabiliteringsprocessen och samverkar med varandra när det kommer till planering, beslut och genomförande av rehabiliteringen (16).

Vid långvarig smärta påverkas människans vardag och alla dess aktiviteter (4). Enligt den arbetsterapeutiska modellen Model of Human Occupation (MOHO) (4) beskrivs det att meningsfulla aktiviteter är en grundsten för välmående hos en människa (4). Denna modell kan användas för att förklara situationen för patienter med långvarig smärta. Vid långvarig smärta finns en risk att de meningsfulla aktiviteter som man tidigare haft inte längre är möjliga att utföra eller väljs bort och man därmed förlorar sina roller och sina vanor i vardagen (4, 11). Sett ur ett arbetsterapeutiskt perspektiv framkommer det att

aktivitetsrättvisan är förlorad. Det innebär exkludering från aktiviteter som individen vill, behöver och har rätt till att utföra. Sådana aktiviteter kan vara direkt kopplade till personens välmående (18).

Studier (19-21) har visat att det finns skillnader hos män och kvinnor gällande uppfattning, beskrivning och uttryck av smärta. I studierna framkom det att normer har en betydelse i hur kvinnor respektive män hanterar och uttala sig om sin smärta.

Det är i en arbetsterapeuts kärnpunkt att arbeta patientcentrerat och att se varje patient som en individ och inte som ett kön. Normer och förutfattade meningar bör inte påverka bemötandet mot patienter då det kan påverka utfallet av smärtrehabiliteringen. Arbetsterapeuter kan ha stor påverkan på en individs smärtrehabilitering, därför är det av vikt att kartlägga eventuella skillnader mellan könen i utfallet av smärtrehabilitering. Detta för att bidra till att arbetsterapeuter ska kunna arbeta mot normerna som existerar om genus för att möta patienterna jämlikt och personcentrerat.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka om det finns skillnader i vilken effekt smärtrehabilitering har på män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta.

Frågeställningen är:

- Ser effekten av muskuloskeletal smärtrehabilitering olika ut hos män respektive kvinnor?

Metod

Metodval

Då denna studie syftar till att klargöra eventuell skillnad i utfallet av en intervention är en systematisk litteraturöversikt enligt Forsberg och Wengström (22) den metod som anses lämpligast. Metoden valdes för att ta reda på fakta om utfall kring evidensbaserad forskning som redan är existerande och nedskrivna, men även för att få en överblick på vad för kunskap som finns och vad som saknas. Vetenskapliga artiklar med kvantitativ metodansats har valts eftersom det är den lämpligaste metoden för att mäta effekten av en intervention (23).

Urval

Vid formuleringen av syftet och frågeställningen har Population Intervention Control Outcome (PICO) använts (23). Genom att använda sig av PICO identifieras vilken målgrupp studien ska utgå ifrån, vilken intervention som ska användas, vad interventionen jämförs med samt vad utfallet av interventionen blir.

Tabell 1 - förtydligande av PICO

| PICO | |
|----------------------------|--|
| Person | Personer med långvarig muskuloskeletal smärta |
| Intervention | Smärtrehabilitering |
| Kontroll/Jämförelse | Män respektive kvinnor |
| Utfall | Förbättrad vardag efter smärtrehabilitering vid långvarig muskuloskeletal smärta |

Inklusions och exklusions- kriterier

Artiklar som inkluderats i uppsatsen innehåller studier om personer som lider av långvarig muskuloskeletal smärta, samt utfallet av smärtrehabilitering. Både kvinnor och män var med i studierna och den långvariga smärtan har varit aktuell i minst 6 månader. Studierna jämförde smärtrehabiliteringens effektskillnader mellan de två könen. Studierna var av kvantitativ metodansats och någon gräns på årtal valdes bort för att minska risken för begränsning av artiklar.

Studier som exkluderats från uppsatsen har varit studier som var litteraturöversikter, studier med fokus på smärthantering, artiklar som innebar en kostnad samt studier som inte stämt överens med PICO.

Datainsamling

Litteratursökning gjordes via databaserna Pubmed och Scopus genom Göteborgs Universitet. Urvalet av artiklar som valdes till den systematiska litteraturöversikten gjordes via de inklusions kriterier som sattes innan. Sökning av artiklar gjordes mellan 210126-210129 En senare sökning gjordes 210202 för sökning efter ytterligare artiklar.

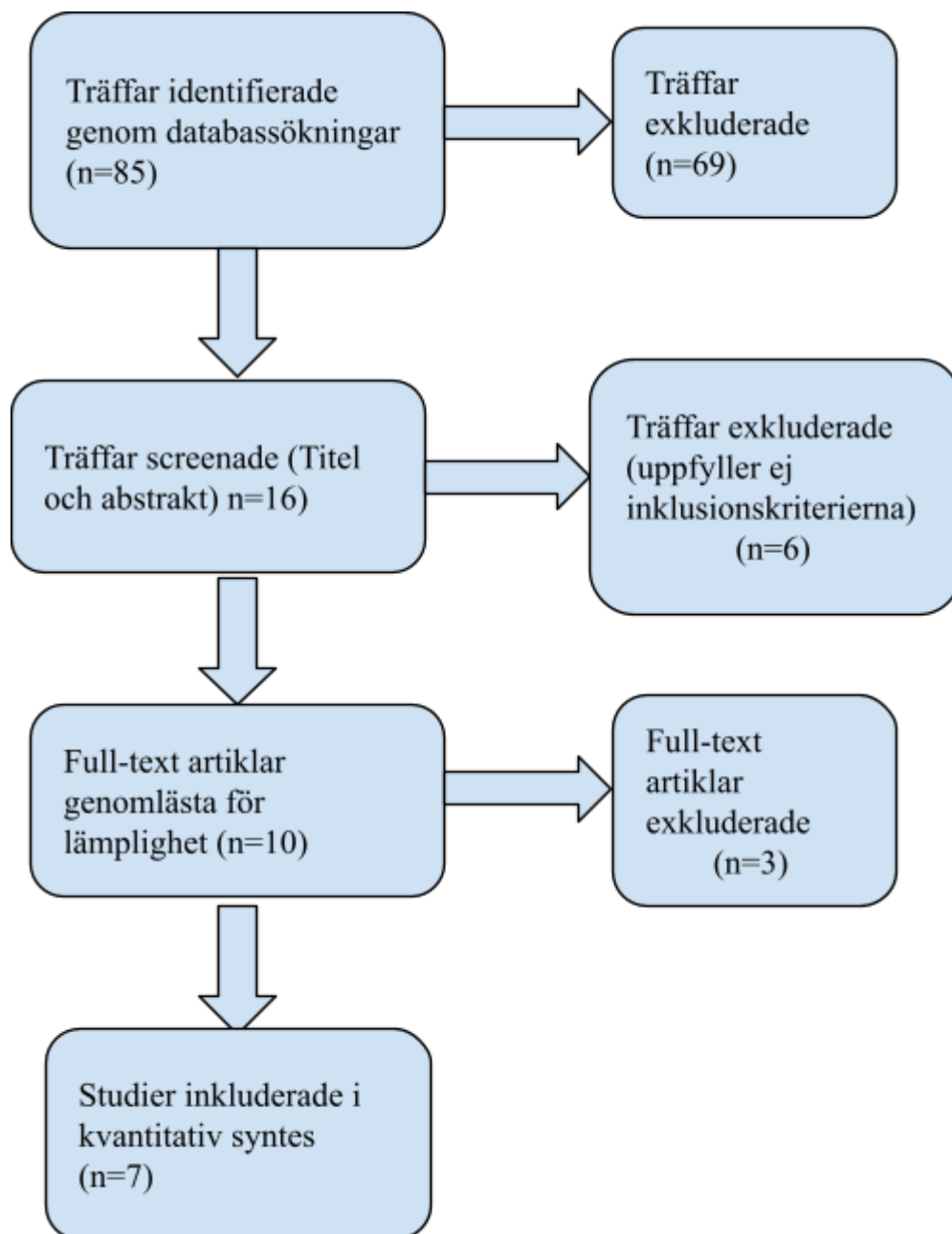
Tabell 2- sökord som användes

| Datum | Sökord | Pubmed | Scopus |
|-----------------------|--|--------|--------|
| 2021.01.26-2021.01.29 | chronic musculoskeletal pain gender differences rehabilitation | 54 | - |

| | | | |
|------------|--|---|----|
| 2021.02.02 | chronic musculoskeletal pain" rehabilitation AND (men) AND (women) | - | 31 |
|------------|--|---|----|

Material

Sökningsprocess, bearbetning och läsning av material genomfördes av båda författarna tillsammans. Vid den första initiala sökningen som gjordes via databasen Pubmed visades 54 träffar. I det första steget läste författarna titeln och abstrakten där 15 artiklar valdes ut. I ett andra steg läste författarna metoddelen i studierna för att undersöka att det var en kvantitativ metod som användes, därefter kvarstod nio artiklar. Tre artiklar exkluderas ytterligare efter ett tredje steg då de inte stämde med författarnas PICO, sex artiklar kvarstod (24-29). En sekundär sökning efter artiklar gjordes på databasen Scopus med 31 träffar. Samma process gjordes som i den första initiala sökningen och ytterligare en studie inkluderades (30). Urvalsprocessen presenteras i figur 1. Fem av studierna (24-28) som författarna har använt i studien hittades i andra vetenskapliga artiklars referenslista som innehöll *Gender, rehabilitation outcome* eller *Musculoskeletal Pain* i titeln som fängade författarnas intresse. Övriga studier (29-30) hittades på Pubmed respektive Scopus.



Figur 1 Flödesschema som visar urvalsprocessen och antal valda artiklar

Kvalitetsgranskning

De sju artiklar som återstod efter urvalsprocessen genomgick en kvalitetsgranskning med Mcmasters granskningsmall (bilaga 1) (31). Utefter Mcmasters mall bedömdes artiklarna efter *syfte, bakgrundslitteratur, urval, utfall, intervention, resultat, bortfall och slutsats*. I mallen fanns olika svarsalternativ till hjälp “JA”, “NEJ”, “INGET SVAR” eller “EJ BESKRIVET”. Författarna läste en artikel åt gången var för sig för att sedan tillsammans göra en kvalitetsgranskning på artikeln. För att författarna skulle vara på en likvärdig plan när det kom till bedömningen fördes en diskussion mellan författarna genom hela processen.

Därefter gjorde författarna tillsammans en sammanfattande kvalitetsgradering hos respektive artikel baserat på svarsalternativen utifrån riktlinjer från Göteborgs universitet. Graderingen gjordes genom beräkningen av procentandelen "JA", "NEJ", "INGET SVAR" eller "EJ BESKRIVET". Studiekvalitén-nivåerna som fanns var **hög, medelhög** och **låg**. Gränserna var *hög 75-100%, medelhög 50-74% samt låg 0-49%*. "INGET SVAR" och "EJ BESKRIVET" fick som mest bestå av totalt 10%. Översteget det 10% skattades artikeln ned en nivå, till exempel från medelhög till låg.

Analys

Vid analys av ovanstående artiklar utgick författarna från en arbetsterapeutisk grund, detta av anledningen att ett aktivitetsperspektiv stod i fokus. Den främsta frågeställningen som stod i centrum för denna analys var *ser effekten av muskuloskeletal smärtrehabilitering olika ut hos män respektive kvinnor?* Text som författarna ansåg relevant till frågeställningen togs från artiklarna för att sedan kategoriseras i underrubriker inom resultatet av denna studie.

Författarna som analyserat materialet och dess resultat har förhållit sig neutralt utifrån sina förkunskaper inom ämnet genom hela processen.

Etiska aspekter

I fem (24,26-27, 29-30) av artiklarna nämns det att deltagarna gav sina medgivande att vara med i studien samt tre av studierna (23, 27, 30) hade godkänts av olika former av etiska kommittéer. Vid en litteraturstudie kan det vara svårt att veta att allt i artikeln skett på ett etiskt korrekt sätt. Majoriteten av artiklarna nämner att deltagarna gett sitt medgivande att delta i studien vilket stärker att etiska aspekter har tagit hänsyn till.

Resultat

Tabell 3 - resultattabell

| Författare Årtal, land | Studiedesign n=Deltagare | Patientgrupp M=Män K=Kvinnor | Intervention | Utfallsmått & mätinstrument | Resultat | Studiekvalitet |
|-----------------------------------|---|--|--|---|--|--|
| Sjöström R et al. (24) Sverige | A prospective study två grupper som får samma intervention n=60 | Rygg & nacksmärta M=20 K= 40 | Rehabiliteringsprogrammet anpassades individuellt och bestod av fysisk aktivitet i flera former, avkoppling, teoretisk och praktisk utbildning och individuell vägledning. <u>Uppföljning:</u> 7 Veckor, | Behov av sjukskrivning samt psykisk hälsa. Global Self-efficacy Index (GSI) = Utvärdera hälsorelaterade livskvalité. Fokuserar på tre huvudområden Fysiskt- och psykiskt tillstånd | 2% (1 person) kompletterade inte rehabiliteringsprogrammet. Återgång till arbete: Heltidssjukskrivna Innan rehabilitering: Kvinnor: 55% Män: 40% Uppföljning 24 månader: Kvinnor: 18% Män: 15% | MEDELHÖG Ja (78,5%) Ej beskrivet (14%) Nej (0%) Ej tillgängligt (7%) |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|
| | | | 6 månader, 12 månader, 24 månader | samt sömnstörningar Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) = Mäta ångest och depression Stresstest = Deltagarna uppskattar sin egen stressbeteende | Deltidssjukskrivna innan: Kvinnor: 27% Män: 10% Uppföljning 24 månader: Kvinnor 49% Män: 15% Inte sjukskrivna Innan rehabilitering: Kvinnor - 18% Män: 50% Uppföljning 24 månader: Kvinnor: 35% Män: 70% Ångest och Depression: Innan smärtrehabilitering: Kvinnor: M=6,5 Män: M=4,7 Uppföljning 24 månader: Kvinnor: M=4,2 Män: M=4,1 GSI Livskvalité Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=4.5 Män: M=2.5 Uppföljning Kvinnor: M=2.8 Män: M=1.7 Stress Innan rehabilitering Kvinnor: M=19.8 Män: M=19.7 Uppföljning Kvinnor: M=14.1 Män: M=13 | |
| Kvam L et al. (25) Studien pågick Oktober-2010 - December-2011 Mottagen April 2013 Accepterad Mars 2014 | A retrospective study Två grupper som får samma intervention n= 270 | Långvarig muskuloskelet al smärta Sjukskrivna M = 79 män K = 191 | Utbildning i hälso- och arbetsrelaterade teman, anpassningar på arbetsplatsen gjorde för att förbättra delaktigheten på jobbet. | Studien mäter köns- och genusskillnader efter smärtrehabiliterin g (yrkesrehabiliterin g). De fokuserar på tre faktorer som kan påverka | 48% (130 personer) svarade inte på 12 veckors frågeformuläret. Familjeomsorg som hinder för återgång till arbete Innan smärtrehabilitering | MEDELHÖG Ja (78,5%) Ej beskrivet (14%) Nej (0%) |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|
| Publicerad April 2014 Norge | | | Programmet fokuserade på att ändra individens fokus från smärta och funktionella problem till en ökad medvetenhet av individens resurser och kompetenser. <u>Uppföljning:</u> 12 veckor | livskvalité. Arbete, Familj samt fritid. | Kvinnor: M=4.38 Män: M=4.67 Uppföljning 12 veckor: Kvinnor: M=4.31 Män: M=4.65 | Ej tillgängligt (7%) |
| McGeary D et al. (26) Studien pågick: Januari 1992-December 1998 Antogs Februari 2002 Accepterad November 2002 USA | Före och efter studie Två grupper som får samma intervention n=1827 | Långvarig muskuloskeletal smärta Sjukskrivning M= 1158 K= 669 | Programmet individualiserat till varje patients behov och pågick mellan 4-10 veckor 1-2 dagar i veckan. Fysisk träning, individuell rådgivning, grupperapi, stresshantering och yrkes integration. <u>Uppföljning:</u> 1 år | Kön- och Genusrelaterade skillnader i meningsfulla-, fysiska-, psykiska- och socioekonomiska faktorer Quantified Pain Drawing = Självrapportering av upplevd smärtintensitet Million Visual Analog Scale = Visual frågeformulär om funktionsnedsättning Beck Depression Inventory (BDI) = Gradering av psykisk ohälsa (depression). | 9% (165 patienter) gjorde inte färdigt programmet. Arbete Uppföljning 1 år Återgått till arbete Kvinnor: 81% Män: 81% Arbete heltid Kvinnor: 61% Män: 68% Utföra tidigare arbetsuppgifter Kvinnor: 76% Män: 81% Depression: Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=17.9 Män: M=15.4 Uppföljning Kvinnor: M=10.3 Män: M= 9.0 Million VAS Nedsättning Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=94.2 Män: M=90.2 Uppföljning Kvinnor: M= 66.3 Män: M=64.0 Uppföljning Kvinnor: M=67.1 Män: M=74.9 Quantified Pain Drawing | MEDELHÖG Ja (86%) Ej beskrivet (0%) No (7%) Ej tillgängligt (7%) |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | | <p>Smärtintensitet Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=7.1 <i>Män</i>: M=6.6</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M= 5.1 <i>Män</i>: M=5.0</p> | |
| <p>Hooten WM et al. (27)</p> <p>Studien pågick: Januari 2002- Juni 2005</p> <p>USA</p> | <p>A retrospective case-matched series</p> <p>Två grupper som får samma intervention</p> <p>n=66</p> | <p>Fibromyalgi</p> <p>M=33</p> <p>K=33</p> | <p>Programmet baseras på en kognitiv beteendemodell med kognitiva beteendegrupper utbildningar, dagliga möten med fysio- och arbetsterapeut, under en period på 3 veckor.</p> <p><u>Uppföljning:</u> efter interventionen på 3 veckor</p> | <p>Mäta könsskillnader i fysiska och emotionell funktion hos patienter med fibromyalgi som genomgår tvärvetenskap smärtrehabilitering</p> <p>The Multidimensional Pain Inventory (MPI)=Fastställa kvantiteten av psykosocial påverkan av långvarig smärta</p> <p>Short Form-36 Health Status Questionnaire= en skala för att bedöma fysisk och emotionell hälsa under den senaste månaden</p> <p>The Catastrophizing subscale from the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-C)=bedömer negativa smärtrelaterade kognitioner och känslor</p> <p>The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)=ger ett mått på depressiva symtom som har uppstått i förra veckan</p> | <p>24% (8 Patienter) gjorde inte färdigt programmet.</p> <p>MPI: Smärtans påverkan på livet: Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=53.6 <i>Män</i>: M=48.8</p> <p>Uppföljning efter smärtrehabilitering tre veckor <i>Kvinnor</i>: M=34.8 <i>Män</i>: M= 38.1</p> <p>Emotionell nöd Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=49.7 <i>Män</i>: M=48.2</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=39.9 <i>Män</i>: M=37.5</p> <p>Upplevd livskontroll Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=46.0 <i>Män</i>: M=47.6</p> <p>Uppföljning: <i>Kvinnor</i>: M=57.9 <i>Män</i>: M=56.2</p> <p>Hur svår smärtan är Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=51.8 <i>Män</i>: M= 49.9</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=37.1 <i>Män</i>: M=38.7</p> <p>Aktivitetsnivå Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=50.9 <i>Män</i>: M=50.5</p> | <p>MEDELHÖG</p> <p>Ja (78,5%)</p> <p>Ej beskrivet (14%)</p> <p>Nej (%)</p> <p>Ej tillgängligt (7%)</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>Uppföljning Kvinnor: M=57.2 Män: M=57.0</p> <p>SF-36: Roll-begränsningar Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=36.7 Män: M=35.7</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=48.7 Män: M=45.9</p> <p>Social funktion Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=28.2 Män: M=26.5 Uppföljning Kvinnor: M=45.2 Män: M= 38.4</p> <p>Hälsouppfattning: Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=35.8 Män: M=29.1</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=47.2 Män: M=36.4</p> <p>Fysiska funktionen Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=25.7 Män: M=26.7</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=39.2 Män: M=38.6</p> <p>Fysiska rollen Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=28.3 Män: M=24.4</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=43.7 Män: M=34.8</p> <p>CES-D: Depressiva symtom Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=26.4 Män: M=25.7</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| | | | | | <p>Uppföljningen Kvinnor: M=16.2 Män: M=14.9</p> <p>CSQ-C Kapacitet att hantera smärtan Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=13.8 Män: M=13.3</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=5.8 Män: M=8.3</p> | |
| <p>Gagnon S et al. (28)</p> <p>Studien pågick 2002-2006</p> <p>Antogs Oktober 2008</p> <p>Accepterad Oktober 2008</p> <p>Frankrike</p> | <p>Multicenter, med observations-, prospektiv och icke-randomiserad uppföljning.</p> <p>n=748</p> | <p>Långvarig ryggsmärta</p> <p>M = 371</p> <p>K = 377</p> | <p>Patienterna tränade i grupp på 4-5 pers. De tränade 20 dagar spridda över en period på max 5 veckor.</p> <p>Interventionen bestod av fysisk träning inklusive muskelförstärkning, kardiiovaskulära övningar, aktiv stretching och proprioceptiva övningar. De fick också information och vägledning om fysio patologiska mekanismer för icke-specifik CLBP, hållning och ergonomi, såväl som psykologisk vård (samtal, avslappningsterapi).</p> <p><u>Uppföljning:</u> 3 månader, 6 månader och 12 månader</p> | <p>Utvärdera kort- och långtidseffekterna av Multidisciplinära träningsprogram (MTP)</p> <p>Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ)= Funktionell status</p> <p>The Hospital Anxiety Depression (HAD) scale=patientens psykologiska profil bedömdes</p> | <p>87% (651) fullföljde inte uppföljningarna</p> <p>Depression: Innan rehabilitering Kvinnor: M= 6.7 Män: M= 7</p> <p>Uppföljning 12 månader Kvinnor: M= 5.1 Män: M=7.5</p> <p>RDQ Funktionell status Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=11 Män: M=12</p> <p>Uppföljning Kvinnor: M=8 Män: M=9</p> | <p>LÅG</p> <p>Ja (71%)</p> <p>Ej beskrivet (14%)</p> <p>Nej (7%)</p> <p>Ej tillgängligt (7%)</p> |

| | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|---|---|--|
| <p>Lillefjell M et al. (29) Norge</p> | <p>A prospective study n= 178</p> | <p>Långvarig muskuloskelet al smärta M= 60 K= 108</p> | <p>Interventionen är baserad på en biopsykosocial teoretisk modell omfattar både individuell rådgivning och gruppbaserad behandling. Programmet bestod av en 5 veckors intensiv period, där deltagarna deltog cirka 6 timmar / dag, 4 dagar i veckan och en uppföljningsperiod på 52 veckor, där deltagarna deltog ungefär 6 timmar / dag, 1-3 dagar i veckan <u>Uppföljning:</u> 5 veckor och 57 veckor.</p> | <p>Visual analogue scales (VAS)= smärtintensitet och övergripande bedömning av livskvaliteten av patient COOP/WONCA = diagrammätning av hälsoupfattning. Fysisk funktion, Känslor, dagliga aktiviteter, sociala aktiviteter och övergripande hälsa. Sense of Coherence (SOC) = Mäta tre huvud-kolumner som var <i>uppfattning, hanterbarhet</i> och <i>meningsfullhet</i>. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) = patientens psykologiska profil bedömdes</p> | <p>5% (10 deltagare) blev avvisade från studien då de inte svarade på uppföljningsfrågeformuläret HADS Ångest Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=9.23 Män: M=7.94 Uppföljning 57 veckor Kvinnor: M= 7.90 Män: M= 7.59 Depression Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M= 5.90 Män: M=6.01 Uppföljning Kvinnor: M=4.79 Män: M=5.30 COOP/WONCA Begränsning av känslor: Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=2.96 Män: M=2.79 Uppföljning Kvinnor: M=2.70 Män: M=2.68 Sociala aktiviteter Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=2.65 Män: M=2.66 Uppföljning Kvinnor: M=2.26 Män: M=2.17 Fysisk kondition Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=2.92 Män: M=2.74 Uppföljning Kvinnor: M=2.93 Män: M=2.78 Dagliga aktiviteter Innan smärtrehabilitering Kvinnor: M=3.32</p> | <p>LÅG Ja (71%) Ej beskrivet (14%) Nej (7%) Ej tillgängligt (7%)</p> |
|---|---------------------------------------|---|---|---|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p><i>Män</i>: M=3.36</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=3.07 <i>Män</i>: M=3.10</p> <p>Övergripande hälsa Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=3.33 <i>Män</i>: M=3.36</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=3.07 <i>Män</i>: M=3.07</p> <p>SOC Meningsfullhet Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=16.64 <i>Män</i>: M=17.55</p> <p>Uppföljning: <i>Kvinnor</i>: M=17.61 <i>Män</i>: M= 18.47</p> <p>Insikt Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=21.86 <i>Män</i>: M=20.45</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=22.65 <i>Män</i>: M=21.11</p> <p>Hanterbarhet Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=17.20 <i>Män</i>: M=19.43</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=18.50 <i>Män</i>: M=20.13</p> <p>VAS Smärtintensitet Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M= 76.14 <i>Män</i>: M=80.56</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor</i>: M=74.10 <i>Män</i>: M=75.01</p> <p>Smärtupplevelse Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor</i>: M=73.08</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|---|
| | | | | | <p><i>Män:</i> M=74.41</p> <p>Uppföljning: <i>Kvinnor:</i> M=67.05 <i>Män:</i> 70.05</p> <p>Smärtans påverkan på livet Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor:</i> M=57.91 <i>Män:</i> M=57.90</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor:</i> M=62.61 <i>Män:</i> M=61.98</p> | |
| <p>Myhr A et al. (30)</p> <p>Studien pågick 2005-2006</p> <p>Mottagen: December 2009</p> <p>Reviderad: September 2010</p> <p>Accepterad: September 2010</p> <p>Norge</p> | <p>Före och efter studie</p> <p>n=201</p> | <p>Långvarig muskuloskeletal smärta</p> <p>Sjukskrivna</p> <p>M = 63</p> <p>K = 128</p> | <p>Programmet försökte förbättra patienternas coping-färdigheter för arbete samt öka deras fysiska och mental hälsa, utbilda dem om positiva hälsoprocesser och öka avkastningen till arbetet. Fysisk träning och individuellt utformade träningsprogram. En pedagogisk modellbaserat på empowerment var centralt i både gruppbaseade och individuella träningstillfällen</p> <p><u>Uppföljning:</u> 57-veckor</p> | <p>Hur smärta och mental hälsa ändras efter tvärvetenskaplig rehabilitering mellan män och kvinnor</p> <p>Visual Analog Scale (VAS)= smärtintensitet och övergripande bedömning av livskvaliteten av patient</p> <p>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)= patientens psykologiska profil bedömdes</p> | <p>5% (10 personer) hoppade av programmet</p> <p>Ångest Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor:</i> M=8.8 <i>Män:</i> M=9.21</p> <p>Efter smärtrehabilitering 57-veckor <i>Kvinnor:</i> M=6.7 <i>Män:</i> M= 6.21</p> <p>Depression Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor:</i> M= 6.2 <i>Män:</i> M=7.51</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor:</i> M= 4.4 <i>Män:</i> M=5.31</p> <p>VAS: smärtuppfattning Innan smärtrehabilitering <i>Kvinnor:</i> M=70.6 <i>Män:</i> M=63.1</p> <p>Uppföljning <i>Kvinnor:</i> M=60.3 <i>Män:</i> M=55.8</p> | <p>MEDELHÖG</p> <p>Ja (78,5%)</p> <p>Ej beskrivet (14%)</p> <p>Nej (0%)</p> <p>Ej tillgängligt (7%)</p> |

Effektmått av behandlingsmetoder

Alla artiklar som använts i studien är kvantitativa studier (24-30). Studierna mäter effekten och utfallet efter smärtrehabilitering. Utfall som studierna har tagit med är *återgång till arbete* (24-26), *psykisk hälsa*, *fysisk hälsa* (24,26-30). En av studierna (24) hade även med *stress* som ett utfall (24). För att få fram ett resultat har författarna för sin systematiska litteraturöversikt använt utfallsmåtten innan smärtrehabiliteringen och vid sista uppföljningen (se tabell 3). En sammanfattning av artiklarna finns att se i bilaga 2. I bilaga 3 finns en förklaring över mätinstrumenten som används i artiklarna samt deras utfallsmått.

Återgång till arbete

Tre av artiklarna (24-26) fokuserade på återgång till arbete efter smärtrehabilitering.

I artikeln skriven av Sjöström et al (24) har mätningen av sjukskrivning presenteras i procentform, och delas upp i *heltidssjukskriven*, *deltidssjukskriven* och *inte sjukskriven*. Efter två år hade behovet av sjukskrivning minskat med 37% hos kvinnorna ($p < 0,0001$) och med 25% hos män ($p < 0,05$).

Kvam et al (25) har i sin artikel inte fokuserat på hur många som återgick till arbetet efter rehabilitering, utan istället på faktorer som kunde påverka återgång till arbete. Det fanns en kön- och genuskillnad i fritidsaktivitet innan rehabiliteringen men inte efter, det fanns inte heller någon kön- och genuskillnad i psykologisk arbetsplats och fysiska komponenter på arbetsplats. I studien presenterades det inga siffror när det kom till *fritidsaktivitet*, *psykologisk arbetsplats* och *fysiska komponenter på arbetsplats* som hinder att återgå till arbete. Detta då det inte fanns en signifikant skillnad mellan könen. Den största kön- och genuskillnaden kunde ses vid familjeomsorg, där familjeomsorgen var en större faktor som påverkade återgång till arbete hos kvinnor än hos män, både före och efter rehabilitering (se tabell 3).

I artikeln skriven av McGeary et al (26) var alla deltagare sjukskrivna, då det var ett inklusionskriterium. Studien presenterar därmed bara uppföljningen i procentform, i kategorierna *återgått till arbete*, *arbeta heltid* och *utföra tidigare arbetsuppgifter* trots svårigheterna som orsakat sjukskrivningen (se tabell 3). Det fanns en signifikant skillnad hos de två könen men inte mellan könen vid uppföljningen i återgång till arbete ($p = 0,002$), utföra sina tidigare arbetsuppgifter ($p = 0,036$) och arbeta heltid ($p = 0,004$) (26).

Psykisk hälsa

Sex av artiklarna (24, 26-30) som användes i författarnas litteraturöversikt fanns ett fokus på den psykiska hälsan hos deltagarna.

I fyra av artiklarna (24, 28-30) gjordes en mätning av självskattad *ångest* och *depression* med hjälp av mätinstrumentet *The Hospital Anxiety Depression Scale* (HAD). Sjöström et al (24) visade att båda könen en minskning i *ångest* (män $p < 0,05$) (kvinnor $p < 0,01$) vid

uppföljningen. Efter smärtrehabiliteringen visade båda könen en förbättring i sin psykiska hälsa. Båda könen ångest och depression minskade. Testen visade att kvinnor skattade sin ångest och depression högre än män både före och efter smärtrehabiliteringen. Kvinnorna hade en signifikant minskad *depression* efter 2 år ($p < 0,01$) medan männen inte hade en signifikant skillnad (24). Gagnon (28) visade ingen signifikant skillnad mellan kvinnor och män gällande ångest, därför jämfördes inte könen i tabellerna som fanns, därmed valdes den tabellen bort i författarnas systematiska litteraturöversikt. Däremot fanns det en signifikant skillnad mellan könen vid depression. Kvinnorna hade ett lägre medelvärde än männen på depressionsskalan ($p = 0,02$) vilket visade att männen var mer depressiva än kvinnorna. Lillefjell (29) visade att både ångest och depression minskade signifikant vid uppföljningen hos både kvinnor och män ($p < 0,05$). Mellan könen fanns det ingen signifikant skillnad (kvinnor $p = 0,160$, män $p = 0,570$) i depression och ångest (29). I artikeln av Myhr et al (30) framgick det att genomsnittsvärdet hos båda könen hade en signifikant positiv minskning när det kom till både ångest och depression. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan könen ($p < 0,001$) i ångest och depression (30) (se tabell 3).

McGeary et al (26) gjorde en mätning av självskattad *depression* med instrumentet *Beck Depression Inventory* (BDI). Efter smärtrehabiliteringen fanns det en positiv signifikant skillnad hos båda könen angående depression, men ingen signifikant skillnad mellan könen i samma kategori ($p = 0,009$) (26) (Se tabell 3).

Hooten et al (27) har gjort en mätning av självskattad *påverkan på livet, emotionell nöd och upplevd livskontroll* med instrumentet *Multidimensional Pain Inventory* (MPI). Det fanns en signifikant skillnad mellan kvinnor och män i kategorin hur smärtan påverkar livet. Kvinnorna hade jämfört med männen en signifikant förbättring i hur smärtan påverkar livet ($p = 0,022$). Ingen signifikant skillnad mellan könen kunde ses vid uppföljningen när det kommer till emotionell nöd och upplevd livskontroll (se tabell 3). I samma artikel (27) har även en självskattning av roll-begränsningar¹ och *social funktion* mäts med instrument *Short Form-36 Health Status Questionnaire* (SF-36). Det fanns en förbättring hos båda könen vid mätning av roll-begränsningar och social funktion. Mellan könen fanns det en signifikant skillnad i social funktion ($p = 0,033$) där kvinnorna hade en högre sociala funktion än männen, men inte när det kommer till roll-begränsningar. I samma artikel (27) gjordes en mätning av självskattade *depressionssymtom* som kan ha uppstått den senaste veckan vilket gjordes med hjälp av instrumentet *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D). Mellan de två könen fanns ingen signifikant skillnad i depressionssymtom vid uppföljningen. Det fanns en positiv minskning i depressionssymtom hos båda könen efter smärtrehabilitering (27).

Mätning av självskattade begränsningar i *uttryck av känslor och sociala aktiviteter* mäts i artikeln skriven av Lillefjell (29) med hjälp av instrumentet *COOP/WONCA*. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan könen i uttryck av känslor och sociala aktiviteter, men det fanns en positiv förändring i kategorierna hos båda könen. I samma artikel (29) gjordes en mätning av

¹ Roll-begränsningar från känslomässiga problem

meningsfullhet, insikt och hanterbarhet med hjälp av instrumentet *Sense of Coherence* (SOC). Signifikanta skillnader mellan könen hittades i skalorna *meningsfullhet* och *hanterbarhet* där kvinnorna rapporterade lägre poäng på skalan än män vid uppföljningen, kvinnorna hade en svagare känsla av *meningsfullhet* och *hanterbarhet* (29).

Fysisk hälsa

Sex av artiklarna (24, 26-30) som användes i författarnas systematiska litteraturöversikt fanns ett fokus på deltagarnas fysiska hälsa.

Sjöström et al (24) mätte självskattad livskvalité med instrumentet *Global Self-Efficacy Index* (GSI). En ökning i livskvalitet kunde ses hos både män ($p < 0,05$) och kvinnor ($p < 0,001$) vid uppföljningen efter 24 månader jämfört med innan smärtrehabilitering. Det fanns inte någon signifikant skillnad mellan män och kvinnor i livskvalité vid uppföljningen två år efter programmet (24).

McGeary et al (26) gjorde en mätning på deltagarnas självupplevda *nedläggning* med hjälp av instrumentet *Million VAS*. Det fanns ingen signifikant skillnad i *nedläggning* mellan könen vid uppföljningen. Det fanns en positiv minskning hos båda könen när det kommer till *nedläggning*, men kvinnorna rapporterade en större *nedläggning* än männen. Deltagarnas självupplevda *smärtintensitet* mäts i McGeary et al (26) med instrumentet *Quantified pain drawing*. Det fanns ingen signifikant skillnad i *smärtintensitet* mellan de två könen, men en positiv skillnad för båda könen. Kvinnorna rapporterade en högre *smärtintensitet* vid uppföljningen än männen (26).

Hooten et al (27) undersökte deltagarnas självskattade känsla av *hur svår smärtan är* och *generella aktivitetsnivån* med hjälp av instrumentet MPI i denna studie. En förbättring kunde ses hos båda könen i *hur svår smärtan är* och *generella aktivitetsnivå*. Ingen signifikant skillnad mellan könen rapporterades efter smärtrehabiliteringen. I artikeln (27) gjordes även en mätning av deltagarnas självskattade *hälsouppfattning, fysiska funktion* och *sin fysiska roll* med instrumentet SF-36. Det fanns signifikanta skillnader mellan de två könen i *hälsouppfattning* ($p = 0,023$), *fysiska roll* ($p = 0,021$). Kvinnorna hade en högre *hälsouppfattning* och en högre *fysisk roll* än männen. Ingen signifikant skillnad i *fysisk hälsa* rapporterades. Hooten et al (27) undersökte även deltagarnas självupplevda kapacitet att *hantera smärta* med instrumentet *The Catastrophizing subscale* (CSQ-C). Efter smärtrehabiliteringen rapporterades ingen signifikant skillnad mellan könen, däremot rapporterades en signifikant positiv skillnad för de två könen, där både kvinnorna och männens förväntningar av att de kunde hantera smärtan var bättre (27).

Mätning av deltagarnas självskattade *funktionella status* gjordes i artikeln skriven av Gagnon et al (28) med hjälp av instrumentet *Roland-Morris Disability Questionnaire* (RDQ). Det fanns en signifikant skillnad mellan könen vid uppföljningen ($p = 0,0002$). Det visade sig vara viktigare för män än kvinnor att den långvariga smärtan inte påverkade livet negativt (28).

I två av artiklarna (29-30) användes mätinstrumentet *Visual Analogue Scale* (VAS) för att mäta självupplevda *smärtupplevelse*, *smärtans påverkan på livet* samt *smärtintensitet*. I artikeln skriven av Lillefjell (29) kunde ingen signifikant skillnad ses mellan könen efter smärtrehabiliteringen vid smärtintensitet, smärtupplevelse och smärtans påverkan på livet. Däremot kunde en positiv skillnad ses hos de båda könen i de tre kategorierna (29). Myhr et al (30) redovisade en signifikant skillnad hos både männen och kvinnorna efter rehabiliteringen i smärtupplevelse. Dock rapporterades ingen signifikant skillnad mellan könen (30).

Deltagarnas självupplevda *fysiska kondition*, *dagliga aktiviteter* och *övergripande hälsa* undersöktes i artikeln skriven av Lillefjell (29) vilket gjordes med hjälp av instrumentet COOP/WONCA. Ingen signifikant skillnad mellan de två könen kunde ses vid någon av mätningarna. Däremot rapporterades det en signifikant förbättring hos båda könen vid dagliga aktiviteter ($p < 0,05$) och övergripande hälsa ($p < 0,001$) (29).

Stress

I en av artiklarna (24) gjordes ett stresstest där både kvinnor och mäns självupplevda stressnivå undersöktes. Både bland kvinnor ($p < 0,0001$) och män ($p < 0,0001$) minskade den självupplevda stressnivån från innan smärtrehabiliteringen till uppföljningen. Det finns ingen signifikant skillnad mellan könen i självupplevd stress (24).

Diskussion

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis visar resultatet i studien att smärtrehabiliteringen hos individer med långvarig muskuloskeletal smärta ger samma effekt hos både män och kvinnor då minskningarna eller ökningarna är snarlika mellan de två könen. Kvinnorna rapporterade i majoriteten av artiklarna mer fysisk och psykisk smärta än männen både före och efter smärtrehabiliteringen. Det finns inget enkelt svar på vad detta beror på, men det finns studier (19-21, 32-34) som visar på att samhällsnormer och förväntningar kan ha en betydelse. I fem av de sju studier (24-25, 28-30) som användes i författarnas systematiska litteraturöversikt var det fler kvinnor än män med i studierna. En reflektion är att snedfördelningen kan bero på förväntningarna samhället har på respektive kön.

I fyra av artiklarna (24, 26-27, 29) var den psykiska hälsan sämre hos kvinnor, både innan och efter smärtrehabilitering. En reflektion är att kvinnor eventuellt har gått en längre tid med sin smärta utan gehör, och smärtan som stör deras liv och vardag tar ut sig i deras psykiska hälsa. Ofta härleds kvinnors fysiska smärta till psykisk ohälsa, där vårdpersonal hänvisar till psykisk ohälsa istället för att undersöka om det kan vara något fysiskt (32). Enligt samhällsnormer är det vanligare för kvinnor att ha psykisk ohälsa än för män (32). Orsaken kan vara att definitionen av psykisk ohälsa är snäv. Om symtom i form av oro, huvudvärk och stress är

vanligare hos kvinnor, kan symtom i form av alkohol- och drogmissbruk vara vanligare hos män. Där kvinnornas symtom klassificeras som psykisk ohälsa medan männens drog- och alkoholmissbruk ses som en annan typ av besvär (5). En annan reflektion är att männen har en ovilja att söka hjälp för att inte framstå som svaga och väljer därför att kämpa igenom sin långvariga smärta istället för att söka hjälp och få den hjälp de förtjänar. Bendelow et al (21) resonerar kring att männen kände sig påtvingade av samhällets genusnormer att vara lugna och behärskade och inte påvisa sin smärta. Rädslan att bli stämplad som homosexuell eller vek var hög.

I fyra av artiklarna (26-27, 29-30) har kvinnorna sämre fysisk hälsa än männen i majoriteten av utfallsmåtten. Samhällsnormer som finns i samhället idag är att män ska minimalisera sin smärta. En reflektion som gjordes av författarna är då män blivit uppfostrade från en ung ålder att inte indikera när det har ont, vilket kan leda till att män senare i livet har svårt att be om hjälp från hälso- och sjukvården vid långvarig smärta. Männen har svårt att låta sig vara sårbara och våga bli omhändertagna för sina problem de har även en ovilja att framstå som mindre maskulina vilket gör att det dröjer innan de söker vård (19, 33). Kvinnor besöker hälso- och sjukvården i ett tidigare skede och mer frekvent men behöver kämpa för att bli hörda, förstådda och tagna seriöst för sin långvariga fysiska smärta (34). Både kvinnor och män hävdar att enligt samhällets könsroller ska män vara starkare och kämpa med sin smärta, medan kvinnor har möjligheten att prata om och söka hjälp för sin smärta snabbare (21). Vilket skulle kunna tolkas som att en ond cirkel uppstår då båda könen fortsätter att stärka de köns- och genusnormer som finns i samhället, till exempel att männen ger sina söner samma uppmaningar som de fick när de var små. Samhällsnormer behöver inte vara den enda förklaringen till att kvinnor rapporteras ha mer fysiska smärta än män i artiklarna i denna studie. Kan anledningen till att kvinnor har mer rapporterad långvarig smärta än män vara rent biologiskt? Det finns en studie (35) som visar att sjukdomar som fibromyalgi och artros påverkar kvinnor mer efter puberteten och är vanligare hos kvinnor än män. Det har föreslagits då kvinnor producerar mer östrogen naturligt under en längre tid att de är mer benägna att få nämnda åkommor (35).

När det kommer till återgång till arbete framkom det i artikeln skriven av Kvam et al (25) att den största faktorn som hindrar kvinnor att återgå till arbetet var familjeomsorg, både innan och efter smärtrehabiliteringen (25). Varför kan inte på rak arm avgöras, utan fler faktorer spelar in. Kvinnor är sedda från långt tillbaka att vara hemma och ta hand om barn och hemmet. Trots dagens vetenskap om normer och arbetet mot dem är normerna djupt rotade och har influerat samhället under en lång tid att de idag fortfarande styr hemmen där kvinnan i majoriteten har ansvar för hushåll och barn. Kan anledningen till att kvinnorna i artikeln med Kvam et al (24) ser familjeomsorg som det största problemet att återgå till arbete, då de inte har chans till återhämtning i hemmet när ansvaret i hemmet ligger på dem? En reflektion är att kvinnor inte bara utför arbetsysslor på sitt arbete, utan även har ett heltidsarbete att ta hand om när de kommer hem. Tiden som är till för återhämtning och avkoppling blir till arbetsaktiviteter. I en tidsanvändningsundersökning med Statistikmyndigheten Sverige (SCB)

(36) visar det att kvinnorna lägger mer än tolv timmar/veckan på hushållsarbetet jämfört med männens sju. Inom hushållsarbetet ingår *matlagning, diskning/avdukning, tvättning* och *städning av bostaden*. I alla kategorier som nämns lägger kvinnor mer tid i veckan på dem än männen (36).

För att kunna arbeta personcentrerat bör patientens kön inte styra behandlingen. En arbetsterapeut behöver vara medveten om de samhällsnormer som finns, och att sagda normer kan påverka ens arbete som arbetsterapeut. Genom att arbetsterapeuterna är medvetna om genusnormer och hur de kan påverka arbetet, ökar möjligheterna till att arbeta personcentrerat och inte ha en genusbias i sitt förhållningssätt. Det har visats sig att vårdpersonal har en genusbias vid behandling av patienter (37). Att inte bli påverkad av normer som finns i samhället är nästan oundvikligt (38). Att vårdpersonal är medvetna om kön- och genusbias bidrar till en ökad jämlik och rättvis vård för kvinnor och män (36). Detta tydliggör relevansen för studien i det kliniska arbete då MOHO (4) skriver att arbetsterapeuten utgår från ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att arbetsterapeuten observerar och utgår från patienten och personen man har framför sig (4). Att arbeta med ett personcentrerat förhållningssätt har arbetsterapeuten möjlighet att hjälpa patienten att återfå sina roller, vanor och meningsfulla aktiviteter. Samt på ett tillfredsställande sätt utföra sina skötsel-, arbets- lek- och rekreativa aktiviteter.

I två av artiklarna (25, 28) var det ett stort bortfall vid uppföljningen, vilket kan ha påverkat resultatet av den systematiska litteraturoversikten (25, 28). En reflektion till anledningen bakom det stora bortfallet kan vara att uppföljningen var efter en längre tid, upp till två år efter smärtrehabiliteringen. Vilket kan ha orsakat att deltagarna inte svarat på frågeformulär de fått efter en sådan lång tid.

Artiklarna som inkluderades i studien var flertalet av dem utförda i Norden men även USA och Frankrike, vilket gör att appliceringen inom Sverige kan ses som relativt hög då resultatet i de olika studierna och artiklarnas tillvägagångssätt inte nämnvärt skiljer sig åt. En annan observation är att smärtrehabiliteringens tillvägagångssätt var likartad i samtliga artiklar, vilket stärker hur applicerbar studien är i Sverige. Vad som kan orsaka en eventuell sänkning i nivån på hur studien kan appliceras är att alla artiklar i studien är äldre och resultatet av liknande forskning hade kunnat se annorlunda ut om studien utfördes idag, vilket kan vara bra att ha i åtanke vid applicering av den systematiska litteraturoversiktens resultat i dagens samhälle.

Det faktum att resultatet visar att det inte finns någon signifikant skillnad mellan könen kan vara ett tecken på att smärtrehabiliteringen är neutral och inte anpassad efter vare sig män eller kvinnors standard. En reflektion kring det är att smärtrehabiliteringen inte har någon genusbias, vilket är ett gott tecken. När det kommer till forskning inom medicin och hälsa är majoriteten av forskningen baserad på det manliga könet. Därmed är hälso-sjukvården och deras kunskap om kroppen, hälsa och sjukdom baserat på det manliga könet och deras hälsa (37). En reflektion som gjordes var att även om medicinsk forskning är baserat på män, har

smärtrehabilitering lyckats hålla sig icke-partiska då smärtrehabiliteringen ger samma effekt hos både kvinnor och män. Detta kan även stärkas att smärtrehabilitering har varit icke-partiska under en längre period då artiklarna i denna systematiska litteraturöversikt är äldre, den äldsta studien går tillbaka till år 1992.

Metoddiskussion

Syftet med denna systematiska litteraturöversikt var att undersöka om det finns skillnader i vilken effekt smärtrehabilitering har på män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta. En kvantitativ metodansats har valt att användas då den är mest fördelaktig vid utvärdering av effekten av en intervention.

Pubmed och Scopus är de databaser som använts i författarnas litteraturöversikt. Databaserna är kända för författarna då nämnda databaser är de som använts frekvent under studietiden. Det är även databaser som rekommenderas av Forsberg och Wengström (22). Författarna har även undersökt andra databaser som till exempel CINAHL men efter sökningar insåg författarna att samma artiklar som redan hittats på Pubmed och Scopus kom fram samt andra artiklar som inte var relevanta för deras syfte.

Författarna genomförde flera kombinationer med sökord men valde att begränsa sökorden för att få med alla artiklar av relevans för den systematiska litteraturöversikten. Vid brist på artiklar identifierades relevanta litteraturöversikter vilket gjorde att författarna genomförde en sekundärsökning i referenslistorna. Studierna som hittades genom referenserna fanns även de på PubMed och Scopus men kunde inte hittas genom att använda de sökord som var relevanta för arbetet. Detta är något som hade kunnat undersökas ytterligare men detta valdes bort då det var begränsad tid för arbetet. Utfallsmåtten *återgång till arbete, psykisk hälsa* och *fysisk hälsa* var något som författarna från början inte hade som bestämda utfall att undersöka. Utfallsmåtten var det artiklarna hade gemensamt och valdes därför att användas i den systematiska litteraturöversikten. Vid sökningen av artiklar framkom det flera som innehöll långvarig muskuloskeletal smärta där de jämförde könen med varandra, men fokuserade inte på rehabiliteringen. Utan istället på hur kvinnor respektive män hanterade den långvariga muskuloskeletal smärtan och upplevelser från smärtrehabilitering. Vilket gjorde att sådana artiklar fick väljas bort då de inte var relevanta för författarnas litteraturöversikt.

Författarna har valt att inte sätta någon begränsning på året vid sökning av artiklar. Detta på grund av att hitta ett tillräckligt stort antal artiklar för att kunna utföra en systematisk litteraturöversikt.

Kvalitetsgranskning av artiklarna har gjorts för att få en bild över hur kvaliteten på artiklarna som inkluderats i studien ser ut för att kunna avgöra hur tillförlitligheten av arbetets utfall är. Kvaliteten på fem av artiklarna visade sig vara MEDELHÖG samt två av artiklarna hade en LÅG kvalitet. Eftersom studierna i artiklarna inte har kunnat använda sig av en *Randomized*

control study (RCT) har författarna enligt McMasters riktlinjer satt *Contamination*² och *Co-intervention*³ som EJ BESKRIVET eller EJ NÄMNT. Vilket innebär att samtliga artiklar övergick 10% i EJ BESKRIVET eller EJ NÄMNT vilket gör att kvaliteten sjunkit på samtliga artiklar. RCT innebär att deltagarna blir slumpmässigt indelade i en kontrollgrupp eller en interventionsgrupp. Denna studiedesign har inte kunnat användas i denna studie då man inte slumpmässigt kan placeras i en könsgrupp.

Tillförlitligheten i föreliggande studie kan stärkas av att resultaten i de sju studier som använts överensstämmer med varandra. Ytterligare en aspekt som kan stärka tillförlitligheten är att artiklarna är gjorda över en period på 18 år vilket kan ses som en lång period utan att studiernas resultat har ändrats nämnvärt. Något som kan minska tillförlitligheten är bortfallen i studierna. Tre (25, 27-28) av studierna hade ett större bortfall på 48%, 24% respektive 87%. I fyra av studierna var bortfallet signifikant mindre vilket gör att majoriteten av studierna hade ett mindre bortfall och därmed kan tillförlitligheten av föreliggande studie öka.

Som nämnt ovan vid kvalitetsgranskning av artiklarna användes McMasters granskningsmall (30). McMasters användes främst på grund av artiklarnas studiedesign. Då författarna inte kunde använda sig av RCT-studier som underlag försvann många alternativ till granskningsmallar, då flertalet mallar är inriktade mot RCT-studier. McMaster med tillhörande riktlinjer var skrivna på engelska, vilket resulterade i att författarna upplevde en svårighet att tolka vissa begrepp. Författarna uppmärksammade att granskningsmallen inte gick in detaljerat i studierna utan endast granskade dem övergripande. Mallen frågar till exempel endast om bortfall nämns i artikel och tar inte hänsyn till hur stor bortfallen var. Vilket resulterade i att artiklarna kunde ha samma kvalitetsnivå trots att bortfallen skilde sig åt markant. Trots funderingarna upplevde författarna att McMasters granskningsmall var mest lämpad för deras systematiska litteraturöversikt. Det fanns ingen bestämd eller universell sammansättning i granskningsmallen för att kunna avgöra artiklarnas kvalitet. Författarna använde sig därför av pragmatiska riktlinjer från Göteborgs Universitet för att kunna avgöra kvalitén på artiklarna. Författarna av denna studie upplevde då att det kan ha uppkommit vissa brister som nämnt med att ha använt denna granskningsmall.

Slutsats

Inga signifikanta skillnader mellan könen i effekten av smärtrehabilitering vid långvarig muskuloskeletal smärta kunde urskiljas. Däremot rapporterade kvinnorna en högre grad av både psykisk och fysisk smärta. Författarna anser att det behövs mer forskning kring anledningar till varför, då det är högst aktuellt inom smärtrehabilitering. Författarna anser även att det behövs nyare forskning, med fokus på effektskillnader inom ämnet för att med klarhet säkerställa att smärtrehabilitering ger samma effekt hos både män och kvinnor. Genom fortsatt forskning inom ämnet samt resultaten från föreliggande studie kan kunskapen som framkommer bidra till att arbetsterapeuter får ett verktyg att kritiskt granska sitt arbetssätt.

² En patient som inte skulle ha intervention fick behandling av misstag.

³ Någon/några av deltagarna tog medicin under behandlingen.

Genom den kunskapen säkerställs ett personcentrerat förhållningssätt och bidrar till en jämlik vård.

Referenser

1. Jakobsson U, editor. Långvarig smärta. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2007.
2. Bergman S, Herrström P, Högström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LTH. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001;28(6):1369-1377
3. Lagueux É, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. *Pain Res Manage* 2018;2018.
4. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.
5. Gisselman M, Hemström Ö, Toivanen S. Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Upplaga 2. Stockholm: Liber; 2018. Kapitel 4
6. Hälsö- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet
7. Socialstyrelsen. Jämlik vård [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019 [2019-05-28; citerad 2021-01-24]. Hämtad från:

<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/jamlik-var-d/>

8. Sveriges Arbetsterapeuter. Jämlik arbetsterapi - oavsett vem du är och var du är [Broschyr]. Nacka: Sveriges Arbetsterapeuter; 2014
9. Samulowitz A, Gremyr I, Eriksson E, Hensing G. "Brave Men" and "Emotional Women": A Theory-Guided Literature Review on Gender Bias in Health Care and Gendered Norms towards Patients with Chronic Pain. *Pain Res Manage* 2018;2018.
10. Aldskogius H, Rydqvist B. Den friska människan: anatomi och fysiologi. Första upplagan. Stockholm: Liber; 2018.
11. Hooker s, Slattengren A, Boyle L, Sherman M. Values-Based Behavioral Activation for Chronic Pain in Primary Care: A Pilot Study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2020;27(4):633-642
12. Nijs J, van Wilgen P, Van Oosterwiljck J, van ittersum M, Meeus M. How to explain central sensitization to patients with 'unexplained' chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Man Ther*. 2011;16(5):413-18.
13. Healthline/Watson S. Musculoskeletal Pain [Internet]. Okänt: Healthline media; 2020 [Uppdaterad 2020-08-05; citerad 2020-12-04]. Hämtad från: <https://www.healthline.com/health/tgct/musculoskeletal-pain#symptoms>
14. Persson E, Lexell J, Rivano-Fischer M, Eklund M. Occupational performance and factors associated with outcomes in patients participating in a musculoskeletal pain rehabilitation programme. *J Rehabil Med*. 2014; 46(6):546–552
15. Polatajko JH, Davis AJ. Foundations for practice in occupational therapy. Sixth edition. Edinburgh: Elsevier; 2021. Kap 7
16. Stiernstedt G. Multimodal rehabilitering vid långvarig smärta [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. [citerad 2021-01-24]. Hämtad från: https://plus.rjl.se/info_files/infosida37674/multimodal_rehabilitering_uppgifter_kompetens_2013.pdf?fbclid=IwAR0rNBMUBbOz-0iWPiRLmvDseqqlhDiZrv2VKFUSH4cBhnwewqJdEVethPk
17. Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G. Occupational Therapy Interventions in Chronic Pain –A Systematic Review. *Occup Ther Int*. 2015;22(4):183-194
18. Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective of health. 3. ed. Thorofare, N.J.: Slack; 2015. Kap 14
19. Robinson ME, Riley III JL, Myers CD, Papas RK, Wise EA, Waxenberg LB, et al. Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *J Pain* 2001;2(5):251-257
20. Fowler SL, Rasinski HM, Geers AL, Helfer SG, France CR. Concept priming and pain: An experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences. *J Behav Med* 2011;34(2):139-147.
21. Bendelow G. Pain perceptions, emotions and gender. *Sociol Health Illn* 1993;15(3):273-294.

22. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & kultur; 2016
23. Rosén M. Systematisk litteraturöversikt. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 375-438.
24. Sjöström R, Asplund R, Alricsson M. Back to work: Evaluation of a multidisciplinary rehabilitation program with emphasis on mental symptoms; A two-year follow up. *J Multidiscip Healthc* 2012;5:145-151
25. Kvam L, Eide AH. Gender differences in the importance of participation associated with injured workers/persons perceived barriers to returning to work in the context of vocational rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2015;37(1):78-85
26. McGeary DD, Mayer TG, Gatchel RJ, Anagnostis C, Proctor TJ. Gender-related differences in treatment outcomes for patients with musculoskeletal disorders. *Spine J* 2003;3(3):197-203
27. Hooten WM, Townsend CO, Decker PA. Gender differences among patients with fibromyalgia undergoing multidisciplinary pain rehabilitation. *Pain Med (USA)* 2007;8(8):624-632.
28. Gagnon S, Linsel-Corbeil G, Duquesnoy B. Multicenter multidisciplinary training program for chronic low back pain: French experience of the Renodos back pain network (Réseau Nord-Pas-de-Calais du DOS). *Ann Phys Rehabil Med* 2009;52(1):3-16
29. Lillefjell M. Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain. *J Occup Rehabil.* 2006 Dec;16(4):659-74
30. Myhr A, Augestad LB. Chronic pain patients-effects on mental health and pain after a 57-week multidisciplinary rehabilitation program. *Pain Manage Nurs* 2013;14(2):74-84
31. Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form, Quantitative Studies. McMaster University.
32. Lillrank A. Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Soc Sci Med.* 2003 Sep;57(6):1045-54.
33. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med.* 2005 Aug;61(3):503-16
34. Werner A, Isaksen LW, Malterud K. 'I am not the kind of woman who complains of everything': illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Soc Sci Med.* 2004 Sep;59(5):1035-45
35. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain* 2007;132(SUPPL. 1):S26-S45

36. Statistikmyndigheten SCB. På tal om kvinnor och män - lathund om jämställdhet 2020 [Internet]. Stockholm: Statistikmyndigheten SCB; 2020. [Citerad 2021-03-04]. Hämtad från:
https://www.scb.se/contentassets/98bad96ec1bd44aea171b2fb4f7b3f64/le0201_2019b20_br_x10br2001.pdf
37. Verdonk P, Benschop YW, de Haes HC, Lagro-Janssen TL. From gender bias to gender awareness in medical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009 Mar;14(1):135-52
38. Folkhälsomyndigheten. Normer [Internet]. Okänd: Folkhälsomyndigheten; 2020 [Uppdaterad 2020-02-24; Citerad 2021-03-09]. Hämtad från:
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/ledaresomlyssnar/fordjupning-for-din-forening/normer/>

Bilagor

Bilaga 1 - McMaster

Critical Review Form – Quantitative Studies
 ©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M.
 - Adapted Word Version Used with Permission –
 McMaster University

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

Instructions: Use tab or arrow keys to move between fields, mouse or spacebar to check/uncheck boxes.

| | |
|---|---|
| CITATION | Provide the full citation for this article in APA format: |
| STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Outline the purpose of the study. How does the study apply to your research question? |
| LITERATURE Was relevant background literature reviewed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Describe the justification of the need for this study: |
| DESIGN <input type="checkbox"/> Randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study | Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.): Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results: |
| SAMPLE N = Was the sample described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was sample size justified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A | Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?: Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?: |

1

| | |
|--|--|
| OUTCOMES Were the outcome measures reliable? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed Were the outcome measures valid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed | Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up): Outcome areas: List measures used.: |
| INTERVENTION Intervention was described in detail? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed Contamination was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A | Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in practice? <hr style="border: 2px solid black;"/> |

| | |
|--|---|
| <p>RESULTS</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> |
|--|---|

2

| | |
|---|---|
| <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed</p> | <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> |
| <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> |
| <p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> | <p>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> |

3

Bilaga 2 - sammanfattningstabell

| Titel, författare, år, land | Syfte | Metod | Resultat | Kvalité |
|--|---|---|--|----------|
| <p>Back to work - evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two year follow up</p> <p>Sjöström R et al.</p> <p>Sverige</p> <p>(24)</p> | <p>Utvärdera två års utfallet av en multidisciplinär rehabiliteringsprogram för människor i arbetande ålder, med fokus på behov av sjukskrivning och psykisk hälsa.</p> | <p>Kvantitativ metod. En före och efter studiedesign.</p> <p>Deltagarna var kvinnor och män i arbetande ålder som led av långvarig muskuloskeletal smärta.</p> | <p>Vid sista uppföljningen hade behovet av heltid sjukskrivningen minskat hos både män och kvinnor. Både kvinnor och män visade en ökning i livskvalité samt en minskning av ångest, depression och självupplevd stress.</p> | MEDELHÖG |
| <p>Gender differences in the importance of participation associated with injured workers/persons perceived barriers to returning to work in the context of vocational rehabilitation.</p> <p>Kvam L et al.</p> <p>2010-2011</p> <p>Norge</p> <p>(25)</p> | <p>Undersöka köns- och genuskillnader efter smärtrehabilitering (yrkesrehabilitering). De fokuserar på tre faktorer som kan påverka livskvalité. Arbete, Familj samt fritid, detta för att undersöka barriären för att återvända till arbete.</p> | <p>Kvantitativ metod. En före och efter studiedesign.</p> <p>Deltagarna var sjukskrivna och led av långvarig muskuloskeletal smärta.</p> | <p>Innan smärtrehabiliteringen fanns det ingen kön- och genuskillnader i betydelse i faktorerna arbete och fritid. Det fanns kön-genusskillnader i hur viktig familjen var då de var viktigare hos kvinnor. Efter rehabiliteringen hade kön-genusskillnaderna försvunnit för hur viktig familjen var då de hade ökat hos männen.</p> | MEDELHÖG |
| <p>Gender-related differences in treatment outcomes for patients with musculoskeletal disorders.</p> <p>McGeary D et al.</p> <p>1992-1998</p> <p>USA</p> <p>(26)</p> | <p>Undersöka kön- och genusrelaterade skillnader som svar till behandling för muskuloskeletal smärta genom tvärvetenskaplig funktionell återställande program, riktar sig mot faktorer meningsfull, fysisk, psykologisk och socioekonomiska.</p> | <p>Kvantitativ metod. En före och efter studiedesign.</p> <p>Retrospective comparison cohort study.</p> <p>Deltagarna var både kvinnor och män som led av långtids funktionshindrad ryggradsstörning.</p> | <p>Männen återgick till arbetet och arbeta heltid i en högre grad än kvinnor. Kvinnorna visade mer depressiva och ångestsymtom före och efter behandling.</p> | MEDELHÖG |
| <p>Gender Differences Among Patients with Fibromyalgia</p> | <p>Denna studie genomfördes för att testa hypotesen</p> | <p>Kvantitativ metod. En före och efter studiedesign.</p> | <p>Innan rehabilitering hade män lägre hälsoupfattning</p> | MEDELHÖG |

| | | | | |
|---|---|---|--|----------|
| <p>Undergoing Multidisciplinary Pain Rehabilitation</p> <p>Hooten WM et al.</p> <p>2002-2005</p> <p>USA (27)</p> | <p>att det finns könsskillnader före och efter behandlingen i fysisk och emotionell funktion bland patienter med Fibromyalgi som genomgår tvärvetenskaplig smärtrehabilitering.</p> | <p>Retrospective case-matched series.</p> <p>Deltagarna var både kvinnor och män som led av Fibromyalgi.</p> | <p>och fler fysiska begränsningar medan kvinnor hade större störningar i livet på grund av smärta.</p> <p>Män hade lägre poäng efter behandlingen på hälsoupfattning, rollbegränsningar -fysisk och social funktion.</p> | |
| <p>Multicenter multidisciplinary training program for chronic low back pain: French experience of the Renodos back pain network</p> <p>Gagnon S et al.</p> <p>2002-2006</p> <p>Frankrike (28)</p> | <p>Syftet med denna studie är att utvärdera MTP: s kort- och långsiktiga effektivitet.</p> | <p>Kvantitativ metod. Med en före och efter studiedesign. Studiens design var multicenter, med observations-, prospektiv och icke-randomiserad uppföljning</p> <p>Både män och kvinnor med långvarig ryggsmärta</p> | <p>Begränsningarna som den långvariga smärtan medförde, påverkade männen mer.</p> <p>Kvinnor hade lägre poäng på HAD-skalan.</p> | LÅG |
| <p>Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain.</p> <p>Lillefjell M</p> <p>Norge (29)</p> | <p>Denna studie syftade till att undersöka könsskillnader i utfallet av rehabilitering och hur psykosociala faktorer kan interagera för att påverka rehabiliteringsresultat hos personer som har problem med att arbeta på grund av långvarig muskuloskeletal smärta.</p> | <p>Kvantitativ metod. Med en före och efter studiedesign. Prospektive studie.</p> <p>Både män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta</p> | <p>Betydande könsskillnader hittades på sömnlöshet, meningsfullhet och hanterbarhet. Inga signifikanta könsskillnader hittades på smärta eller funktionellt hälsostatus.. Könsskillnader hittades i hur sociodemografiska och psykosociala faktorer påverkar rehabiliteringsresultat när det gäller funktionell hälsostatus.</p> | LÅG |
| <p>Chronic Pain Patients-Effects on Mental Health and Pain After a 57-Week Multidisciplinary Rehabilitation Program</p> <p>Myhr A, Augestad B L.</p> <p>2005-2006</p> <p>Norge (30)</p> | <p>Syftet med denna studie var att undersöka sambandet mellan förändringar i smärta och mental hälsa bland män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta efter ett rehabiliteringsprogram</p> | <p>Kvantitativ metod. Med en före och efter design.</p> <p>Både män och kvinnor med långvarig muskuloskeletal smärta.</p> | <p>Det fanns en positiv skillnad efter rehabilitering hos både män och kvinnor när smärta mäts, HADS mätning och fysisk kapacitet.</p> | MEDELHÖG |

Bilaga 3 - Mätinstrument

| Mätinstrument | Utfallsmått | Skala |
|--|---|--|
| Frågeformulär med 21 påståenden där fyra huvudfaktorer som påverkar återgång till arbete skulle svaras på. var de fyra huvudfaktorerna | Familjeomsorg, fritidsaktivitet, psykologisk arbetsplats och fysiska komponenter på arbetsplats | fem svarsalternativ som var tillämpas inte alls, tillämpas lite, tillämpas, tillämpas väl, tillämpas helt, där tillämpas inte alls 5 och tillämpas helt är 1 |
| The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) | Ångest & Depression | 14 frågor. Skattning från 0-3. Poängskala 0-21. 0=ingen ångest/depression 21= allvarlig ångest/ depression |
| Beck Depression Inventory (BDI) | Depression | Poängskala 0-9 = ingen depression 10-14=Mild depression 15-24= måttlig depression 25→ = allvarlig depression |
| Multidimensional Pain Inventory (MPI) | Smärta och hur den påverkar livet | 52 frågor. Skattning 0-6. Ju högre poäng ju högre smärta och påverkan på livet |
| Short Form-36 Health Status Questionnaire (SF-36) | Fysisk och psykisk hälsa | 36 frågor. Skattning 1-5. Poängskala 0= sämsta möjliga livskvalité och 100 = bästa möjliga livskvalité. |
| Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) | Depression symtom senast två veckor | 20 frågor. Skattning 0-4. Poängskalan: 0-26 = mindre depressionssymtom. 27-60 = Svår depressionssymtom. |
| COOP/WONCA | Fysisk kondition, Dagliga aktiviteter, övergripande hälsa, sociala aktiviteter och känslor | Skattning 1-5. 1 = ingen begränsning och 5 = allvarlig begränsning |
| Sense of Coherence Scale (SOC) | Meningsfullhet, insikt och hanterbarhet | Mäts med en 7-poängsskala, ju högre poäng, desto starkare känsla av meningsfullhet, insikt och hanterbarhet |
| Global Self-efficacy index (GSI) | Hälsorelaterade livskvalité. | Skattning 0-10. 0=bästa tänkbara hälsorelaterade livskvalité och 10= Värsta tänkbara hälsorelaterade livskvalité |
| The Million Visual Analog Scale (Million VAS) | Nedsättning | Skala 0-150. 0=ingen nedsättning 150= stor nedsättning |
| Quantified Pain Drawing | Smärtintensitet | Skala 1-10. 0=ingen smärta 10=outhärdlig smärta |
| Coping Strategies Questionnaire (CSQ-C) | Negativa smärtrelaterade kognitioner och känslor | Högre poäng indikera negativa förväntningar om hur man kan hantera smärta |
| Roland-Morris Disability Questionnaire (RDQ) | Funktionell status | 24 ja/nej frågor. Poängskala 0-24. 0=Ingen nedsättning 24 = allvarlig |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| | | nedsättning |
| Visual Analogue Scale (VAS) | Smärtintensitet, smärtupplevelse, smärtans påverkan på livet och livskvalite | Poängskala 0-100 0=ingen smärta 100=värsta tänkbara smärta |
| Stress-test | Stress beteende | 20 påstående om stress beteende i vardagliga situationer. Poängskala 0-60 poäng. Ju högre poäng indikerar mer stressfulla reaktioner |