Region Stockholm

12

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna, från NPO nervsystemets sjukdomar

VKN 2022-0108

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Ylva Westander

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2022-0108
2022-05-24

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna, från NPO nervsystemets sjukdomar

Ärendebeskrivning

Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar har publicerat en remissversion av nytt Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp avseende långvarig smärta hos vuxna. Syftet med remissrundan är dels att ge profession och patienter tillfälle att ge synpunkter på det medicinska innehållet i vårdförloppet, dels att ge regionernas linjeorganisationer och huvudmän möjlighet att analysera organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av ändringarna och utifrån detta meddela om de ställer sig bakom dem.

Denna tjänsteskrivelse utgör Region Stockholms remissvar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp avseende långvarig smärta hos vuxna från NPO nervsystemets sjukdomar
Remissversion av konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp avseende långvarig smärta hos vuxna från NPO nervsystemets sjukdomar
Vårdkonsumtionsbeskrivning avseende långvarig smärta

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till NPO nervsystemets sjukdomar.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Här beskrivs (1) det remitterade vårdförloppets omfattning, dvs. långvarig smärta utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet, (2) hur patientgruppen ser ut, (3) hur tillståndet behandlas, (4) hur vården i Region Stockholm är utformad och organiserad samt (5) vad remissens förslag innebär.

Långvarig smärta innebär smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader. Ofta är den långvariga smärtans orsak okänd och behöver uppfattas som ett sjukdomstillstånd i sig, inte endast som ett symtom på bakomliggande sjukdom. Långvarig smärta medför ofta mycket låg livskvalitet för individen, högre frekvens av separation i relationer, högre mortalitet samt leder till höga kostnader för samhället.

I Sverige anger cirka 50 procent av den vuxna befolkningen långvarig smärta i någon grad i prevalensstudier. Ungefär sju procent av den vuxna befolkningen söker vård på grund av långvarig smärta. I den vuxna befolkningen, 18 till 65 år, motsvarar det totalt 437 000 personer. Dessa har enligt vårdförloppets konsekvensbeskrivning fördelats på tre grupper med olika funktionspåverkan och vårdkonsumtion i nuläget:

1. Personer med smärta med övergående funktionspåverkan (65 procent eller 284 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år).
2. Personer med smärta med betydande funktionspåverkan (mellan 10 och 20 procent eller mellan 44 000 och 88 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år)
3. Personer med smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt vårdsökande (mellan 15 och 25 procent eller mellan 66 000 och 110 000 personer, minst tio vårdkontakter per år och i genomsnitt 20 till 25 vårdkontakter).

Inom primärvården (husläkarmottagning) görs utredning för att utesluta allvarlig/behandlingskrävande sjukdom, identifiera samsjuklighet och psykosociala faktorer av betydelse samt bedöma om det finns indikation för kontakt med till exempel psykolog, fysioterapeut/arbetsterapeut, specifika smärtskolor för förbättrad egenvård eller företagshälsovård. Husläkare skickar remiss till öppenvårdsmottagning neurologi för utredning och hjälp med diagnostik av misstänkt neurologisk sjukdom eller skada där utredning inom primärvården inte avslöjat bakomliggande orsak.

Vid specialiserad smärtvårdsenhet utförs smärtanalys (bedömning avseende smärtans ursprung), farmakologisk och/eller ickefarmakologisk behandling och optimering samt rehabilitering som syftar till ökad funktionsnivå och livskvalitet (utan att det nödvändigtvis innebär mindre smärta) samt återgång till arbete.

I Region Stockholm finns smärtmottagningar vid Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus, Capio S:t Görans sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset. Vid Danderyds sjukhus finns högspecialiserad smärtrehabilitering. Därtill finns tio vårdvalsenheter som för uppdraget multimodal bedömning och rehabilitering vid långvarig smärta och utmattningssyndrom. Bara en dryg tredjedel av de patienter som tas emot inom det aktuella uppdraget har smärta som primärdiagnos; övriga har utmattningssyndrom. Primärvården, huvudsakligen primärvårdsrehab och husläkarmottagningar, utgör första linjen för patienter med smärta och arbetar enligt vårdprogram i Viss.nu och nationellt kliniskt kunskapsstöd (NKK).

Totalt har i Region Stockholm drygt 28 000 personer vårdats för långvarig smärta (som huvuddiagnos, ICD R52.2 A, B eller C) under perioden 2018-2021. Under 2021 hade drygt 10 000 personer kontakter i öppenvård, med i genomsnitt knappt sex besök under året. Dessa besök utfördes till fyra femtedelar i primärvård. 124 personer vårdades i slutenvård under samma år, med en medelvårdtid på fyra dagar. Denna vård utfördes framför allt i akutsomatisk vård.

Det remitterade förslaget till vårdförlopp syftar till att stödja hälso- och sjukvården att ge vård på adekvat nivå och erbjuda evidensbaserade behandlingar i mötet med vuxna patienter med långvarig smärta. Det beskriver insatser för utredning, behandling och uppföljning på olika vårdnivåer vid det aktuella tillståndet. En stor del av vården ska enligt vårdförloppet utföras (multiprofessionellt) i primärvård; efter omhändertagande i primärvården kan patienter i vissa fall remitteras till specialistvård. En förbättrad handläggning och ökad ambition att inom primärvården (nivå 1) erbjuda fler personer tidig utredning, strukturerad behandling och rehabiliteringsinsatser, inklusive multimodal rehabilitering (MMR, nivå 2) förväntas enligt remissen på kort sikt öka behovet av insatser från hälso- och sjukvården. För detta behövs ökade kunskaper om diagnostisering och smärtanalys. Efter omhändertagande i primärvården kan patienter i vissa fall remitteras till interdisciplinära specialiserade smärtenheter/smärtmottagningar, inklusive multimodal smärtrehabilitering inom specialistvården (nivå 3).

Vidare förordas i vårdförloppet att för patienter med komplex smärtproblematik behövs minst ett interdisciplinärt smärtcentrum (nivå 4) i varje sjukvårdsregion med tillgång till vårdavdelningsplatser. Vårdförloppet beskriver i flera delar att patientens delaktighet är en förutsättning för vårdförloppets genomförande. Förändringarna och ökningen i patientnytta väntas totalt sett öka kostnaderna på både kortare och längre sikt. Detta eftersom fler, enligt det remitterade förslaget, får mer och bättre vård.

Överväganden
Region Stockholm välkomnar den patientinvolvering och -delaktighet i vården som det här remitterade vårdförloppet förespråkar; det är en framgångsfaktor för att åstadkomma ett gott resultat. Ett tydligt arbete med patientkontrakt med stöd av vårdförloppet skulle kunna stärka denna delaktighet. Målen för vårdförloppet skulle kunna förtydligas så att det tydligare framgår vad som är direkta mål och vad som är indirekta mål för vårdförloppet. Som vårdförloppet lyfter kommer ytterligare arbete att krävas för att identifiera de patienter som omfattas av vårdförloppet.

För Region Stockholms räkning bedöms det finnas flera utmaningar med att implementera det här remitterade förslaget. Vårdförloppet föreslår en förskjutning av vård från specialiserad vård till primärvård. För primärvårdens räkning förutsätter ett införande därmed dels resurser för varje vårdmöte (främst tid och kompetens för användning av vissa, i vårdförloppet rekommenderade, skattningsskalor), dels en kontinuitet för patientens vårdkontakter som i dagsläget inte är på plats. Även kontinuerligt konsultativt stöd från specialiserad vård är en förutsättning, och ett sådant stöd förutsätter i sin tur en tillräcklig tillgång till specialister med smärtkompetens. Vidare bedöms större interprofessionellt samarbete i primärvården behövas för en implementering. För att motivera den ambitionsökning som förslaget till vårdförlopp innebär bör de förväntade effekterna, och därmed beskrivningen av evidensen för multimodal rehabilitering, särskilt utvecklas.

Från professionens sida beskrivs att det finns en grupp patienter med smärtproblematik som är starkt motiverad till vård, men som tackar nej till de behandlingsinsatser som erbjuds. Denna patientgrupp beskrivs inte i processen. Det är viktigt för vården att få vägledning för dessa patienter. Vårdförloppet saknar också beskrivning av vem som ska behandla smärtpatienter som utvecklar ett läkemedelsberoende (framför allt av opiater) till följd av sin smärtbehandling, och hur detta ska göras.

Inom Region Stockholm saknas tillgång till vårdavdelningsplatser inom den högspecialiserade smärtvården och smärtrehabiliteringen. Enstaka patienter med komplex smärtproblematik remitteras därför idag till Smärtcentrum på Akademiska sjukhuset i Uppsala, där veckovårdsplatser finns. Detta innebär en utmaning för såväl kontinuitet som jämlikhet. Tillgång till denna typ av vård förutsätter ett systematiskt arbete med kompetensuppbyggnad (utbildning) och -succession som i dagsläget inte finns på plats. Region Stockholm har inte en specifik ST-studierektor för tilläggsspecialiteten smärtlindring.

Därtill finns en generell svårighet i att implementera nya kunskapsstöd i primärvården, som på grund av sitt breda uppdrag behöver sätta sig in i och anpassa sina arbetssätt efter långt fler kunskapsstöd än den specialiserade vården. Region Stockholm delar också konsekvensbeskrivningens bild av att en implementering förutsätter ett aktivt arbete. För varje införandeg av nya uppdrag och arbetssätt krävs horisontell prioritering. Nödvändiga resurser i form av tid för kompetensutveckling/rekrytering och tid för att sedan utföra uppgifterna måste vara klart innan påbörjat införande. Eventuell undanträngning av andra patientgrupper ska klarläggas och om möjligt undvikas.

Regionen bedömer att konsekvensbeskrivningens avsnitt om kompetensförsörjning skulle kunna utvecklas så att det tydligare framgår vilka professioner som behöver utveckla sin smärtkompetens, om specialiserade smärtsjuksköterskor behövs och vilken kompetens de i så all behöver.

Det hälsoekonomiska underlaget är koncist och tydligt. Eftersom underlag för beräkning av effekter av konsekvensbeskrivningens åtgärder saknas, har ingen sådan kostnadseffektivitetsberäkning gjorts. Detta framgår tydligt i rapporten och i en budgetpåverkansanalys beskrivs i stället de förväntade kostnadsökningarna på kort sikt. Beskrivningen av kostnader för behandling vid långvarig smärta skulle kunna utvecklas genom att tydligt beskriva varför kostnaden för MMR bedöms uppgå till 40 000 kronor per patient. Det är också något oklart hur beräkningen av totala kostnadsbesparingar per år har räknats ut.

I underlaget ingår inte någon beräkning av kostnadsbesparingar till följd av att vårdförloppet förväntas minska antalet vårdsökande med behov av MMR inom en femårsperiod. Region Stockholm antar att det beror på att det saknas vetenskapligt underlag för dessa förväntningar, och önskar som ovan nämnts en utvecklad beskrivning av evidensen för denna rehabiliteringsform.

Ekonomiska konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. En implementering av det föreslagna kunskapsstödet bedöms förutsätta en utökning av resurser till framför allt primärvård, om undanträngningseffekter ska undvikas. Dock finns viss osäkerhet avseende patientgruppens storlek.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga patientsäkerhetskonsekvenser. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan väntas ha positiva patientsäkerhetskonsekvenser.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga konsekvenser för jämställd och jämlik vård. Ett införande av det föreslagna kunskapsstödet kan väntas ha positiva effekter inom området, genom sin ensande effekt.

Miljökonsekvenser
Vare sig ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar eller en implementering av det föreslagna vårdförloppet kan antas ha några stora miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Ett beslut om att lämna föreliggande förslag som remissvar innebär inga ekonomiska konsekvenser. En implementering av det föreslagna kunskapsstödet bedöms förutsätta en utökning av mängden administration i primärvården.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
NPO nervsystemets sjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-05-24

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta - långvarig, hos vuxna

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder.

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring
22-04-19	Öppen remiss

Innehållsförteckning

Sammanfattning **4**

1. Beskrivning av vårdförlopp **5**

1.1 Om långvarig smärta 5

1.2 Omfattning 6

1.3 Vårdförloppets mål 7

1.4 Ingång och utgång 7

1.5 Flödesschema för vårdförloppet 7

1.6 Vårdförloppets åtgärder 9

1.7 Personcentrering och patientkontrakt 22

2. Uppföljning av vårdförlopp **24**

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter 24

2.2 Indikatorer för uppföljning 25

3. Bakgrund till vårdförlopp **28**

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter 28

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag 30

3.3 Arbetsprocess 30

4. Referenser **32**

5. Appendix **36**

5.1 Appendix A: Kompletterande bakgrund om smärta och vårdförloppet 36

5.2 Appendix B: Behandlingar och insatser vid långvarig smärta 40

5.3 Appendix C: Patientens perspektiv 51

Sammanfattning

Långvarig smärta definieras som smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader. Den medför ofta stort lidande för individen och är ett omfattande folkhälsoproblem globalt. I Sverige uppskattas förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta till cirka 20 procent. Ofta är smärtans orsak okänd och behöver då uppfattas som ett sjukdomstillstånd i sig snarare än som ett symtom på bakomliggande sjukdom. Handläggning och vård av patienter med långvarig smärta har på många håll uppenbara brister och är ojämlik inom både primärvård och specialiserad vård. Dessa brister finns i alla regioner i landet i varierande grad. Det finns rekommendationer om nivåstrukturering av vård för patientgruppen som möjliggör adekvat bedömning och behandling baserad på kunskap och befintlig evidens.

Vårdförloppet omfattar åtgärder från vårdkontakt för långvarig smärta utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet till dess att patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder. Vårdförloppet omfattar vuxna. Syftet med vårdförloppet är att utgöra ett stöd för hälso- och sjukvården att möta patienter med vårdbehov på grund av långvarig smärta på ett adekvat sätt och genom att använda indikationer för behandling baserad på befintlig evidens, med fokus på personcentrering och patientens delaktighet i alla vårdmöten.

Vårdförloppets mål är att skapa en struktur som bidrar till kontinuitet och trygghet för patienten, förebygga osammanhängande eller okoordinerade vårdkontakter och återkommande icke-värdeskapande besök samt att minska kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället. Detta medför en resurseffektiv vård samt ökar kunskap inom området hos vårdpersonal och patienter. Åtgärderna stödjer patienten att återgå till en tillvaro med livskvalitet, vilket inkluderar lönearbete, om det kan uppnås, eller annan sysselsättning.

Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontraktet som ska tillämpas i vårdförloppen. Inom detta vårdförlopp används rehabiliteringsplaner för att beakta intentionen i patientkontraktet. Patienter med långvarig smärta har unik kunskap om sig själva och sina behov, förväntningar och resurser. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och aktivt medverkar i sin vård och dess uppföljning och om relationen mellan patient och vårdpersonal präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientens delaktighet utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter. I rehabiliteringsplanen ska det tydliggöras vem som ansvarar för de olika åtgärderna och när eventuella uppföljningar sker. Närstående kan påverka patientens vård och egenvård på ett positivt sätt. Deras deltagande ska därför främjas, med patientens samtycke. För att det ska vara möjligt att följa upp patienter i vårdförloppet rekommenderas att de i väntan på ICD-11 får bidiagnoskod ”annan långvarig smärta eller värk (R52.2)” enligt ICD-10, samt att ingång och utgång från vårdförloppet dokumenteras för varje patient.

Vårdförloppets mål kan översättas till några indikatorer för uppföljning. Resultatmått identifieras utifrån internationellt rekommenderade områden att följa upp för denna patientgrupp. Vidare följs upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplan samt inrättande av en fast vårdkontakt.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet.

1. Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa kan främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserad vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet konkretiseras genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i patientjournalen vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp. De riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1 Om långvarig smärta

Långvarig smärta innebär smärta som kvarstår eller upprepas under en period längre än tre månader [1]. Långvarig smärta som medför stort lidande är ett omfattande folkhälsoproblem globalt. I Europa uppskattas förekomsten av medelsvår till svår långvarig smärta i den vuxna befolkningen till cirka 20 procent och samma siffra uppges gälla för Sverige [2]. I Sverige anger cirka 50 procent av den vuxna befolkningen långvarig smärta i någon grad i prevalensstudier. Ungefär sju procent av den vuxna befolkningen söker vård på grund av långvarig smärta [3]. Detta tyder på att det kan finnas en grupp som har vårdbehov men som inte söker vård. Det kan finnas olika anledningar till en skillnad mellan vårdbehov och vårdsökande. Av personer som söker vård på grund av smärta uppskattas cirka 25 procent vara vårdsökande i mycket hög omfattning (Se Konsekvensbeskrivning tillhörande vårdförloppet).

Ofta är den långvariga smärtans orsak okänd och behöver uppfattas som ett sjukdomstillstånd i sig, inte endast som ett symtom på bakomliggande sjukdom. Långvarig smärta medför ofta mycket låg livskvalitet för individen, högre frekvens av separation i relationer, högre mortalitet samt leder till höga kostnader för samhället, cirka 90 miljarder kronor per år, enligt en beräkning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, gjord 2003 och rapporterad 2006 [4] respektive 2010 [5].

Det är av stor vikt att tidigt diagnostisera, probleminventera och undersöka eventuell samsjuklighet i form av till exempel psykisk ohälsa hos personer med långvarig smärta. Långvarig smärta tillsammans med psykisk ohälsa utgör de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning.

De flesta patienter med långvarig smärta handläggs inom primärvården där resurser och kompetens för hantering av långvarig smärta ofta saknas [6]. Det återstår mycket arbete för att handlägga långvarig smärta inom vården på ett ändamålsenligt sätt. Det har rapporterats från patientorganisationer att långvarig sjukskrivning fortfarande används utan att ”vara kopplad till aktiva åtgärder i form av funktionsutredning, funktionshöjande åtgärder, regelbundna arbetsplatsbesök, arbetsanpassning, arbetsträning och utbildning” [7]. Behandling av långvarig smärta kan delas in i olika strategier - bota, lindra eller hantera konsekvenser. För mer information, Se appendix A.

Långvarig smärta beskrivs som ett fenomen som skiljer sig från akut smärta i dess syfte och dess konsekvenser [9] men både behandlare och patienter betraktar ofta långvarig smärta som om det vore akut smärta vilket inte så sällan leder till felaktiga förklaringar och behandlingar samt till negativa upplevelser hos både patienter och vårdpersonal [8, 9]. I vårdförloppet definieras långvarig smärta i termer av tid (minst tre månader) i brist på en mer precis definition, men ju längre en smärta pågår, desto troligare är det ett eget problem och inte bara ett symtom på en underliggande patologi. Det finns därför goda skäl att kalla långvarig smärta för en egen sjukdom i sig [9].

Vårdförloppet utgör ett strukturerat försök att fånga patientgruppen för vilka smärta blivit ett eget problem, en sjukdom i sig.

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar åtgärder från vårdkontakt för smärta i minst tre månader, utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet, tills att patienten fått adekvat diagnos, utredning och behandling och kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder. Vårdförloppet omfattar vuxna.

1.3 Vårdförloppets mål

Det övergripande syftet med vårdförloppet är att stödja hälso- och sjukvården att ge vård på adekvat nivå och erbjuda evidensbaserade behandlingar i mötet med vuxna patienter med långvarig smärta.

Vårdförloppets mål är att uppnå

- ökad livskvalitet för patienter
- ökad kontinuitet och trygghet för patienter på jämlika villkor (oberoende av kön, etnicitet, socioekonomiska eller utbildningsrelaterade skillnader), under och mellan kontakter i vården
- ökad andel patienter som tidigt kan hantera sin smärta utan ytterligare vårdåtgärder
- ökad samverkan inom och mellan vårdnivåer, där vården efterfrågas av inremitterande i samråd med patienten
- ökad kunskap hos vårdpersonal och patienter om området långvarig smärta
- minskade kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället.

1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet för vuxna patienter med långvarig smärta sker

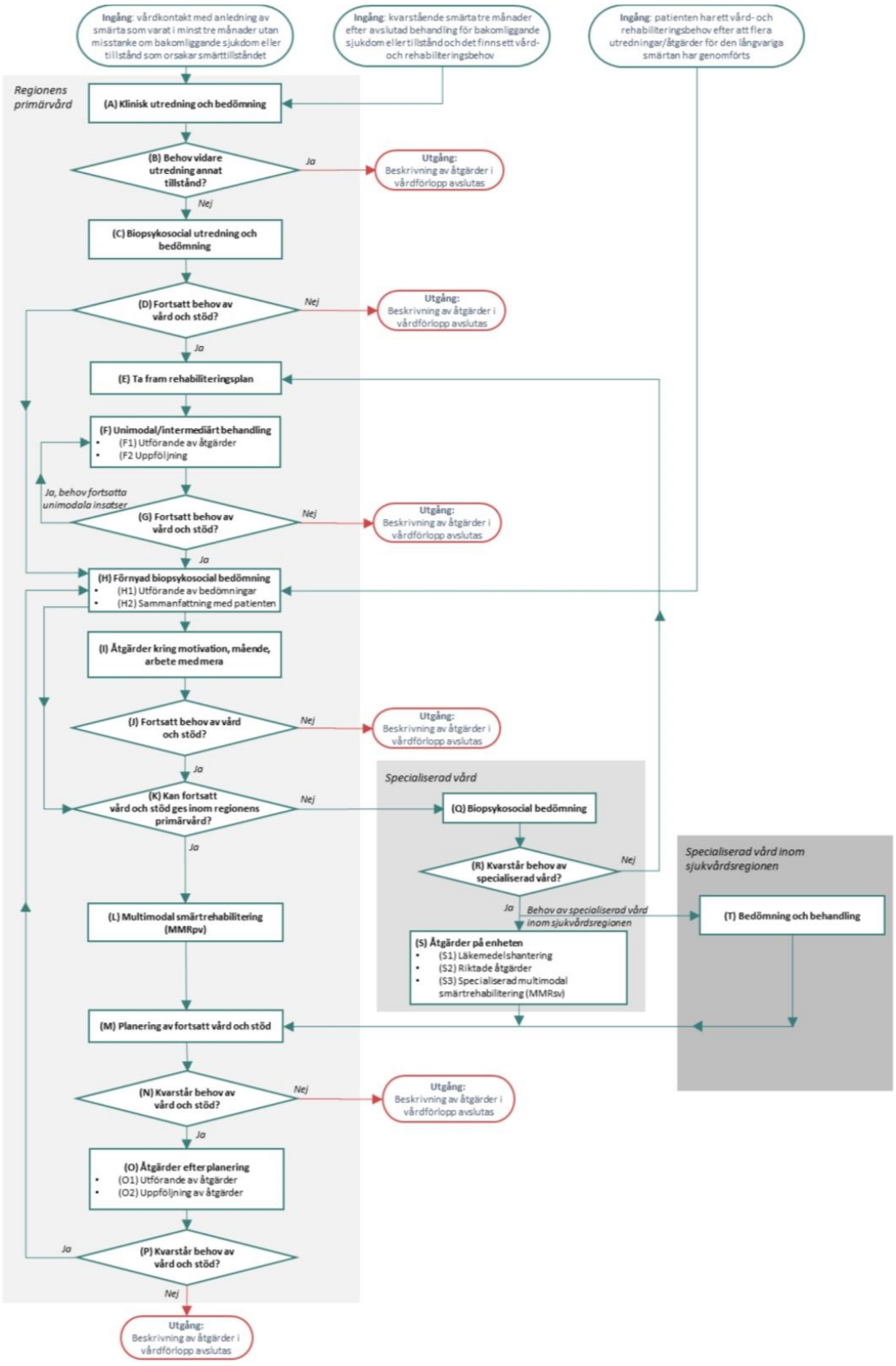
- vid vårdkontakt med anledning av smärta som varat i minst tre månader utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet
- om patienten har kvarstående smärta tre månader efter avslutad behandling för bakomliggande sjukdom eller tillstånd och det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov
- om det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov trots att flera utredningar/åtgärder för den långvariga smärtan har genomförts.

Utgång ur vårdförloppet sker

- om utredningen inger misstanke om allvarligt tillstånd (till exempel malignitet) eller icke behandlade sjukdomar (som till exempel ska utredas och behandlas inom särskild specialiserad vårdverksamhet), så kallade röda flaggor
- om patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder
- om patienten, efter adekvat information från och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård, inte är intresserad av de behandlingsåtgärder som erbjuds.

1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs åtgärder vid förekomst av långvarig smärta hos vuxna, i regional primärvård, specialiserad vård samt sjukvårdsregional specialiserad vård. Beskrivning av åtgärderna i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för vårdförloppet Smärta – långvarig, hos vuxna

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

1.6 Vårdförloppets åtgärder

I åtgärdstabellen nedan (Tabell 1) beskrivs de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Åtgärd (A) till och med (P) sker i regionens primärvård, åtgärd (Q) till och med (S) sker i specialiserad vård och åtgärd (T) i specialiserad vård inom sjukvårdsregionen.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta – långvarig, hos vuxna

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
(A) Klinisk utredning och bedömning Gör en smärtanalys baserad på anamnes och status (se appendix A). Klassificera smärtan som • neuropatisk • nociceptiv • nociplastisk. Gör en basal bedömning som inkluderar svar på laboratorieprover. Se nedanstående förslag på prover som kompletteras vid behov: • blodstatus • elektrolytstatus, inklusive kalcium • leverstatus • PEth (Fosfatidyletanol) • TSH • homocystein • blodglukos • CRP Använd ICD-10 för diagnossättning samt tilläggsdiagnos R52.2A, B eller C. Bedöm och åtgärda eventuell läkemedelsbehandling.	Berätta om symtom, farhågor och förväntningar Ställa frågor om • anledning till utredning och provtagning • smärtans påverkan på stress och sömn • betydelsen av egenvård • annan åtgärd som tillkommer under utredning Beroende på information från vården utföra egenvård under utredningen
(B) Behov av vidare utredning annat tillstånd? Ja: Om utredning enligt (A) inger misstanke om allvarligt tillstånd eller icke behandlade sjukdomar; fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. Nej: Fortsätt till (C).	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(C) Biopsykosocial utredning och bedömning Utred psykosocial situation (benämns som gula flaggor). • Använd ÖMPSQ (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) frågeformulär om smärtproblem. • Formuläret avser att identifiera patienter som ligger i riskzon för långvariga smärtproblem utifrån psykologiska och sociala faktorer. Detta kan inte ersätta anamnesen eller den medicinska undersökningen [6] men kan användas som ett diskussionsunderlag för vårdpersonal och patient. Det kan även utgöra ett hjälpmedel för att tidigt identifiera patienter som riskerar att utveckla långvarig funktionsnedsättning eller sjukfrånvaro relaterad till smärta. Utred arbetssituation (benämns som blå flaggor). • Kartlägg patientens uppskattade arbetsförmåga. Använd fråga 1. Arbetsförmågepoäng/Work Ability Score, i instrumentet Arbetsförmågeindex (Work ability index, WAI). Den ger en indikation på arbetsförmåga. ”Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du då ge din nuvarande arbetsförmåga?” För denna enskilda fråga kan arbetsförmåga klassificeras som dålig (0—5), måttlig (6—7), bra (8—9) eller utmärkt (10) arbetsförmåga [7, 10]. • Kartlägg stressorer i arbetet. • Efterfråga tillfredsställelse med arbetssituationen. Utred psykologiska faktorer: • ångest, depressivitet (använd skattningsskalan Hospital Anxiety And Depression Scale HAD), katastrofiering (använd formulär Pain Catastrophizing Scale, PCS), smärtans påverkan på vardagsbeteende (använd Pain Interference skala från Multidimensional Pain Inventory, MPI), rörelserädsla (använd skala om rörelserädsla, TAMPA). • resilience, socialt stöd, motivation till förändring, psykologisk flexibilitet (använd smärtrelaterad acceptansformulär CPAQ-8)	• Beskriva den nuvarande situationen och konsekvenser som den långvariga smärtan har i hemmet, socialt, för arbete eller studier, fritid och mående • Beroende på information från vården utföra egenvård under utredningen • Besvara formulär och skatta arbetsförmåga

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)

• påverkan på patientens relation med närstående och vänner
• psykologiska sårbarhetsfaktorer (tidigare trauma, tidigare smärterfarenheter, neuropsykiatriska aspekter).
 	
Utred levnadsvanor enligt Socialstyrelsens riktlinjer [11].
• Kartlägg riskfyllda levnadsvanor kring
  o rökning och snus
  o alkohol
  o fysisk aktivitet
  o matvanor.
 	
Utred sömnpåverkan.
• För kartläggning använd Insomnia Severity Index (ISI) [12].
 	
Utred fysisk funktionsförmåga (se appendix B).
 	
Utred dagliga aktiviteter (se appendix B).
 	
Utred sociala faktorer och ställ frågor om
• missbruk/våld i nära relationer
• mobbning/trakasserier/hot
• påfrestningar i familjesituationen som exempelvis
  o sjukdomar
  o funktionshinder i familjen
• andra möjliga påfrestningar vad gäller exempelvis ekonomi, boende.	

(D) Fortsatt behov av vård och stöd? Nej: Om patienten kan hantera sin situation med råd och information, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. Nej: Om patienten efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård inte är intresserad av de behandlingsinsatser som erbjuds, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Ja: Om patienten behöver vård och stöd för att hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser fortsätt till (E). Ja: Om patienten behöver vård och stöd i form av multimodala insatser för att hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser fortsätt till (H).	
(E) Ta fram rehabiliteringsplan Ta fram en rehabiliteringsplan senast en månad efter diagnossättning med följande innehåll: • bedömning i form av sammanfattning av åtgärd (A) och (B) • behandlingar och/eller åtgärder, vem som är ansvarig och när dessa ska vara genomförda. Behandlingar och/eller åtgärder kan vara unimodala, intermediära eller multimodala (för definitioner se appendix B). • information om vilka åtgärder som patienten, utifrån egna förutsättningar, kan utföra som egenvård • mål med behandlingar och/eller åtgärder • behov av sjukskrivning om det är aktuellt. Sjukskrivning ingår som en del i vård och behandling och som en åtgärd i rehabiliteringsplanen (för eventuella negativa effekter av sjukskrivning, se appendix B). • uppgifter om utsedd fast vårdkontakt • bedömning av förmåga till arbete eller annan sysselsättning • behov av koordineringsinsatser för återgång i arbete • information om att uppföljning sker efter tre månader. Vården skickar kallelse. Ge stöd i patientens behov av information och uppmuntra till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade. Bered möjlighet för närstående eller stödperson att medverka i framtagandet av rehabiliteringsplanen. Rehabiliteringskoordinator medverkar vid behov.	• Medverka aktivt vid samtal och framtagande av rehabiliteringsplan, särskilt vad gäller målsättning och egenvård. • Ta om möjligt med närstående vid besöket • Pröva och utvärdera åtgärder • Ta med rehabiliteringsplanen till alla möten i vården, om inte digitaliserat och tillgänglig i journalen

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(F) Unimodala/intermediära insatser [13]. (För mer information se appendix B.) Unimodala insatser är aktuella om en eller flera av vårdpersonalen utför åtgärder som följs upp vid uppföljning av rehabiliteringsplan. Intermediära insatser är aktuella om olika vårdpersonal samarbetar eller samverkar, när behov uppstår, till exempel för att uppnå gemensamt mål. **F1.** Utförande av åtgärder Genomför de unimodala/intermediära åtgärder som bestämdes enligt rehabiliteringsplanen avseende • läkemedelsbehandling • patientutbildning • fysisk träning • psykiskt välmående • utförande av dagliga aktiviteter • sömnhygien • levnadsvanor • andra icke farmakologiska behandlingar/åtgärder. **F2.** Uppföljning Revidera rehabiliteringsplanen vid behov, till exempel om unimodala/intermediära åtgärder fortsätter eller ändras. Bestäm ny tid för uppföljning.	Medverka aktivt genom att • medverka i patientutbildning • utföra fysisk träning enligt rekommendationer • utföra egenvård enligt rekommendationer. Medverka aktivt genom att ge återkoppling om • måluppfyllelse efter behandlingar/åtgärder enligt rehabiliteringsplanen • framgångar • hinder • eventuella nya problem Ta del av revideringen av rehabiliteringsplanen.
(G) Fortsatt behov av vård och stöd? Nej: Om patienten kan hantera sin situation utan flera vårdåtgärder eller med planerade uppföljande insatser, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. Nej: Om patienten efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård inte är intresserad av de behandlingsinsatser som erbjuds, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. Ja: Unimodala insatser bör fortsätta, tillbaka till (F).	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
Ja: Om patienten behöver fortsatt vård och stöd för att hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser, fortsätt till (H).	
(H) Förnyad biopsykosocial bedömning och dialog **H1.** Utförande av bedömningar Utför utredning kring faktorer som kräver fortsatt vård och stöd för att patienten ska kunna hantera sin situation både vad gäller smärta och dess konsekvenser. Ha en dialog om hinder och problem som framkommit under tidigare insatser och uppföljning med fokus på • fysisk funktionsförmåga • sömn • psykologiskt mående • dagliga aktiviteter • delaktighet i samhällsaktiviteter (inklusive arbete/studier) • samsjuklighet. **H2.** Sammanfattning med patienten Sammanfatta resultatet av den fördjupade bedömningen för patienten och ha dialog med syfte att skapa ömsesidig samsyn kring vilka faktorer som påverkar den långvariga smärtan. Informera patienten om • varför beteendeförändring kan vara av värde • på vilket sätt medicinering kan ha negativ påverkan på smärta och dess konsekvenser • fördelar med koordinerade insatser från olika professioner • hur samsjuklighet och långvarig smärta kan påverka varandra. Ta upp eventuella behov av andra åtgärder avseende • motivation. Vid behov av stöd till förändring, erbjud motiverande samtal. • mående. Vid komplicerad psykisk situation, erbjud remiss till specialiserad konsult. • arbete. Vid ytterligare kartläggning av arbetssituation eller	Medverka aktivt genom att • utföra fysisk träning enligt rekommendationer • utföra egenvård enligt rekommendationer • vara delaktig i revidering av rehabiliteringsplanen Medverka aktivt genom att ge återkoppling om • måluppfyllelse efter behandlingar/åtgärder enligt rehabiliteringsplanen • framgångar • hinder • eventuella nya problem • Medverka och ta med närstående vid behov • Berätta om upplevelser för att öka förståelse för den totala situationen och underlätta för bedömning inför beslut om fortsättning till (K) eller (M) • Ta del av informationen Patienten och vårdpersonal är överens om att pröva de åtgärder som föreslås kring motivation, mående, arbete och andra eventuella åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
studier, möjliggör stöd från rehabiliteringskoordinator. • andra åtgärder. Vid behov av andra åtgärder som uppkommit under dialogen, lämplig kontakt eller remiss. Revidera rehabiliteringsplanen vid behov. Om behov av åtgärder kring motivation, mående, arbete och andra eventuella åtgärder inte föreligger, fortsätt till (K). I övriga fall, fortsätt till (I).	
(I) Åtgärder kring motivation, mående, arbete eller andra åtgärder Kalla patienten och utför åtgärder enligt frågeställningen i H2. Vårdpersonalen har den kompetens som krävs för att arbeta med motivationssamtal, mående, arbetsfrågor eller andra åtgärder som identifierats i H2. Vid brist på kompetens, remiss till lämplig instans.	• Medverka i åtgärder som föreslagits
(J) Fortsatt behov av vård och stöd? • **Nej:** Patienten har inte behov av fortsatt vård eller stöd, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. • **Nej:** Om patienten, efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård, inte är intresserad av de behandlingsinsatser som erbjuds, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. • **Ja:** Om patienten efter samtal kring motivation till förändringsarbete vill fortsätta åtgärder enligt vårdförloppet, fortsätt till (K). • **Ja**: Om patienten, efter genomgången specialiserad konsultation vid komplicerad psykologisk situation, bedöms kunna tillgodogöra sig åtgärder enligt vårdförloppet, fortsätt till (K). • **Ja:** Om patienten, efter kartläggning av arbetssituation/studier med stöd av	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
rehabiliteringskoordinator, bedöms kunna tillgodogöra sig åtgärder enligt vårdförloppet, fortsätt till (K). • **Ja:** Om patienten, efter vad som i (H2) kallas för andra åtgärder, bedöms kunna tillgodogöra sig åtgärder enligt vårdförloppet, fortsätt till (K).	
(K) Kan fortsatt behov av vård och stöd ges inom regionens primärvård? För beslut om multimodal smärtrehabilitering (MMRpv eller MMRsv) se Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta 2011 [3]. I remissen ingår (eller är lättillgänglig i patientjournalen) en sammanfattning av genomförda bedömningar och åtgärder. • **Ja:** Vid betydande belastning och ansträngd psykologisk och social situation, skicka remiss till multimodal smärtrehabilitering i regionens primärvård (MMRpv). Fortsätt till (L). • **Nej:** Vid avsaknad av MMRpv i regionen och om alla insatser som kan utföras inom regionens primärvård är uttömda, skicka remiss till specialiserad vård för multimodal smärtrehabilitering inom specialiserad vård (MMRsv). Fortsätt till (Q). • **Nej:** Vid mycket hög belastning, mycket ansträngd psykologisk och/eller social situation eller komplicerad smärtsituation, skicka remiss till specialiserad smärtvård för åtgärder avseende smärta och dess konsekvenser, inklusive multimodal smärtrehabilitering i specialiserad vård (MMRsv). Fortsätt till (Q). Patienten behåller sin fasta vårdkontakt inom primärvården även under rehabilitering inom specialiserad vård, oavsett sjukskrivningsansvar. Ansvar för sjukskrivning regleras enligt regionernas överenskommelser.	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(L) Multimodal smärtrehabilitering (MMRpv). (För mer information se appendix B.) Utför riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser av vårdpersonal som är utbildade för behandlingar eller åtgärder utifrån ett biopsykosocialt synsätt inkluderande fysisk aktivitet och funktion, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete/studier, om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring. Denna inkluderar • revidering av rehabiliteringsplan vad gäller målsättningar, åtgärder, ansvar och uppföljning • samordnade behandlingar/åtgärder • vid behov revidering av målsättningar, åtgärder under behandling • avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar. Ge stöd till patienten vid behov av information och uppmuntra till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade. Anslut till och registrera patientdata i lämpligt nationellt kvalitetsregister för uppföljning och utvärdering med patientens samtycke. Det aktuella registret för multimodal smärtrehabilitering är det Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS).	• Medverka aktivt i alla delar
(M) Planering av fortsatt vård och stöd Genomför konferens med patienten och ansvariga för åtgärder enligt (B) till och med (K) och representant för behandling och/eller åtgärder (L), (Q) till (S), eller (T). Revidera rehabiliteringsplan vid behov. Rehabiliteringskoordinator, representant från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen med flera medverkar vid behov.	• Medverka aktivt i planeringen

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(N) Kvarstår behov av vård och stöd? **Nej:** Om patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder eller med planerade uppföljande insatser, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. **Nej:** Om patienten efter utförlig information och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård inte är intresserad av de behandlingsinsatser som erbjuds, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. **Ja:** Planera för utförande av åtgärder som eventuellt föreslagits vid avslut av (L), (T) eller (U). Det är exempelvis arbetsinriktade åtgärder, fortsatt stöd i fysisk träning, psykologisk insats, insatser kring aktiviteter med mera. Besluta om tidpunkt för uppföljning. Fortsätt till (O).	
(O) Åtgärder efter planering **O1.** Utförande av åtgärder Utför åtgärder som föreslagits vid avslut av (L), (T) eller (U). **O2.** Uppföljning av åtgärder i (O1). Revidera rehabiliteringsplanen vid behov.	• Medverka i eventuella åtgärder som planeras i (N) • Medverka i uppföljningsmöte och vid revidering av rehabiliteringsplanen • Informera om egen upplevelse av åtgärdernas effekt
(P) Kvarstår behov av vård och stöd? **Nej:** Om patienten kan hantera sin situation med råd och information, fortsätt till Utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas. **Ja:** Om patienten är i behov av tidigare beskrivna åtgärder beroende på uppföljningsinformation och bedöms kunna tillgodogöra sig av ytterligare insatser, tillbaka till (H).	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
(Q) Biopsykosocial bedömning Genomför teamutredning som minst innehåller följande: • fördjupad smärtanalys • genomgång av utförda medicinska åtgärder • genomgång av medicinering • utredning av fysisk funktionsförmåga • utredning av aktivitetsförmåga inklusive dagliga aktiviteter, arbete eller studier • smärtpsykologisk utredning • utredning av sociala faktorer • teamdiskussion av fynd inför samtal med patient. Ge information och ha dialog med patienten • Sammanfatta den biopsykosociala bedömningen inom den specialiserade vården. • Ha en dialog med patienten med syfte att o förmedla en förklaring om långvarig smärta o diskutera konsekvenserna av patientens situation o diskutera möjliga åtgärder att inkludera i rehabiliteringsplanen. Bered möjlighet för närstående eller stödperson att medverka.	• Medverka aktivt och lämna relevant information till vårdpersonalen Ställa frågor om • den förklaring om långvarig smärta som vårdpersonalen gett • de genomgångar och utredningar som vårdpersonalen gör • möjliga åtgärder som kan ingå i rehabiliteringsplanen
(R) Kvarstår behov av specialiserad vård? Efter den biopsykosociala bedömningen i specialiserad vård fattas något av följande beslut (1—4 nedan): 1) Nej: Om remissvar till primärvården med rekommendationer, som kan inkludera MMRpv, återgå till (E). 2) Ja: Om vidare utredning ska göras, dialog med och/eller information till primärvården eller inremitterande om ansvar: a) Om det sköts från primärvården, överväg om tillbaka till (E) eller fortsätt med vidare utredning vid annan specialiserad enhet och sedan fortsätt till (C). b) Om det sköts i specialiserad vård, överväg beslut 3) och 4) enligt nedan.	

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

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
c) Beroende på remissvar från vidare utredning beslutas om andra åtgärder i specialiserad vård eller primärvård är aktuella och detta görs i samförstånd. 3) Ja: Om remiss till sjukvårdsregionens specialiserade vård för specialiserade åtgärder såsom neuromodulering, smärtrehabilitering med stort behov av regionövergripande samverkan eller andra specialiserade interventioner som syftar till smärtlindring inkl svårigheter vid medicinbyte från beroendeframkallande till annan eller ingen läkemedelsbehandling, fortsätt till (T). 4) Ja: Om åtgärder sker i den specialiserade vården, fortsätt till (S).	
(S) Åtgärder på enheten **S1**. Läkemedelshantering I samråd med patienten, genomför utsättning och vid behov byte av läkemedel med uppföljning i specialiserad vård eller primärvård om överenskommelse finns. Efter behandling överväg återgång till (E) eller till (S2), (S3) eller (T). **S2.** Riktade åtgärder Utför riktade åtgärder vid behov avseende i) smärtlindring ii) fysisk funktionsförmåga iii) dagliga aktiviteter iv) psykologiskt mående v) sociala faktorer. Efter behandling överväg fortsättning till (M) om patienten kan hantera sin situation efter behandlingar och/eller åtgärder enligt rehabiliteringsplanen eller fortsätt till (S3) om patienten kan och vill medverka i multimodal smärtrehabilitering. **S3.** Specialiserad multimodal smärtrehabilitering (MMRsv) Genomför multimodal smärtrehabilitering (MMRsv), (för mer information se appendix B). Utför riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser och åtgärder av vårdpersonal som har specialistkunskap om smärtfysiologi, utbildning i rehabiliteringsmetodik samt	• Medverka aktivt i utsättning och/eller byte av läkemedel, riktade åtgärder och/eller multimodal smärtrehabilitering • Medverka aktivt i behandling • Medverka aktivt i multimodal smärt-rehabilitering (MMRsv)

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
huvudsakligen arbetar med denna patientgrupp utifrån ett biopsykosocialt synsätt. Detta innebär inkluderande av fysisk aktivitet och funktion, utförande av aktiviteter, delaktighet i samhälle, omgivningsfaktorer, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete eller studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring. Åtgärderna inkluderar • revidering av rehabiliteringsplan vad gäller målsättningar, åtgärder, ansvar och uppföljning • samordnade behandlingar/åtgärder • vid behov revidering av målsättningar, åtgärder under behandling • avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar. Ge stöd till patienten vid behov av information och uppmuntra till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade. Anslut till och registrera patientdata i lämpligt nationellt kvalitetsregister för uppföljning och utvärdering med patientens samtycke. Det aktuella registret för multimodal smärtrehabilitering är det Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS). Vid avslut av åtgärder inom specialiserad vård, fortsätt till (M).	
(T) T. Bedömning och behandling • Utför bedömning enligt frågeställning. • Ha dialog med patienten om bedömning och eventuellt revidering av tidigare rehabiliteringsplan samt om behandlingar och/eller åtgärder. • Genomför behandling och/eller åtgärder och/eller rekommendationer på sjukvårdsregionens specialiserad vård med information till inremitterande. • Ha dialog med inremitterande angående ansvar för uppföljning. Vid avslut av åtgärder inom specialiserad vård inom sjukvårdsregionen, fortsätt till (M).	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet konkretiseras genom patientkontrakt som tillämpas i vårdförloppen. (Mer information finns på SKR:s webbsida om patientkontrakt). Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården tas tillvara, att beslut om vård tas gemensamt, att det utses fasta vårdkontakter samt att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv. För den aktuella patientgruppen är det dessutom viktigt att lyfta nedanstående.

Patienter med långvarig smärta har unik kompetens om sig själva och sina behov, förväntningar och resurser samt om det egna sjukdomsförloppet. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och aktivt medverkar i sin behandling och uppföljning. Relationen mellan patient och vårdpersonal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientens delaktighet utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter och det finns många olika sätt att vara delaktig på. I rehabiliteringsplanen ska det tydliggöras vem som ansvarar för de olika åtgärderna och när eventuella uppföljningar sker. Närstående kan påverka patientens behandling och egenvård på ett positivt sätt. Därför ska deras deltagande främjas, med patientens samtycke. Nedan sammanfattas viktiga aspekter som förstärker ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt vad gäller vård för patienter med långvarig smärta [8].

Ett gott bemötande är avgörande för att etablera en god kontakt. Vården för patienter med långvarig smärta börjar alltid med gott bemötande. Med detta avses erkännande av och respekt för patientens smärtupplevelse samt en icke ifrågasättande eller värdeladdad kartläggning av rapporterade problem.

De första mötena är inriktade på att etablera en konstruktiv tvåvägskommunikation som underlättar kartläggningen och möjliggör att patient och vårdpersonal får information om varandras förväntningar och roller. Det är viktigt att, så långt det är möjligt, nå en förklaring till besvären. Forskning har visat att patienten vill få en förklaring som på ett pedagogiskt sätt belyser skillnaderna mellan akut och långvarig smärta med hjälp av en neurobiologisk förklaringsmodell samt påverkan av andra faktorer (biopsykosocialt perspektiv).

Patienten och vårdpersonalen är experter som möts. Tidigt i förloppet kommer de överens om att båda är experter på olika saker, patienten på sin egen upplevelse och vårdpersonalen på olika strategier som finns tillgängliga för att möta problemet.

Det är viktigt att nå en gemensam överenskommelse. Överenskommelsen handlar om de strategier som väljs och att patienten och vårdpersonalen är överens om att pröva dessa. Det är en förutsättning för den fortsatta vården. Överenskommelsen mellan patienten och vårdpersonalen dokumenteras i en rehabiliteringsplan. I den tydliggörs vad patienten kan göra själv, vem som gör vad och vems ansvar det är att fullfölja de olika åtgärder som planeras. En rehabiliteringsplan ger struktur och innehåll för den fortsatta vården. Rehabiliteringsplanen erbjuder en struktur som patienten kan

följa och som hen är delaktig i att skapa. Den strukturerade rehabiliteringsplanen innehåller konkreta och mätbara mål och åtgärder.

Patienten erbjuds stöd under behandling. Stödet syftar till att bibehålla nya sätt att hantera smärta och förebygga risker för återfall i icke ändamålsenliga beteenden. Åtgärderna följs upp. Patienten och vårdpersonal kommer överens om uppföljning av åtgärder för eventuell revidering av rehabiliteringsplanen.

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

2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppets mål och åtgärder följs upp genom resultat- och processmått vilket skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. Befintliga källor för uppföljning ska användas i den mån det går men målsättningen på längre sikt är att oavsett vilken källa som används för uppföljning så ska strukturerad vårddokumentation utgöra grunden. Det innebär också att uppföljning av vårdförloppen, i så stor utsträckning som är möjligt, ska baseras på information som är relevant för vården av patienten.

I nästa avsnitt sammanfattas vårdförloppets nuvarande datatillgång och uppföljningsmöjligheter. För att förverkliga uppföljningen av vårdförloppet kommer ytterligare arbete krävas, såväl nationellt gemensamt som regionalt och lokalt.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Möjligheterna att på kort sikt fånga data för vårdförloppets åtgärder och resultatet för patienterna beror i hög grad på om åtgärden görs vid specialiserade smärtkliniker eller i primärvård. Nationella Registret över Smärtrehabilitering, NRS, är ett nationellt kvalitetsregister för patienter med långvarig smärta i behov av multimodal smärtrehabilitering, både för primärvård och för specialiserad vård. Anslutningsgraden för specialiserade enheter är god och andelen patienter som registreras i kvalitetsregistret, av de som genomgår multimodal rehabilitering (MMR), är hög. I primärvården är MMR under uppbyggnad. I flera regioner saknas tillgång till multimodal smärtrehabilitering inom primärvård och användningen av kvalitetsregistret är begränsad. Möjligheterna till uppföljning av vårdförloppet i primärvård kommer därför att vara beroende av dels att rekommenderad diagnosregistrering används, dels att vårddokumentationen kan struktureras så att uppgifter om rehabiliteringsinsatser och även resultat kan fångas.

Av flera skäl kan man idag inte identifiera vårdförloppets patienter med hjälp av diagnoskoder enligt ICD-10. För att kunna identifiera patientgruppen rekommenderas tillämpningen av koderna R52.2 A-C, vid ingång till vårdförloppet, i avvaktan på att ICD-11 ska börja användas. I ICD-11 finns ett eget kapitel om långvarig smärta.

Vidare finns det i nuläget bara delvis förslag om åtgärdskoder som speglar vårdförloppets åtgärder. MMR kan idag vare sig registreras via åtgärdskod eller på annat vis fångas via den ordinarie vårddokumentationen.

Resultatindikatorerna som föreslås knyter an till de domäner som rekommenderas för vetenskaplig uppföljning för denna patientgrupp, som IMMPACT's [14, 15] och VAPAIN's [16]. Det finns formulär för uppföljning för flera av dessa. Viktiga domäner i kliniska sammanhang är bland annat smärtintensitet, fysisk funktion, sömnstörning, ångest, depression, trötthet och förmåga att delta i sociala aktiviteter och ha sociala roller [17].

Tabell 2 Domäner för uppföljning av utfall efter interventioner för patienter med långvarig smärta, efter Gerdle med flera [26]

IMMPACT:s domäner	VAPAIN:s domäner
Smärta	Smärta – intensitet och frekvens
Emotionell funktion	Emotionellt välmående
Fysisk funktion	Fysisk aktivitet
	Produktivitet
	Tillfredställelse med sociala roller och aktiviteter
Patienters skattning av generell förbättring och tillfredställelse med behandling	Patientens uppfattning om uppnådda behandlingsmål
Symtom och biverkningar som följd av behandling	
Deltagande disposition (inklusive deltagande och avbrytande av deltagande)	Orsaker till avbrytande av behandling

2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 3 och 4 visar vilka indikatorer som avses följas. Där enbart kolumnen Kvalitetsaspekt att följa upp är ifylld saknas i nuläget en fullständig indikatorformulering men kommer tas fram.

För detaljerad information om hur indikatorerna beräknas hänvisas till webbplatsen Kvalitetsindikatorkatalog där kompletta specifikationer publiceras i takt med att de är genomarbetade. Där beskrivs och motiveras också de valda indikatorerna. För att säkerställa att de för vårdförloppet viktigaste indikatorerna blir föremål för uppföljning först, har dessa i tabellen nedan tilldelats prioritet ”Hög”.

Indikatorerna redovisas könsuppdelat och totalt, och för både region- och enhetsnivå när det är möjligt och relevant.

Tabell 3. Resultatmått

Kvalitetsaspekt att följa upp	Indikatorformulering	Prioritet
	Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som skattar sin hälsa enligt EQ VAS högre vid ettårsuppföljningen än vid första mätning	
	Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som skattar depression och ångest enligt The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) lägre vid ettårsuppföljningen än vid första mätning	
	Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta och genomgången multimodal smärtrehabilitering (MMR) som vid avslut av MMR är fysiskt aktiva < 59 aktivitetsminuter/vecka	
	Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som har hög måluppfyllelse enligt Goal Attainment Scaling (GAS) fyra månader efter diagnos (PROM-mått)	
Förändringar i förmåga att hantera livssituationen i stort på grund av multimodal smärtrehabilitering (MMR) (PROM-mått)		Hög
	Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som två år efter första diagnos kan hantera sin situation utan fler vårdåtgärder	

Tabell 4. Processmått

Indikatorformulering	Prioritet
Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som har fått en rehabiliteringsplan upprättad en månad efter diagnos	Hög
Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta och en upprättad rehabiliteringsplan, där uppföljning av rehabiliteringsplanen har skett inom tre månader efter upprättandet	
Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som en månad efter diagnos har en fast vårdkontakt för smärtproblematik i primärvården	
Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som ett år efter diagnos har påbörjat multimodal smärtrehabilitering (MMR) inom primärvården	Hög
Andel patienter med förstagångsdiagnos långvarig smärta som ett år efter diagnos har påbörjat multimodal smärtrehabilitering (MMR) inom specialiserad vård	

3. Bakgrund till vårdförlopp

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

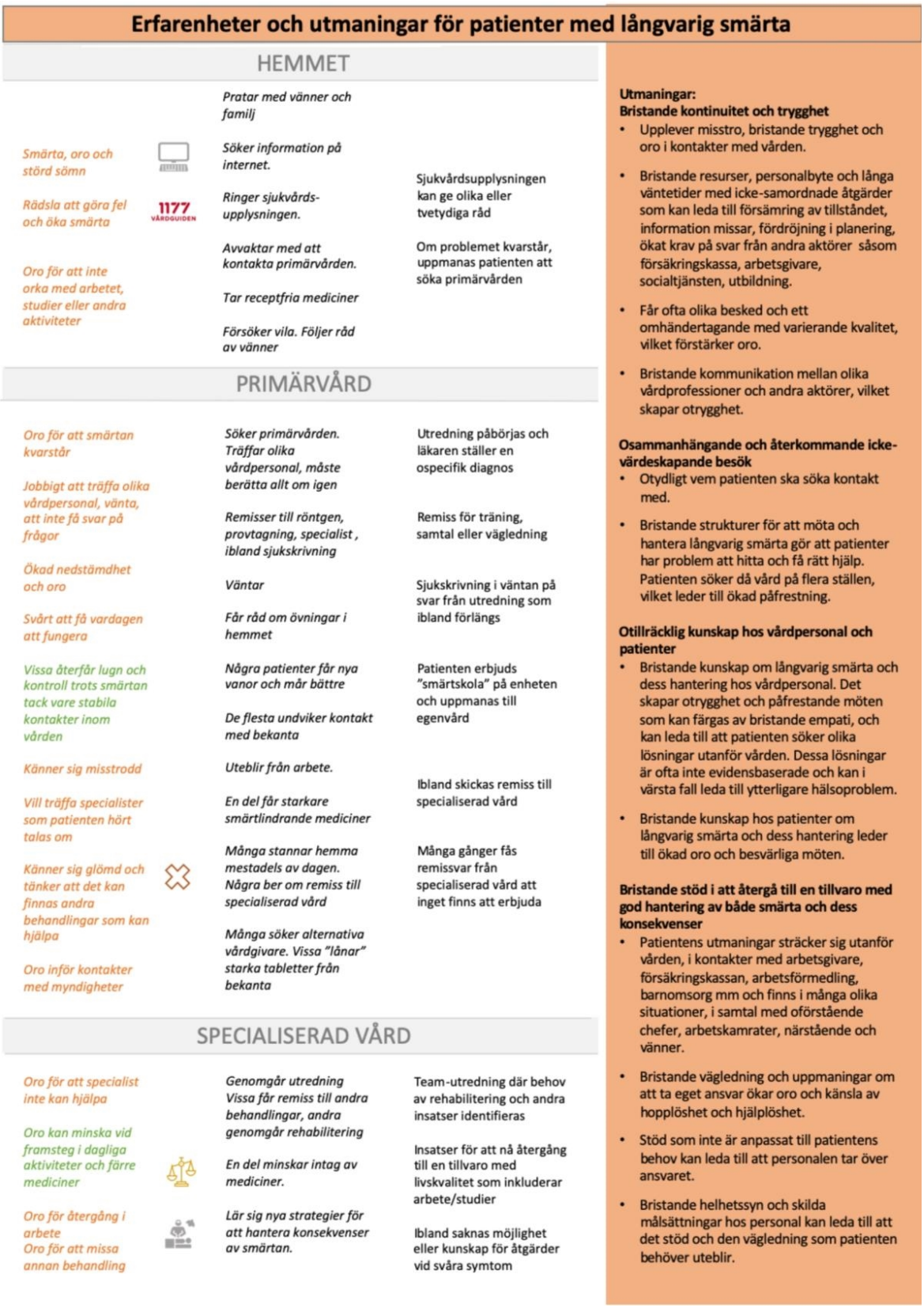
Patienters erfarenheter om vården vid långvarig smärta finns väldokumenterade i vetenskapliga publikationer och i kartläggningar med medverkan av patientorganisationer.

Flera patientorganisationer rapporterar att smärtvården uppfattas som ojämlik [3]. De viktigaste områdena som anmärks är bemötande, kunskap och behandling. Både tillgänglighet och bemötande skattas som dåligt eller mycket dåligt av patientorganisationerna. Följande problem lyfts fram:

- kunskapsbrist i vården
- fel behandling och snabb sjukskrivning i stället för rehabilitering och behandling
- bristande utbildning och/eller fortbildning för vårdpersonal
- avsaknad av helhetsperspektiv och intresse hos professionerna
- ekonomiska styrinstrument som prioriterar korta och många besök, något som slår fel på komplexa och långvariga besvär såsom långvarig smärta
- avsaknad av samarbete med patientorganisationer.

Vidare påtalas brister i tillämpning av försäkringsmedicinska riktlinjer. Goda exempel finns men dessa är få.

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med långvarig smärta. I kolumn 1 beskrivs identifierade positiva och negativa patientupplevelser. I kolumn 2 anges för patienten vanliga aktiviteter och åtgärder medan kolumn 3 beskriver vårdens aktiviteter och åtgärder. I kolumn 4 anges de huvudsakliga utmaningar som patienterna möter. Vårdförloppet är utformat för att adressera dessa utmaningar som även avspeglas i vårdförloppets mål och indikatorer.



Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos vuxna med långvarig smärta

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

Kunskapsunderlaget för vårdförloppet har hämtats från befintliga evidenssammanställningar, internationella och nationella riktlinjer och kunskapsöversikter. Kunskapsunderlaget utgörs av nedanstående dokument:

Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta 2011

Nationellt uppdrag smärta 2016

Multimodal rehabilitering uppgifter och metoder 2013

Riktlinjer nationellt kunskapsstöd långvarig smärta

SBU Behandlingsmetoder vid långvarig smärta 2010

Fokusrapport smärta 2006

Nationellt register över smärtrehabilitering (NRS) årsrapporter

International Association for the Study of Pain (IASP) definitioner

FYSS 2021 [18, 19]

Långvarig smärta. Smärtmedicin Vol 2 [20].

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta har pågått från mars 2020 till april 2022. Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar. Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp.

Flera avsnitt har haft en huvudansvarig som tillsammans med andra i mindre grupp arbetat fram ett underlag, i samarbete med patientorganisationernas representanter (se Appendix A, B, C). Hela arbetsgruppen har därefter tagit del av underlaget och tillsammans kommit fram till det slutgiltiga förslaget.

Patientföreträdare i arbetet var Gunilla Göran, styrelseledamot Reumatikerförbundet och Katharina Jansson styrelseledamot Personskadeförbundet RTP.

Vårdförloppet är godkänt av Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar inför öppen remiss.

Tabell 5. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/patientföre-trädare	Organisation/tjänste-ställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Marcelo Rivano Fischer	Docent	Psykolog	Skånes universitetssjukvård	Södra sjukvårdsregionen	Ordförande NAG smärta
Gunilla Stenberg	Docent	Fysioterapeut	Umeå Universitet, Robertsfors Hälsocentral	Norra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Pernilla Åsenlöf	Professor	Fysioterapeut	Uppsala universitet	Sjukvårdsregion Mellansverige	Ledamot NAG smärta
Britt-Marie Stålnacke	Professor	Läkare, specialist i Rehabiliteringsmedicin, smärtlindring	Umeå Universitet, NHHC, Norrlands universitetssjukhus	Norra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Gunilla Brodda Jansen	Docent	Läkare, specialist i Rehabiliteringsmedicin, smärtlindring	Karolinska Institutet	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	Ledamot NAG smärta
Monika Löfgren	Docent	Fysioterapeut	Danderyds sjukhus	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	Ledamot NAG smärta
Olaf Gräbel		Läkare, specialist i anestesi – och intensivvårdsmedicin, smärtlindring	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Västra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Edvard Smith		Läkare, specialist i Psykiatri	Psykiatrisk öppenvård Karlstad	Sjukvårdsregion Mellansverige	Ledamot NAG smärta
Louise Samson		Läkare, specialist i Allmänmedicin	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Västra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Mathilda Björk	Professor	Arbetsterapeut	Linköpings Universitet	Sydöstra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Inger Landgren		Läkare, specialist i Allmänmedicin	Gripens vårdcentral, Oskarshamn	Sydöstra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Anne Söderlund Schaller	Med Dr	Specialistsjuksköterska	Linköpings Universitet, Universitetssjukhuset Linköping	Sydöstra sjukvårdsregionen	Ledamot NAG smärta
Katharina Jansson		Sjuksköterska/ patientföreträdare	Personskadeförbundet RTP, styrelseledamot	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	Ledamot NAG smärta
Gunilla Göran		Patientföreträdare, ordförande European Network of Fibromyalgia Associations	Reumatikerförbundet, styrelseledamot	Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland	Ledamot NAG smärta
Anna Lagerkvist		Medicinsk sekreterare	Skånes universitetssjukvård	Södra sjukvårdsregionen	Processledare

4. Referenser

1. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1):19-27.
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333.
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Rivano Fischer M, Stålnacke BM, Gordh T, et al. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning. Stockholm, Sweden; 2016.
4. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm Sweden; 2006.
5. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm Sweden; 2010.
6. Stenberg G, Stålnacke BM, Enthoven P. Implementing multimodal pain rehabilitation in primary care - a health care professional perspective. Disabil Rehabil. 2017;39(21):2173-81.
7. Region Jönköpins län. M79, R52 Långvarig smärta i rörelseorganen inkl. fibromyalgi För dig som arbetar med Folkhälsa och Sjukvård i Jönköpings län. [cited 2022 29/01]. Available from: https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/569ce8cb-2589-448e-a773-fe057da72c25?pageId=33165
8. Rivano Fischer M. Rehabilitering vid långvarig smärta. In: Magnusson S, Mannheimer C, editors. Långvarig smärta Behandling och rehabilitering. 2nd ed. Stockholm: Studentlitteratur; 2015.
9. Bäckryd E, Werner M. Den långvariga smärtans fysiologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm: Liber; 2021.
10. Linton SJ, Halldén K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. Clin J Pain. 1998;14(3):209-15.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – information till patienter Socialstyrelsen.se; 2020 [cited 2022 08/01]. Available from: https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/levnadsvanor/
12. Trott E. En reliabilitets- och validitetsstudie av den svenska versionen av självskattningsformuläret Insomnia Severity Index (ISI) [cited 2022 08/01] Available from: https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:224571/FULLTEXT01.pdf
13.Gerdle B, Stålnacke B-M, Larsson B. Evidensbaserad multimodal rehabilitering vid långvariga smärttillstånd. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Långvarig smärta Smärtmedicin 2. Stockholm: Lieber; 22021.
14. Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2003;106(3):337-45.
15. Dworkin RH, Turk DC, Farrar JT, Haythornthwaite JA, Jensen MP, Katz NP, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain. 2005;113(1-2):9-19.
16. Kaiser U, Treede RD, Sabatowski R. Multimodal pain therapy in chronic noncancer pain-gold standard or need for further clarification? Pain. 2017;158(10):1853-9.
17. Zidarov D, Zidarova-Carrié A, Visca R, Miller JM, Brecht K, Viens N, et al. Core patient-reported outcome domains for routine clinical care in chronic pain management: patients' and healthcare professionals' perspective. Qual Life Res. 2020;29(7):2007-20.

18. Löfgren M, Jensen K, Varkey E, Andrell P, Kosek E. Fysisk aktivitet och smärta. I Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS). Stockholm, Sverige: Läkartidningen Förlag AB. 2021.
19. Emtner M, Mannerkorpi K, Kosek E. Fysisk aktivitet vid fibromyalgi. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS)
Stockholm, Sverige.: Läkartidningen Förlag AB.; 2021.
20. Bäckryd E, Werner M. Långvarig smärta. I Smärtmedicin. Stockholm, Sverige Liber; 2021.
21. Butler D, Moseley L. Explain Pain Super Charged. Adelaide City West, Australia: Neuro Orthopaedic Institute; 2017.
22. Nijs J, Lahousse A, Kapreli E, Bilika P, Saraçoğlu İ, Malfliet A, et al. Nociplastic Pain Criteria or Recognition of Central Sensitization? Pain Phenotyping in the Past, Present and Future. J Clin Med. 2021;10(15).
23. Becker S, Navratilova E, Nees F, Van Damme S. Emotional and Motivational Pain Processing: Current State of Knowledge and Perspectives in Translational Research. Pain Res Manag. 2018;2018:5457870.
24. Morelli S, Lieberman M, Zaki J. The Emerging Study of Positive Empathy. Social and Personality Psychology Compass. 2015;9:57–68.
25. Rivano Fischer M. Smärtpsykologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Akut och cancerrelaterad smärta Smärtmedicin 1. Stockholm, Sverige: Liber; 2015.
26. Gerdle B, Bäckryd E, Novo M, Roeck-Hanse E, Rothman M, Stålnacke B-M, et al. Smärtanalys: diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning. Stockholm, Sverige.: Studentlitteratur; 2020.
27. Wångdahl J, Lau M, Nordström P, Samulowitz A, Karlsson L. Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. Socialmedicinsk tidskrift 2017; 2: 12.13.
28. Delpierre C, Côté P, Salmi LR, Cedraschi C, Taylor-Vaisey A, et al. Determinants of clinical practice guidelines' utilization for the management of musculoskeletal disorders: a scoping review. BMC Musculoskelet Disord. 2021;22(1):507.
29. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutstöd. [cited 2022 March 10th]. Available from: https://roi.socialstyrelsen.se/fmbsok?search
30. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm Sweden; 2021
31. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Behandling och rehabilitering vid fibromyalgi. Stockholm Sweden; 2021.
32. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. Physiother Theory Pract. 2016;32(5):332-355.
33. Westergren H, Rivano Fischer M, Brodda Jansen G, Gerdle B. Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering Läkartidningen2021 [cited 2021 January 29]. Available from: https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2021/09/langvarig-smarta-kraver-teambaserad-rehabilitering/
34. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128
35. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 11th Edition American College of Sports Medicine: American College of Sports Medicine; 2020 [cited 2022 January 29]. Available from: https://www.acsm.org/read-research/books/acsms-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription

36.FYSS. FY SS nya Rekommendationer om Fysisk Aktivitet och Stillasittande! 2021 [cited 2022 January 29]. Available from: www.fyss.se/yfas-nya-rekommendationer-om-fysisk-aktivitet-och-stillasittande
37. Grooten W. Fysisk aktivitet vid långvariga rygg- och nackbesvär: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/L%C3%A5ngvariga-rygg-och-nackbesv%C3%A4r-1.pdf
38. Löfgren M, Mannerkorpi K, Bergman S, Knardahl S. Fysisk aktivitet vid långvariga utbredda smärttillstånd FYSS: FYSS; 2016 [cited 2022 January 29]. Available from: http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Sm%C3%A4rttillst%C3%A5nd-l%C3%A5ngvariga-utbredda.pdf
39. Åsenlöf P. Fysioterapeutiska behandlingsmetoder. In: Rhodin A, editor. Smärta i klinisk praxis. Stockholm, Sverige: Studentlitteratur; 2019.
40. Park YL, Hunter J, Sheldon BL, Sabourin S, DiMarzio M, Khazen O, et al. Pain and Interoceptive Awareness Outcomes of Chronic Pain Patients With Spinal Cord Stimulation. Neuromodulation. 2021;24(8):1357-62.
41. Di Lernia D, Serino S, Riva G. Pain in the body. Altered interoception in chronic pain conditions: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2016;71:328-41.
42. Linton SJ. Att förstå patienter med smärta: 3e upplagan. Stockholm, Sweden: Studentlitteratur; 2021.
43. Flink I, Boersma K, Linton S. Kognitiv beteendeterapi. In: I: Bäckryd E och Werner M r, editor. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm, Sverige: Liber.
44. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Pain. 2011;152(3):533-42.
45. Wideman TH, Adams H, Sullivan MJ. A prospective sequential analysis of the fear-avoidance model of pain. Pain. 2009;145(1-2):45-51.
46. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain. 2001;17(1):52-64.
47. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychol Bull. 2007;133(4):581-624.
48. Fillingim RB. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain* 2017;158 Suppl 1:S11-S18.
49. Wiklund M, Fjellman-Wiklund A, Stålnacke BM, Hammarström A, Lehti A. Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. Glob Health Action. 2016;9:31542.
50. Löfgren M, Schüldt Ekholm K, Schult M-L, Ekholm J. Qualitative Evidence in Pain. In: Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice. Olson K, Schutlz I, editors. New York, US: Springer; 2016.
51. Dow CM, Roche PA, Ziebland S. Talk of frustration in the narratives of people with chronic pain. Chronic Illn. 2012;8(3):176-91.
52. Hållstam A, Stålnacke BM, Svensen C, Löfgren M. "Change is possible": Patients' experience of a multimodal chronic pain rehabilitation programme. J Rehabil Med. 2015;47(3):242-8.
53. Lavie-Ajayi M, Almog N, Krumer-Nevo M. Chronic pain as a narratological distress: a phenomenological study. Chronic Illn. 2012;8(3):192-200.
54. Werner A, Malterud K. It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. Soc Sci Med. 2003;57(8):1409-19.
55. Hiort J, Lindau M, Löfgren M. Young pain patients' experience in primary care. A qualitative study. Nordic Psychology 2016;69:83-99.

56. Gustafsson M, Ekholm J, Ohman A. From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. J Rehabil Med. 2004;36(3):97-103.
57. Biguet G, Nilsson Wikmar L, Bullington J, Flink B, Löfgren M. Meanings of "acceptance" for patients with long-term pain when starting rehabilitation. Disabil Rehabil. 2016;38(13):1257-67.
58. Sim J, Madden S. Illness experience in fibromyalgia syndrome: a metasynthesis of qualitative studies. Soc Sci Med. 2008;67(1):57-67.
59. Undeland M, Malterud K. The fibromyalgia diagnosis: hardly helpful for the patients? A qualitative focus group study. Scand J Prim Health Care. 2007;25(4):250-5.

5. Appendix

5.1 Appendix A: Kompletterande bakgrund om smärta och vårdförloppet

5.1.1 Om smärta

Långvarig smärta betraktas idag som ett eget separat tillstånd som inte ska ses som ett symtom tillhörande andra sjukdomar. Långvarig smärta föregås vanligen av ett annat tillstånd men kan även uppstå utan någon koppling till sjukdom eller skada. Att smärta kvarstår och blir långvarig har vanligen samband med en kombination av händelser och faktorer, såväl inom som omkring individen (fysiologiska, psykologiska och sociala). Även den långvariga smärtans duration, intensitet och effekter påverkas av en mängd faktorer, vilka kan skilja sig väsentligt mellan olika individer [9].

Smärta erfars (upplevs) efter en komplex bearbetning av nervsignaler i centrala nervsystemet. På vägen genom nervsystemet kan nervsignalen både hämmas och ökas i de smärtmodulerande systemen. Nervsystemet är plastiskt och förändringar som leder till ökad känslighet för smärta (sensitisering) anses spela en viktig roll vid utveckling och vidmakthållande av långvarig smärta. Nervsystemets plasticitet innebär att utvecklingen kan ske åt båda håll, långvariga smärttillstånd kan beroende på olika faktorer antingen försämras eller förbättras och gå över [21].

Smärta delas in i olika typer/kategorier beroende på bakomliggande mekanismer. Behandlingen skiljer sig delvis beroende på smärttyp och därför är en smärtanalys som inkluderar en fysisk undersökning (där undersökning av smärtkänslighet ingår) en viktig del av bedömningen inför beslut om behandling.

- **Nociceptiv smärta** är smärta orsakad av vävnadsskada eller hotande vävnadsskada som aktiverar smärtreceptorer (nociceptorer). Artros eller inflammatoriska tillstånd som reumatiska sjukdomar är vanliga långvariga nociceptiva smärttillstånd.

- **Neuropatisk smärta** är smärta med ursprung i skada eller sjukdom i perifera eller centrala nervsystemet. Den neuropatiska smärtan kan uppstå akut eller utvecklas successivt i samband med skada eller sjukdom.

- **Nociplastisk smärta är** smärta som karaktäriseras av dysfunktionell smärtreglering utan närvaro av vävnadsskada som aktiverat nociceptorer eller skada i nervsystemet. Nociplastisk smärta är alltid långvarig och ses vid tillstånd som karaktäriseras av ökad känslighet för smärta i stora delar av kroppen, till exempel fibromyalgi.

Smärtklassifikationen reviderades 2021 och International Association in the Study of Pain (IASP) har lagt till begreppet ”nociplastisk” smärta [22].

Även om en av dessa smärttyper ofta dominerar kan olika typer förekomma hos samma person.

Smärta fungerar som ett larmsystem som kräver uppmärksamhet, påverkar affekter, tankar och känslor och motiverar till handlingar [23]. Denna signalfunktion kan sägas vara biologiskt inpräntad. ”Kroppen har helt enkelt inte råd att gå miste om information om vävnadsskada och enligt detta synsätt är vårt nervsystem därför ”riggat” åt det smärtkänsliga hållet” (s 249) [9].

Då smärta signalerar fara är den kopplad till negativa affekter, mestadels rädsla. När smärta signalerar skada leder det till mer eller mindre automatiserade beteenden för att skydda kroppen och underlätta återhämtning. Smärta som en brådskande signal påkallar omedelbar uppmärksamhet, prioriteras och leder oftast till att avbryta all annan pågående aktivitet och till tankar/bedömningar kring smärtans orsak och verkan samt ökad uppmärksamhet på smärta. Om smärta uppfattas vara utanför ens kontroll, kan den leda till att signalen uppmärksammas oproportionerligt mycket och till negativa tankar kring framtida scenarier av mer eller mindre katastrofal karaktär.
Mindre uppmärksammat är smärtsignalens sociala implikationer. Smärta betraktat som en social signal verkar förstärka medkänslan med de vi känner positiv empati för och motiverar oss att hjälpa till [24, 25]. Dessa funktioner och de reaktioner som de påkallar är naturliga och ändamålsenliga vid akut smärta men kan dock vara dysfunktionella vid långvarig smärta då smärtan som larmsignal förlorar sin funktion. Vid akut smärta kan läkemedel och behandlingar inriktade på att stödja läkningsprocessen vara på plats men samma behandlingar kan motverka sitt syfte om smärtan blir långvarig och beskrivs som generaliserad.

Att ha kunskap om och förståelse för basala fysiologiska smärtmekanismer, inom ramen för en biopsykosocial modell, när man träffar och behandlar en patient med långvarig smärta ger ofta en bättre grund för optimalt omhändertagande än om man endast har en ICD- eller DSM-diagnos. Förändringen i smärtsignalerna kan ske i perifera vävnadens receptorer, perifer sensitisering eller i centrala nervsystemet, så kallad central sensitisering. Det är av största vikt att lägga tid på att förklara smärta ur ett mekanistiskt perspektiv för patienten då det inte är allmän känt att smärta kan uppstå eller finnas kvar utan att något är skadat.

Under förutsättning att adekvat smärtanalys har gjorts ger begreppet nociplastisk smärta i stället för smärtdiagnos en bättre förutsättning för en ändamålsenlig smärtbehandling för långvariga smärttillstånd, såväl farmakologiskt som icke farmakologiskt. Begreppet beskriver just att smärtnervsystemet är föränderligt beroende på vilken stimulering det utsätts för. Om smärta kvarstår under längre tid förändras signalen från vävnad till ryggmärg och hjärna. Detta kan medföra att smärtan upplevs som starkare och mer utspridd än tidigare, trots att eventuell skada (det som definieras som nociceptiv smärta) sedan länge läkt ut. De kroppsegna smärtlindrande system, till exempel frisättning av kroppsegna opioider, fungerar också enligt många studier sämre om smärta kvarstår under längre tid. Idag har vi också belägg för att det finns genetiska faktorer som kan göra en individ mer sårbar för att utveckla ett långvarigt smärttillstånd.

En adekvat undersökning och en smärtanalys är grunderna som all smärtbehandling och rekommendation bör vila på. Klinisk utredning och bedömning bör utföras utifrån en biopsykosocial modell (det vill säga att betrakta hälsotillståndet som produkten av interagerande biologiska, psykologiska och sociala faktorer i en kontext patienten befinner sig i, som innefattar både

underlättande och hindrande faktorer). ”Den biopsykosociala modellen med dess helhetssyn bildar basen för bedömning, behandling och rehabilitering i modern klinisk smärtvård” [26].

Det finns patientgrupper med särskilda svårigheter som olika funktionsnedsättningar ger avseende tillgång till adekvat vård och som har hög förekomst av smärta och nedsatt förmåga att kommunicera smärta. Vårdförloppet bör vidareutvecklas och anpassas för att kunna möta till exempel individuella funktionsnedsättningar som då avser såväl de med flerfunktionshinder som de med neuropsykiatriska tillstånd. Vidare behövs anpassningar för andra patienter, till exempel de som inte behärskar svenska språket och de som saknar hälsoliteracitet [27].

5.1.2 Om bakgrund till vårdförloppet

Det finns nationella rekommendationer som initierades av Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning [3]. I rapporten redovisades att handläggning och vård av patienter med långvarig smärta har uppenbara brister och är ojämlik inom både primärvård och specialiserad vård. Dessa brister finns i alla regioner i landet i varierande grad. Riktlinjer för patientgruppen har tagits fram i flera länder, men det finns ett konstaterat glapp mellan evidensbaserad kunskap och klinisk praktik. En granskning av de publicerade riktlinjerna har identifierat både hindrande och underlättande faktorer [28]. Hindrande faktorer är

- oenighet mellan rekommendationerna och patienternas förväntningar
- riktlinjer som inte är specifika för individuella patienter
- bristande kunskap om ”icke-specifika” begrepp eller om den biopsykosociala modellen
- tidskrävande uppgift
- heterogena metoder i riktlinjen.

Faktorer som underlättar användning av riktlinjerna är

- vårdgivarnas intresse i evidensbaserad vård
- vårdgivarnas uppfattningar om att riktlinjerna förbättrar triagering, diagnossättning och hantering
- tidseffektivitet
- standardiserat språk [28].

Socialstyrelsens beslutsstöd för sjukskrivning vid långvarig smärta finns och bör följas men enligt såväl patientorganisationer som vårdpersonal på alla nivåer återstår mycket arbete för att hantera långvarig smärta på ett ändamålsenligt sätt och inte ”lösa” problemet med sjukskrivning [29]. Ersättningsmodellen med listning gör att den smärtintresserade läkaren i primärvården kan överbelastas genom att läkarens lista fylls med tids- och resurskrävande patienter, i stället för att

dessa fördelas bland vårdcentralens samtliga läkare. Andra kompetenser inom primärvården nyttjas sällan i ett tidigt skede. Oklarheter om handläggningen gör att vårdpersonal ibland räds denna patientkategori. Oavsett yrkeskategori (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, psykolog, arbetsterapeut, socionom med flera) präglas arbetet av tidsbrist och bristfällig organisation för att identifiera och rehabilitera dessa patienter, med risk för långvarig sjukskrivning som följd.

Patientmedverkan i utformning av behandling samt utbildning och forskning om smärta i primärvården är också traditionellt lågt prioriterat trots att smärta är så vanligt förekommande.

I rapporten ”Uppdrag smärta” [3] påpekades att nivåstrukturering av smärtvård för patienter med långvarig smärta var nödvändig och en förutsättning för att rekommendationer om förbättringar skulle kunna implementeras [3]. Vårdförloppet för patienter med långvarig smärta utgår från att dessa nivåer, (när det inte finns) skapas, för att säkerställa ett strukturerat omhändertagande av patienter som bidrar till uppfyllande av vårdförloppets målsättningar.

5.2 Appendix B: Behandlingar och insatser vid långvarig smärta

5.2.1 Sammanfattning

Långvarig smärta ska bedömas utifrån ett biopsykosocialt synsätt. ”Den biopsykosociala modellen med dess helhetssyn bildar basen för bedömning, behandling och rehabilitering i modern klinisk smärtvård” [26]. Diagnostik av smärtan såväl mekanistiskt som förslag på ICD-diagnos ska ingå i ett behandlingsförlopp oavsett nivå. Det biopsykosociala synsättet ska genomsyra behandlingen tidigt i förloppet och på alla vårdnivåer. Rehabiliteringsplanens centrala roll och personcentrerad vård bör prägla vårdmöten och behandlingar. Det är viktigt med en pedagogisk ansats på alla nivåer.

För att minska eventuella negativa konsekvenser av långvarig smärta är det viktigt med ett adekvat bemötande med god förmedling av kunskap och information om tillståndet samt stöd under längre perioder. Det är arbetsgruppens gemensamma uppfattning, baserad på de samlade erfarenheter som den besitter, att det är väsentligt att all vårdpersonal under hela vårdförloppet har samsyn kring långvarig smärta och psykologiska påfrestningar då dessa två i princip är oskiljaktiga tillstånd. För primärvård gäller att ha en kontaktperson. Det kan, beroende på problematik, till exempel vara en kompetent sjuksköterska som, i likhet med diabetessjuksköterskan, har möjlighet att ha en kontinuerlig kontakt med patienter med långvarig smärta, eller en rehabiliteringskoordinator som kan samordna olika insatser både inom och utanför sjukvården, något som oftast behövs vid behandling av patienter med långvarig smärta.

Det behövs en kompetent och evidensbaserad smärtvård som har kunskap om a) sjukdomar och dess utredning och behandling, b) nervsystemets plasticitet och föränderlighet vid långvariga smärttillstånd och stress samt c) identifiering av patienter som löper risk för långvarig smärta.

Under senare delen av arbetet med vårdförloppet har två SBU-rapporter tillkommit, som därför inte ingår i detta arbete [30, 31].

5.2.2 Patientutbildning

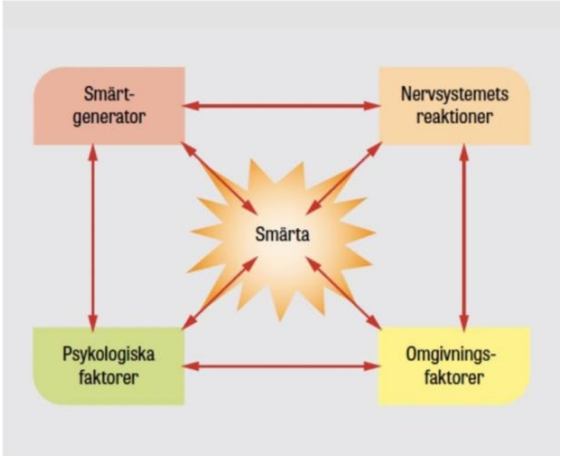
Evidens pekar på att patientutbildning om smärta och förklaringsmodeller leder till förbättringar i tillståndet och kan användas som unimodal behandling eller som en integrerad del av multimodal behandling, beroende på grad av komplexitet i form av konsekvenser för livsföring, som långvarig smärta medför för individen [32]. Vidare finns det evidens för att den neurobiologiska förklaringsmodellen som skiljer på smärta och skada (smärtsystemets olika komponenter och deras interaktioner, sensitisering samt hämmat bromssystem), är att föredra över den ortopedisk-kirurgiska modell som i motsats till den neurobiologiska modellen förstärker koppling mellan smärta och skada. Patientutbildningen börjar som ett komplement till smärtanalys. En modell har publicerats i landet och kan med fördel kommuniceras visuellt för patienten. I modellen, som presenteras i figur 3, sammanfattas olika nyckelområden som bygger upp patientens smärtupplevelse [33]:

- Primära smärtgenererande mekanismer/smärtgeneratorer (muskler, leder och nerver), det vill säga nociceptiv och/eller neuropatisk smärta. Det är viktigt att förklara för patienten vilka mekanismer som är inblandade.

- Nervsystemets reaktioner på långvarig nociceptiv och/eller neuropatisk smärta leder ibland till långvarig sensitisering (nociplastisk smärta). Denna kan vara lokal, regional eller generaliserad (fibromyalgi) och påverkar bland annat kognition, sömn och autonom balans.

- De psykologiska faktorerna - tankar, känslor och hantering av dessa. Nedstämdhet/depression och oro/ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och generaliserat ångestsyndrom (GAD) är vanliga sådana psykologiska faktorer.

- Omgivningsfaktorer - förutsättningar och krav i den sociala situationen är avgörande för möjligheten att påverka sin vardagsaktivitet.



Figur 3. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten

Om patienten bedöms vara i behov av multimodal smärtrehabilitering har patientutbildning bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

5.2.3 Fast vårdkontakt

Patienter med mer komplexa behov, där långvarig smärta ingår, ska ha en fast vårdkontakt. Kontaktpersonerna ska utbildas i smärta om utbildningen saknas. Patienter med långvarig smärta utgör en heterogen grupp, med olika behov och förutsättningar. Kontaktpersonen utses vid planering (rehabiliteringsplan, patientkontrakt) och ska vara den som följer upp det som planeras. Kontaktpersonen ska ha ett tydligt samordnande uppdrag som inkluderar samordning mellan vårdnivåer samt andra rekommendationer som vården initierar och bör samordnas med verksamheter utanför vården. Uppföljning där medicinska frågor berörs, det vill säga uppföljning av till exempel läkemedelsfrågor, ska göras av en sjuksköterska eller en läkare. Uppföljning där arbetsfrågor eller sjukskrivning berörs och bedöms vara huvudfrågor, görs med fördel av en person utbildad i koordinering, det vill säga en rehabiliteringskoordinator.

Kontaktpersonens roll innebär att vara en kontinuerlig resurs för de olika behov som patienter med långvarig smärta har, till exempel för optimering av symtomlindring, undervisning, rådgivning eller samordning. I arbetet ingår att identifiera och känna igen patienter som löper risk för långvarig smärta. Förutsättningar för adekvat tillgänglighet till vårdkontakten måste ges.

5.2.4 Insatser kring fysisk aktivitet och funktion

År 2020 uppdaterade WHO de allmänna rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk träning i syfte att minska risken för en rad olika sjukdomstillstånd samt risken för död i förtid [34]. Rekommendationerna angående regelbunden fysisk träning och begränsad tid i stillasittande gäller även vuxna patienter med långvarig smärta. Det är viktigt att göra en noggrann kartläggning utifrån funktionsförmåga och begränsningar och individualisera såväl träningen som träningsupplägg utifrån varje patients målsättning och krav på aktiviteter. Träningsupplägget ska fungera i vardagen och bidra till livskvalitet. Vissa patienter kan behöva begränsa sin belastning på grund av så kallat uthärdandebeteende som kan vara orsaken till den långvariga smärtan. Detta på grund av överbelastning av muskler och andra strukturer.

Konditionsfrämjande och muskelstärkande fysisk träning är evidensbaserade behandlingar med förväntade positiva effekter på såväl fysisk som psykologisk funktion, förmågan att leva ett aktivt liv samt i viss mån även smärtans intensitet. Doseringsprinciperna följer vedertagna principer för träningslära [35, 36]. Detsamma gäller för långvariga rygg- och nackbesvär [37] och långvariga utbredda smärttillstånd [19, 38]. Många patienter behöver stöd av fysioterapeut för initiering av fysisk träning och för att på ett ändamålsenligt sätt öka belastning och intensitet. Ett viktigt undantag från denna praxis är patienter med utbredd dysfunktionell smärthämning, så kallad nociplastisk smärta. Hos dessa patienter kan fysisk aktivitet orsaka en smärtökning, i stället för minskad känslighet för smärta som sker hos personer med normal smärthämning. Dessa patienter behöver en individuell utprovning och uppföljning av sin fysiska aktivitet där hänsyn tas både till vedertagna principer för träningslära och till smärtans utveckling. För att undvika försämring bör dosen ökas långsamt och även om smärtan ökar i samband med fysisk träning så bör den inte öka över tid [18].

Initialt ska patienten stödjas att komma i gång med en rutin och därefter stegra duration och/eller intensitet i träningen. Det är viktigt att ta upp risken för smärtökning med patienten innan träningen startar, för att minska risken att patienten avbryter, då den ökade smärtan kan upplevas som besvärande och rent av skrämmande. Vid ökande smärta bör patienten försöka bibehålla rutinen och tillfälligt minska intensitet/motstånd och/eller duration på den fysiska aktiviteten.

Det kan dröja flera månader innan patienten upplever positiva effekter av träningen. Studier tyder på att de med långvarig smärta som kan träna på måttlig och hög intensitetsnivå har störst effekt, men det finns även studier som visar att träning på lägre nivå har effekt jämfört med ingen träning alls [36].

För patienter med normal smärthämning (inte nociplastisk) är det väsentligt att identifiera varje patients utgångsläge vad gäller fysisk kapacitet och introducera träningen på en anpassad nivå. På så sätt vänjs kroppen successivt vid den ökade fysiska belastningen. En tydlig plan för stegring av

träningen krävs för att inte bli kvar på en nivå som är för låg för att uppnå gynnsamma effekter. Det finns olika strategier för hur stegring kan ske. Vanligast är en progressiv stegring tills patientens målsättning är nådd, vilket kan fungera utmärkt om målen är tydliga och aktivitetsrelaterade och doseringen bygger på principer för träningslära snarare än upplevelse av smärta. Två andra modeller för stegring av fysisk funktionsförmåga är graderad aktivering och graderad exponering, vilka kortfattat beskrivs i relation till behandling här [39]. I kapitlet beskrivs även vikten av att integrera principer för beteendeinlärning vid fysisk träning samt tillämpning av det som uppnås genom träningen i dagliga aktiviteter.

Behandlingen kring fysisk aktivitet och funktion består av flera olika komponenter. Det kan vara att bidra till ökad kunskap och minskad oro hos patienten, att guida patienten i att starta upp fysisk träning och vid behov smärtlindring.

Att leva med långvarig smärta påverkar rörelsekvaliteten, det vill säga hur vi använder våra kroppsliga resurser, och ger förändrat rörelsemönster. Den fysioterapeutiska behandlingen bör därför innehålla stöd och guidning till patienten att öka medvetenheten om kroppen, sina vane- och rörelsemönster och uppfattningen av kroppsliga signaler. Syftet är att återerövra det mest optimala och funktionella sättet att använda kroppen, det vill säga att öka förmågan att röra sig mer stabilt, balanserat och koordinerat [40, 41].

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser kring fysisk aktivitet och funktion bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

5.2.5 Insatser kring psykologiska aspekter

Psykologisk behandling vid långvarig smärta omfattar kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner och tekniker (kognitiv beteendeterapi, KBT), eftersom emotionella, kognitiva, och beteendefaktorer är centrala i utvecklingen av långvarig smärta. Målsättningen är att minska upplevelser av hjälplöshet och brist på kontroll, samt att främja beteenden som minskar smärtans inverkan på funktion och livskvalitet. De senare årens forskning kring rädsla och undvikande har bidragit till att mer renodlade former av KBT som fokuserar på exponering har utvecklats. Även andra metoder som utvecklats ur KBT såsom ”acceptance and commitment therapy” (ACT) och medveten närvarobaserad stressreduktion är vanligt förekommande [42].

Träning i hälsosamt beteende samt förmedling av kunskap kring hur människan tänker och handlar är grunden i all KBT-behandling. Utbildad personal i KBT kan arbeta med beteendeanalyser och interventioner, med kognitiva tekniker inriktade på förändring av hanteringsstrategier, med tekniker som påverkar medvetande för att modulera och/eller påverka själva smärtupplevelsen eller stressen, som ihållande smärta i det dagliga livet innebär. Många gånger arbetar utbildad personal i KBT med flera av dessa områden. Vanliga komponenter som ingår i en KBT-intervention för patienter med långvarig smärta är [43]

- psykoedukation, för att öka kunskap om olika psykologiska och inlärningsmässiga faktorer som påverkar smärta

- beteendeexperiment, för att uppmana maladaptiva föreställningar och öka ett beteende genom att prova på och utvärdera resultat
- problemlösning, för att omformulera hinder till problem som systematiskt kan lösas och för att utveckla förmåga att se och använda olika lösningar på ett problem
- graderad aktivering, för att öka aktivitetsnivå mot personliga mål och förebygga rädsla och undvikande
- tillämpad avslappning, för att reducera känslomässig uppvarvning vid smärta
- pacing, för att genomföra aktiviteter i jämn takt med korta pauser och undvika för mycket respektive för lite aktivitet under en tidsperiod
- omvärdering/förändring av kommunikation och hanteringsstrategier kring smärta och andra påfrestningar, för att underlätta kontakten med omgivning
- stresshantering med prioritering, för att öka förmåga till prioritering och tidsplanering
- omvärdering/förändring av självbilden, krav och förmåga, gränssättning.

ACT har under senare år seglat upp som en lika effektiv psykologisk metod som KBT vid långvarig smärta [44]. ACT inriktar sig på att få individer att acceptera smärta som en del av livet i stället för att försöka kontrollera den samt leva sitt liv utifrån det som man värdesätter. Både kognitiva (restrukturering) och beteendemässiga (exponering) tekniker används inom ACT. Modellen om rörelserädsla och undvikande av rörelse är en av de mest kända modellerna inom smärtforskning och har genererat både hypoteser och behandlingsmetoder [45]. Modellen utgår från att smärta får, för en mindre grupp människor, en katastrofal betydelse. Katastrofiering (i sin tur påverkad av negativa affekter och hotfull information om ohälsa) leder till rädsla för smärta och/eller för att skada sig igen. Detta permanentas i en ond spiral som befrämjar och bibehåller undvikande, aktivitetsbegränsningar, funktionshinder, mer smärta, katastrofiering och så vidare.

- Rörelserädsla behandlas med aktivitetsgradering, exponering och ACT. De två sistnämnda metoderna verkar påverka bäst i positiv riktning både rädsla och funktionshinder. Smärtkatastrofiering definieras som en överdriven negativ tendens att fokusera tankar på faktisk eller förväntad smärta och har ett starkt samband med ökad smärtupplevelse. Sambandet uppstår tidigt under utvecklingen och verkar kausalt: katastrofiering leder till ökad smärta [45]. I flera studier predicerar katastrofiering smärtnivåer hos smärtfria deltagare. Den korrelerar med ångest, rädsla och depression [46]. Acceptans, undvikande av rörelse på grund av smärtrelaterad rädsla och katastrofiering har på senare tid blivit lika viktiga föremål för psykologisk behandling som dysfunktionella hanteringsstrategier och föreställningar.

- Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser kring psykologiska aspekter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

5.2.6 Insatser riktade mot utförande av aktiviteter

Patienter med långvarig smärta kan ha problem att utföra aktiviteter inom olika livsområden som personlig vård, arbete, hemliv samt fritid och rekreation. Det är viktigt att utifrån aktivitetsmodeller kartlägga och förstå patientens aktivitetsproblem följt av en fördjupad aktivitetsanalys av vardagen. En sådan kartläggning täcker patientens olika aktivitetsområden och ger svar på vilka svårigheter patienten upplever i aktivitet. I bedömningen ingår även patientens engagemang, tilltron till den egna förmågan i aktivitet, värdering av olika aktiviteter samt vanor och rutiner. Instrumentet som används för kartläggning kan vara både intervju- och observationsinstrument. För att bedöma aktivitetsförmågan är även en strukturerad observationsbedömning av utförandestrategier i någon eller några viktiga aktiviteter värdefull.

Utifrån aktivitetsanalysen identifieras interventioner baserade på individens mål, förmågor och hinder. Insatserna har ett tydligt aktivitetsinriktat fokus med upplägg utifrån forskningsevidens och nationella riktlinjer och riktar sig till aktiviteten, individen eller miljön, eller kombinationer av dessa. Vanliga interventioner för patienter med långvarig smärta är att utarbeta och tillämpa strategier eller att i aktivitet träna på att genomföra de aktiviteter individen önskar, behöver, vill och förväntas göra.

Att arbeta i ett anpassat tempo (activity pacing) kan vara en viktig metod. Pacing innebär att aktiviteter bryts ner i mindre enheter och att en mindre omfattande aktivitet utförs vid flera tillfällen eller med varierande kroppspositionering i stället för mycket aktivitet vid ett och samma tillfälle. Interventioner kan även riktas mot att förbättra patientens aktivitetsbalans där balansen mellan olika typer av aktiviteter som exempelvis fysiskt krävande och återhämtning ses över i exempelvis en tidsdagbok och förändras vid behov. Att ha kontroll över sin aktivitetsrepertoar stärker självförtroendet och ökar insikten om den egna förmågan att lösa vardagens problem och skapa en god livskvalitet trots smärta. När patienter är aktiva och koncentrerar sig på meningsfulla aktiviteter kan smärtan upplevas mindre intensiv.

Målet är att uppnå en för patienten lämplig aktivitetsbalans mellan arbete, fritid och sociala aktiviteter samt mellan aktivitet, återhämtning och vila. Fokus ligger både på mängd och kvalitet i aktivitet med anpassning till energibesparande och ergonomiskt anpassade utförandestrategier vid behov. Patienter stöds till en gradvis anpassning i de förändringar som krävs i vardagen. Att kunna acceptera smärtan, arbeta mot mer långsiktiga mål i stället för smärtlindring i det korta perspektivet och anpassa sitt liv kan ta olika lång tid. Att klara av och återta aktiviteter kräver tid och uthållighet, vilja till förändring, organisationsförmåga och aktiv träning. Genom att medvetandegöra vardagsrutiner kan man rikta åtgärder till det som behöver förändras eller anpassas.

För patienter med långvarig smärta i arbetsför ålder riktas interventioner ofta mot arbete. Även i relation till arbetet görs en kartläggning av individens aktivitetsproblem också i relation till vilka krav som såväl arbetsuppgifterna som arbetsmiljön ställer. Situationen och kartläggningen ser ofta olika ut beroende av om patienten är sjukskriven, i arbete eller arbetslös. De efterföljande insatserna

utformas utifrån individens behov, till exempel baserat på om individen tror sig kunna arbeta eller inte, om arbetet behöver anpassas eller om individen behöver utveckla någon förmåga för att kunna genomföra sina arbetsuppgifter. I samtycke med patienten sker tidig kontakt med arbetsgivare och andra aktuella samverkansaktörer. Insatserna innefattar förutom aktivitetsinriktade insatser beskrivna ovan, även ergonomiska insatser eller rådgivning i den fysiska miljön samt problemlösning utifrån hindrande faktorer i arbetssituationen.

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser riktade mot utförande av aktiviteter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

5.2.7 Psykosociala insatser

Psykosocialt behandlingsarbete och insatser bidrar till att identifiera och prioritera de sociala konsekvenser av smärttillståndet som är möjliga att påverka, samt stöttar processen att hitta hanteringsstrategier och/eller acceptans av det som inte är direkt påverkbart.

Långvarig smärta påverkar och påverkas ofta av omgivning och nätverk. Således görs en kartläggning av nätverk och relationer kring patienten. Utifrån patientens mål och önskan görs interventioner som mynnar ut i en tydlig plan med konkreta steg och hanteringsstrategier för att patienten ska kunna nå sina mål och komma närmre önskad social situation.

Tillsammans med patienten tydliggörs vidare hur patientens egen förmåga att påverka sin situation ser ut och vilka beteende hos patienten som är till hjälp och de beteende som inte är det. Detta utifrån mål att komma vidare mot funktionsökning och en på sikt hållbar arbetssituation. Det kan här handla om på vilket sätt patienten kan ändra sina beteende och vanor i arbete så att de blir mer gynnsamma i rehabilitering. Detta kan innefatta mycket konkreta steg såsom att hålla sig till sina uppgifter, hålla sina arbetstider, ta sina pauser, tydlighet i kommunikation gentemot kollegor och chef med mera.

Psykosocialt behandlingsarbete omfattar även samordning av kontakter med aktuella myndigheter och arbetsplatser, liksom samtalsstöd och hjälp att aktivera ett stödjande socialt nätverk. Patienten får en kort och för dem aktuell genomgång av regelverk kopplat till den socialförsäkringssituation hen kan befinna sig i. Syfte här är att få en ökad förståelse för regelverket och på så sätt en minskad upplevelse av orättvisa som ibland kan leda till en energikrävande kamp mot myndigheter. Tydliggörande görs kring vad patienten kan påverka och inte i detta regelverk och i den situation hen befinner sig. Detta bidrar till en för patienten minskad upplevelse av maktlöshet och hjälplöshet över sin situation och en förmåga att lättare manövrera och förhålla sig till regelverket kopplat till socialförsäkringsfrågor.

Den viktigaste komponenten för framgångsrik behandling vid långvariga smärttillstånd är att teamet arbetar tillsammans med patienten för att uppnå en funktionsökning. Detta kräver att alla aktiviteter synkroniseras och att tydliga mål diskuteras tillsammans med patienten ur ett funktionshöjande perspektiv snarare än ett smärtlindrande. I detta ska alltid arbetsåtergång (eller att närma sig arbete) vara ett självklart mål för patienter i arbetsför ålder (om möjligt).

Om patienten bedöms i behov av multimodal smärtrehabilitering har insatser avseende sociala aspekter bäst effekt som en del av en samordnad och integrerad behandling.

5.2.8 Läkemedelsbehandling

Vid farmakologisk behandling av långvarig smärta ligger alltid en smärtanalys som grund och behandlingen ska ske i samverkan med behandlande team. Effekten av den farmakologiska behandlingen ska alltså bedömas ur ett funktions- och aktivitetsperspektiv, inte bara som smärtlindring. Läkemedelsbehandling vid långvarig smärta måste alltid anpassas efter varje enskild patient och ofta behövs en kombination av läkemedel för bästa resultat. Det är inte ovanligt att samma patient har flera smärttyper samtidigt. Utvärdering av behandling ska vara vägledande för att väga effekt mot biverkningar. För mer detaljerad farmakologisk smärtbehandling hänvisas till Riktlinjer nationellt kunskapsstöd långvarig smärta.

Sammanfattningsvis framgår där följande:

- Vid nociceptiv smärta används
  - paracetamol
  - NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drug).

- Vid neuropatisk och nociplastisk smärta används
  - TCA (Tricykliska antidepressiva läkemedel). Amitriptylin som också fungerar som sömnstabiliserande.
  - Gabapentin. Pregabalin är narkotikaklassat. Kan övervägas om gabapentin gett positiv smärtlindrande effekt men intolerabla biverkningar.
  - SNRI, (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors) duloxetin.

5.2.9 Opioidbehandling

Långvarig smärta bör endast i undantagsfall behandlas med opioider. Långvarig opioidbehandling ska noga utvärderas och följas upp avseende effekt och biverkningar. Behandlingen ska skötas av, eller ske i samråd med specialiserad smärtvård.

Den som förskriver opioider är ansvarig tills annan vårdpersonal formellt tagit över ansvar för behandlingen. Innan byte av vårdpersonal ska alltid en bedömning av behandlingen göras, detta är särskilt viktigt vid remiss från den specialiserade smärtvården till annan vårdnivå (till exempel primärvård). Om det bedöms att behandlingen ska fortsätta, ska detta motiveras och en plan för uppföljning dokumenteras. Om det bedöms att behandlingen ska avslutas ska plan för nedtrappning/avslut (inklusive tidsförlopp) dokumenteras.

Vid långvarig opioidbehandling ska drogfrihet säkerställas anamnestiskt samt med upprepad provtagning, om det inte är uppenbart obehövligt.

Långvarig opioidbehandling riskerar att ge ökad smärtkänslighet och andra biverkningar, även vid lägre doser. Många biverkningar är diffusa och upptäcks ofta inte förrän efter nedtrappningen.

Tydlig information och möjlighet att erbjuda lättillgängligt stöd av kontaktsjuksköterska under nedtrappningen är viktiga faktorer för framgång med nedtrappningen.

I de fall det inte är medicinskt riskabelt kan patienten själv styra nedtrappningen i hög grad. Vården måste dock sätta ramarna för nedtrappningen utifrån medicinska rekommendationer. Ramarna består oftast minst i ett tydligt beslut att nedtrappning ska ske och en bortre tidsgräns när den ska vara klar.

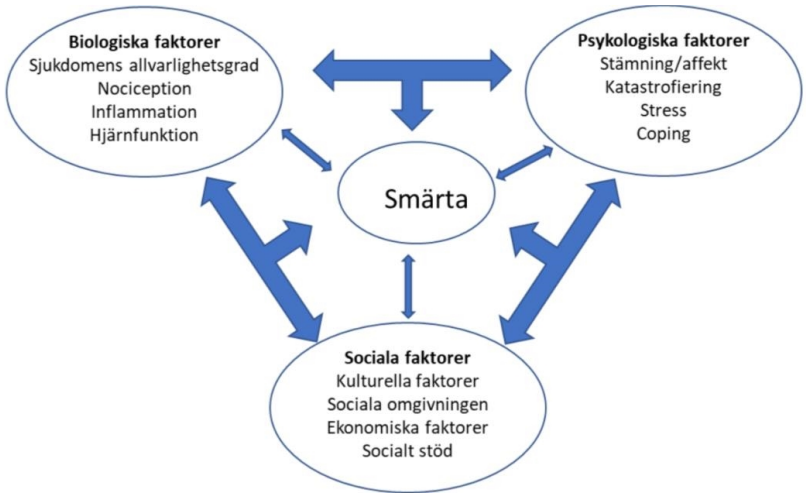
Effekten av nedtrappning ska inte utvärderas medan den pågår. Vanligen bör situationen stabiliseras två till tre månader efter avslutad nedtrappning.

5.2.10 Annan medicinsk behandling

Det finns ett antal andra medicinska behandlingar utöver de farmakologiska, inklusive invasiva behandlingsmetoder såsom ryggmärgsstimulering (DCS), topikala behandlingar (till exempel Qutenza), kirurgiska interventioner och icke-farmakologiska smärtlindrande behandlingar (till exempel TENS, akupunktur, medicinsk laser klass IV, blockader, neuromodulering, ortoser, värme med flera). Invasiva, topikala och kirurgiska interventioner sker oftast inom regionernas eller sjukvårdsregionernas specialiserade vård efter noggrann utredning och berör ett mindre antal patienter.

5.2.11 Multimodal smärtrehabilitering

Grunden för multimodal smärtrehabilitering är att flera professioner samverkar i behandlingen synkront. Även om enheter inte har fasta team, såsom ofta är fallet i primärvården, ska multimodalitet eftersträvas. Detta för att möjliggöra ett biopsykosocialt arbetssätt som präglar behandlingen [47]. Flera visualiseringar av den biopsykosociala modellen för smärta har gjorts, ett exempel visas här (Figur 4).



Figur 4. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten, översatt från Fillingim [48]

Multimodal smärtrehabilitering innefattar många av de behandlingar som beskrivs ovan. Behandlingarna planeras och utförs dock utifrån ett teamsamarbete, där vårdpersonal med olika relevanta kompetenser samverkar sinsemellan samt med patienten och dennes närstående. Inom rehabiliteringen benämns detta arbetssätt som interdisciplinärt arbetssätt – de olika yrkeskategorierna samverkar tillsammans med patient och dennes närstående för att uppnå gemensamma mål. Samordnad och aktiverande rehabilitering, med hjälp av tvärprofessionella insatser (multimodal rehabilitering) har bäst evidens – de ger bättre resultat än enstaka åtgärder vad gäller återgång till utförande av dagliga aktiviteter inklusive arbete eller studier om det är aktuellt [13].

5.2.12 Sjukskrivning

Individuellt anpassad sjukskrivning i kombination med medicinska insatser är en integrerad, individuellt anpassad och medveten del av de medicinska rekommendationer som innebär att det finns en tydlig plan för patienten. I planen kan ingå kontakt med arbetsgivaren för återgång till arbete eller arbetsförmedling, efter medgivande av patienten.

Sjukskrivning som behandling är en ”stark insats” och ska liksom annan potent behandling användas med försiktighet och följas upp. Sjukskrivning kan ha effekter som inte är gynnsamma för återhämtning. Vid sjukskrivning är det lätt att den vanliga strukturen för dagen försvinner. Den sjukskrivne kan vända på dygnet, hindras att komma ut och/eller äta på oregelbundna tider. En längre tids sjukskrivning kan leda till att den sjukskrivne blir isolerad och känner sig folkskygg. Patienten vågar eller kan inte röra på sig eller träna som hen brukar och oroar sig för hur det ska gå att komma tillbaka till jobbet. Patienten kan också känna obefogade skuld- och skamkänslor mot både arbetskamrater och familjemedlemmar.

Ju längre sjukskrivningsperiod desto svårare kan det vara att återgå till arbete. Därför är det alltid viktigt att undvika längre sjukfrånvaro än nödvändigt. Det är bra om en sjukskrivning kan begränsas till deltid eftersom det minskar risken att bli långtidssjukskriven på heltid.

Sjukskrivning är en aktiv del av behandlingen som tillsammans med andra rehabiliterande åtgärder bidrar till att patienten återfår arbetsförmåga. Rehabiliteringskoordinatorer med särskilt fokus på sjukskrivningsprocessen ska vara med i behandling och rehabilitering av sjukskrivna patienter med långvarig smärta för att öka chanser till varaktig återgång i arbete. Rehabiliteringskoordinatorns roll bör innebära samordning mellan olika vårdpersonal, primärvård och specialiserad vård, arbetsgivare och Försäkringskassan.

En riktig, lagom, säker och jämställd sjukskrivning bidrar till en god och patientsäker vård. Med ”riktig” förstås att sjukskrivningen ska vara på rätt indikationer och följa nationella vårdprogram och riktlinjer. Med ”lagom” förstås att tidslängden och graden av sjukskrivning skall vara anpassad till person, funktionsstatus och arbetskrav. Med ”säker” förstås att det inte ska finnas onödig väntan till besök eller behandling, att en tidig samverkan sker mellan vården, arbetsgivaren och Försäkringskassan samt att det tidigt ska finnas en plan för återgång till arbete, plan för rehabilitering eller annan lösning. Med ”jämställd” förstås att patienter, oberoende av genus får likvärdig service inom vård, sjukskrivning och rehabilitering. Sjukskrivning ska alltid baseras på individuella behov och fokus bör vara att bibehållen fysisk och social aktivitet är viktigt i behandling av långvarig smärta.

5.3 Appendix C: Patientens perspektiv

5.3.1 Sammanfattning av kvalitativ forskning utifrån patientsamtal

En sammanfattning av kvalitativ forskning med fokus på intervjuer med patienter med långvarig smärta presenteras nedan. I centrum står patienternas berättelser om deras upplevelser av att möta vården, deras förhoppningar och erfarenheter.

Patienter har beskrivit vad de anser vara de viktigaste (sociala) faktorerna som påverkar deras tillgång till smärtrehabilitering. Faktorerna är kön, social status och diagnos. Patienter upplever till exempel att personer som får bättre bemötande är män (de är mer ”gåpåiga”), personer som utstrålar status (slips och kostym verkar skapa respekt), smala personer, engagerade personer och personer som kan svenska. Vidare rapporteras i forskningsartiklar att patienter upplever att personer som får sämre bemötande är kvinnor (”borde ha en karl med sig som kan tala för en”), invandrare som inte kan språket, samt personer med diffusa sjukdomar. Faktorer som patienter tar upp och som karakteriserar positiva möten med vården är att bli lyssnad till och att bli trodd, att möta ett team som är samordnat (”proffsigt”), att vara delaktiga i en dialog, att uppleva att teamet står på patientens sida och vill patientens bästa, att inte bli sviken och att bli respekterad [49].

Patienternas upplevelse av behandling och rehabilitering presenteras i en handbok om kvalitativ hälsorelaterad forskning. Evidens vad gäller patienter med långvarig smärta anges i kapitlet Qualitative evidence in pain [50] som baseras på 25 studier, med sammanlagt 370 informanter. Patienternas berättelser sträcker sig över tre områden: Patienters upplevelse av att leva med och hantera långvarig smärta, deras upplevelse av behandling och rehabilitering och deras upplevelse av att fortsätta att arbeta eller att inte kunna återgå i arbete. Återkommande kategorier i patienternas berättelser är

- mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Patienterna önskar välutbildad, professionell, empatisk och uppmärksam personal, som ska vara villig att lyssna, tro på patienten och ta med patientens perspektiv i diskussioner om behandling. En diagnos är positiv eftersom den legitimerar smärtan och minskar upplevelsen av stigma. De flesta möten beskrivs som avvisande, jäktade, utan möjligheter att få information och tveksamma till patienten. Patienterna förbereder sig noga inför sina möten med vårdpersonal för att visa sig trovärdiga, inte för friska men inte som att de klagar. Positiva möten beskrivs som möten i vilka någon lyssnar och tar patienten på allvar.

- patientundervisning och information. Patienterna önskar klar och tydlig information om diagnos och om behandlingsalternativ, stödjande återkoppling och råd om smärthantering. Undervisning i grupp upplevs positivt, att vara i ett sammanhang och dela erfarenheter, tankar och information med andra i samma situation, att reflektera och relatera till andra ökar självförtroendet. Individuellt anpassad information till patienter med långvarig smärta underlättar att ta tillbaka kontrollen, bli ansvarig för att hantera sjukdomen och hitta en riktning i livet.

- patientens delaktighet och ansvar. Patienter som accepterar vikten av eget ansvar och engagemang är nöjdare och mindre benägna att söka snabba lösningar. För att bli del av en positiv rehabiliteringsprocess krävs att patienten känner sig mött med respekt och erkänsla. Att lära sig känna igen och respektera kroppsliga signaler ökar kroppslig, emotionell och social kompetens. Ju mer eget ansvar, desto viktigare med individuella, specifika instruktioner om livsstil och om anpassning av träning.

- interprofessionell rehabilitering och smärtrehabilitering. Personalen beskrivs som mycket kompetenta och kunniga avseende långvarig smärta och dess behandling. Patienter känner sig säkra, erkända, lyssnade till och förstådda. Psykologiska förklaringar kan mottas utan en känsla av att vara psykologiserad eller att smärtan är inbillad. Patienterna kan hitta en ny riktning i livet, återta kontrollen över livet, återfå självkänslan, relatera till andra och få tröst. Acceptera ”rehabkonceptet” är nödvändigt för att lyckas [50].

5.3.2 Patientens upplevelser

Patienter med långvarig smärta har rapporterat upplevelser av att under många år varit negligerad i primärvården. Det är inte ovanligt att patienten blir remitterad till flera olika undersökningar för att därefter återvända till primärvården utan att det har gett någon klarhet om tillståndet. Det händer alltför ofta att patienter inte har möjlighet att få möta samma läkare då utredningar och remisshantering kan leda till långa väntetider. Under denna tid kan smärtan hos patienten förvärras, dessutom blir oftast sömn, trötthet och oro påträngande och patientens livskvalitet försämras.

Patienter med långvarig smärta har olika grader av hälsolitteracitet, det vill säga förmåga att förvärva, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa. Därför bör vårdpersonal inom hälso- och sjukvård utforska patienternas grad av hälsolitteracitet (kan vara hög hos en del och bristande hos andra), stödja deras behov av information och uppmuntra till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade.

Patientens upplevelser består inte av isolerade företeelser inom hälso- och sjukvården. Patienten är en person i interaktion med andra personer och verksamheter även utanför vården. Personer kring patienter med långvarig smärta, förutom olika och oftast icke-koordinerade kontakter med vårdpersonal, är många och kan inkludera arbetsgivare, representanter från utbildning, familj, vänner och andra människor i olika sociala sammanhang, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunens olika instanser, fackliga representanter, personal från skola och fritidsverksamhet.

Patientens upplevelser går inte att beskrivas utifrån ett enda typexempel. Erfarenheter av vården kan börja för någon som riskerar eller börjar utveckla långvarig smärta. För andra kan upplevelserna handla om återkomst till primärvård med andra eller accentuerade symtom. För ytterligare andra kan det handla om upplevelser som uppstår när patienter av olika anledningar inte får tillgång till smärtrehabilitering eller om att uppleva nya svårigheter efter avslutad rehabilitering.

5.3.3 Kvalitativ forskning om patienternas upplevelser

Det finns ett antal återkommande, utmanande teman för patienterna som ingår i detta vårdförlopp som beskrivs i patientberättelser, i forskningsintervjuer med patienter, i samtal mellan vårdpersonal och patienter och i rapporter från patientorganisationer och expertgrupper. Inom kvalitativ forskning har dessa berättelser analyserats och de återkommande teman som redovisas har lett forskare att lyfta dessa för att förbättra vård av patienter med långvarig smärta. Dessa är grad av tillit i möte mellan patient och vårdpersonal [51-55], otydliga förväntningar från båda parter och olika grad av förförståelse, patientens oro inför framtiden [52, 55] och den egna förmågan samt inför de krav som ställs av en själv och andra [56], bristande självständighet och beroende förhållande [55], ostabil och varierande förmåga att fungera samt samsjuklighet [52, 57, 58], förhoppningar och begränsningar, socialt samspel och relationer [57, 58], sökande efter diagnos som källa till hopp och till oro [55, 59], bristande långsiktighet eller uppföljning och sökande utanför hälso- och sjukvård (alternativ vård).

En vetenskaplig sammanställning av patienters upplevelser och erfarenheter har publicerats [50]. Sammanfattningsvis beskrivs i boken att de flesta patienter känner sig misstrodda och ifrågasatta [53—55] när de kommer till vården och de flesta kämpar för att återupprätta sin värdighet som människa. För att komma i gång med en positiv rehabiliteringsprocess behöver patienten bemötas med respekt och erkännande [52, 56] samt få en förklaring till sitt tillstånd, men även vara beredd att ta eget ansvar och vara delaktig [52]. Att förstå och respektera kroppens signaler lyfts fram som en viktig början i rehabiliteringsprocessen [56, 57].

5.3.4 Utmaningar kring mötet med patienten

Under arbetet med vårdförloppet har ett antal utmaningar för vården blivit tydliga när det gäller att möta patienter med långvarig smärta, utmaningar som måste beaktas i vårdförloppet. En mindre grupp bestående av patientrepresentanter och professionen gick igenom tillgänglig litteratur med speciell fokus på svenska publikationer samt publicerade sammanfattningar inom ramen för patientorganisationernas arbete. De utmaningar som framkom kan utöver beskrivningen i avsnitt 3.1 sammanfattas i nedanstående punkter:

- Tydlighet i förväntningar och förförståelse. I samtal om behandling mellan patient och vårdpersonal finns det varierande grad av tydlighet, förväntningar och förförståelse. Det finns otydlighet kring syftet och förväntningar med undersökningar och provtagningar och otydlighet i vad vården förväntar sig av patienten och vad patienten förväntar sig av vården. Det finns brister i vårdkontakter och uppföljningar, olika och nya kontakter minskar sannolikhet till tillit och tydlighet. Det finns behov av strukturerade återbesök. Patienter har kvarvarande besvär trots insatser, till exempel läkemedel och provtagningar.

- Utmaningar i att få patientens förtroende. Misslyckande med kontakter inom vården när det gäller bemötande, förklaringar eller behandlingar kan leda till att patienten söker alternativa vägar och behandlingar. Tillgänglighet till information i sociala medier är mycket stor. Erfarenheter och upplevelser delas mellan okända personer och råd med varierande kvalitet

finns att tillgå utan hinder. Det finns risker för minskat förtroende för svensk hälso- och sjukvård och ibland för behandlingar som kan motverka varandra.

- Diagnossättning. Patienter får ofta flera diagnoser. Symtom som patienten besväras av kan förklaras av en av dessa diagnoser, eller olika symtom kan relateras till olika diagnoser och symtom kan påverka varandra. Patienter vill ha en diagnos för att få legitimitet för sin smärta och som ett hjälpmedel för att strukturera hantering i form av behandling. Diagnoser kan också vara en källa till oro kring framtid och hälsa.

- Samordning kring sjukskrivning. För en stor del av patienterna präglas tillvaron av oro kring framtiden, vad gäller den egna förmågan men också sysselsättningen och familjebilden som oftast är i förändring. Inte så sällan lever patienten med ständig oro kring ekonomin, som försämras och upplevs som osäker, både kortsiktigt och långsiktigt. Den osäkra ekonomiska situationen accentueras av långdragna osäkra processer och besked från socialförsäkringssystem. Socialförsäkringsregler ändras och tolkas olika av olika handläggare och patienterna har bristande kunskap om dessa. Slutligen upplever patienten oro kring egna och andras krav, vad man ska orka med och vad som ska göras annorlunda.

- Uppföljning av läkemedel. Patienter kan ha ett långvarigt bruk av läkemedel, med eventuellt missbruk som följd. Många läkemedel förlorar sin effekt med tiden (avsedda för akut smärta) men patienter fortsätter att använda dem.

- Samordning och kompetens. Det är ofta otydligt vem inom vården som patienten ska söka kontakt med. Det saknas kompetens vad gäller smärtanalys inom vården och många patienter upplever att de inte blir undersökta, att deras smärta inte tas på allvar. Patienter inleder en ”jakt” på rätt sorts hjälp som i sin tur bekräftar att vården saknar strukturer för att hantera deras problem. ”Jakten” är många gånger osystematisk och påfrestande. Viljan till förändring och avsaknad av ork följer varandra.

- Information till närstående. Patienterna ingår i ett socialt sammanhang och det finns relationer i patientens närhet att ta hänsyn till. Det kan vara till exempel vilka behov och önskningar patienten och familjen (och andra närstående) har, vilka som är möjliga att uppnå. Information och kunskap hos närstående behövs med tanke på att deras stöd och förväntningar kommer att påverka patienterna.

- Långvarigt stöd i rehabiliteringen. Patienter uttrycker behov av kompetens som stödjer dem under resan i form av rehabiliteringskoordinator, kontaktsjuksköterska eller liknande med reell och formell kompetens och erfarenhet för samordning oavsett sjukskrivning eller inte. Det är viktigt att diskutera eventuell sysselsättning och sjukskrivning utifrån ett hälsoperspektiv. Vissa situationer och insatser kan utgöra en sjukfaktor för några under en period, och en friskfaktor för andra.

- Utvärdering och uppföljning av behandlingar och rehabilitering. Patienterna tycker ofta att det finns brister i hur behandlingar eller rehabilitering utvärderas och följs upp. De kan önska

ytterligare behandling eller rehabilitering eftersom vissa insatser kan vara viktiga vid en tidsperiod, och andra vid en annan. Vidare verkar det finnas behov av påfyllning vad gäller de strategier man skaffat eller de träningsråd man fått (boosters).

- Kvarstående funktionsnedsättning och symtom. Många patienter upplever fortsatta symtom som smärta och fatigue vilket leder till oro och fortsatt funktionsnedsättning trots insatser från vården. Patienterna möter bristande förståelse i vården för detta och de neurobiologiska förändringar som ligger till grund för symtomen. Den bristande förståelsen tar mycket energi för patienten. Många patienter upplever dessutom hälsomässiga följdproblem och samsjuklighet.

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

Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring
22-04-19	Öppen remiss

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

Innehållsförteckning

Sammanfattning **4**

1. Om konsekvensbeskrivningen **6**

2. Konsekvenser **6**

2.1 Omfattning 6

2.2 Nytta eller risker för individen 13

2.3 Etiska aspekter 15

2.4 Verksamhet och organisation 15

2.5 Kostnader 16

2.6 Kompetensförsörjning 18

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 19

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 19

2.9 Uppföljning 19

2.10 Övriga konsekvenser 19

3. Bilagor **20**

3.1 Hälsoekonomi 20

3.1.1 Förväntade förändringar jämfört med nuläget 20

3.1.2 Konsekvensbeskrivning inklusive budgetpåverkan för tre åtgärder inom personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta hos vuxna 21

3.2 Gradering av långvarig smärta och vårdsökande 26

4. Referenser **27**

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

Sammanfattning

Det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna, utgör ett strukturerat försök att fånga patientgruppen för vilka smärta blivit en sjukdom i sig. Vårdförloppet omfattar åtgärder från att det konstateras förekomst av långvarig smärta när det inte finns misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd som orsakar smärttillståndet, tills att patienten fått adekvat diagnos, utredning och behandling och kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdinsatser. Vårdförloppet avser vuxna.

Konsekvensbeskrivningen innehåller beräkningar av förväntade förändringar i vårdkonsumtion och kostnader vid införande av vårdförloppet. Dessa har använt befolkningsstatistik och antaganden baserade på studier om hur många som under ett år söker vård för långvarig smärta, smärtas svårighetsgrad samt observerad vårdkonsumtion i grupper med långvarig smärta. Resultat visas för vuxna personer 18 till 65 år eftersom äldre som också kan ingå i vårdförloppet har andra behov som kräver särskilda åtgärder och förmodligen ett eget vårdförlopp. Vårdsökande vuxna personer 18 till 65 år med långvarig smärta skulle med vårdförloppets antaganden totalt utgöra 437 000 personer motsvarande 7 procent i befolkningen. Dessa har fördelats på tre grupper med olika funktionspåverkan och vårdkonsumtion i nuläget:

1. Personer med smärta med övergående funktionspåverkan (65 procent eller 284 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år).
2. Personer med smärta med betydande funktionspåverkan (mellan 10 och 20 procent eller mellan 44 000 och 88 000 personer, färre än tio vårdkontakter per år)
3. Personer med smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt vårdsökande (mellan 15 och 25 procent eller mellan 66 000 och 110 000 personer, minst tio vårdkontakter per år och i genomsnitt 20 till 25 vårdkontakter).

Vårdförloppet förväntas leda till bättre kontinuitet, vård på rätt nivå och ett bättre val av åtgärder för den första gruppen. Dessa ändringar bedöms inte öka den totala vårdkonsumtionen på kort sikt. Detta förutsätter dock ett aktivt arbete för att införa vårdförloppets arbetssätt inklusive koordinering och tillgång till multimodala team i primärvården.

För den andra gruppen förväntas vårdförloppet ha stor betydelse genom att tidigt ge en strukturerad behandling som kan förebygga betydligt större framtida vårdbehov. Detta genom tidiga och riktade åtgärder som ökar antalet personer som får rätt unimodala (en behandlare), intermediära (två eller fler behandlare som kommunicerar med varandra kring patientens behov) och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar (samordnade insatser från flera behandlare med en gemensam plan för sina patientinsatser) inom primärvården, som är tillräckliga för att möta behovet.

Den tredje gruppen har i nuläget mycket högt vårdsökande. Det är en viktig målgrupp där regionerna särskilt behöver säkerställa att patienterna får vård i enlighet med vårdförloppet i ett tidigare skede än vad som sker idag. Upprepade vårdkontakter kan vara en signal på att personen behöver andra typer av vårdåtgärder, som även är anpassade efter dennes behov. Vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar till exempel på brister vad gäller kontinuitet och strukturerat

omhändertagande såsom upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplaner och att detta leder till upprepat vårdsökande utan att rätt åtgärder sätts in.

Vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna beräknas öka kostnaderna för hälso- och sjukvården i regionerna. Detta särskilt för den andra gruppen med betydande smärta som inte är övergående. Beräkningarna pekar på att ett systematiskt införande av vårdförloppet kan innebära fler tidiga insatser och bättre struktur vilket på kort sikt kan öka kostnaderna mellan 277 miljoner kronor och 511 miljoner kronor. Kostnaderna för multimodal behandling i primärvården bedöms också kunna öka med omkring 25 miljoner kronor genom att fler personer får större insatser tidigt. Det förväntas också innebära behov av satsning på kompetensutveckling om smärta inklusive särskilda satsningar inom primärvården för att tidigare möta behov hos personer med långvarig smärta.

En förbättrad handläggning och ökad ambition att erbjuda fler personer tidig utredning och strukturerad behandling inom primärvården förväntas på kort sikt öka behovet av insatser från hälso- och sjukvården. Detta eftersom primärvården behöver öka antalet personer som utreds strukturerat enligt vårdförloppet och som erbjuds unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov.

I någon utsträckning kan personer som idag har ett högt vårdsökande utan att få rätt insatser, komma att minska sin vårdkonsumtion utifrån att vårdförloppet ger stöd och vägledning för att identifiera de åtgärder som ger bäst patientnytta.

Det saknas emellertid säkra uppgifter om hur stor den samlade vårdkonsumtionen är för personer med långvarig smärta generellt. Det saknas också aktuella data som omfattar hela den aktuella populationen samt dess olika behov. Däremot bedöms förändringarna och ökningen i patientnytta totalt sett öka kostnaderna på både kortare och längre sikt. Detta eftersom fler får mer och bättre vård.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationellt programområde (NPO) nervsystemets sjukdomar ansvarar för konsekvensensbeskrivningens innehåll. Nationell arbetsgrupp (NAG) vårdförlopp långvarig smärta hos vuxna har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetsgruppen inkluderade experter med klinisk erfarenhet av primärvården så väl som specialiserad vård, inom områden medicin (smärtlindring, allmän medicin, rehabiliteringsmedicin, anestesi och intensivvård), omvårdnad, psykologi, fysioterapi och arbetsterapi. Konsekvensbeskrivningen färdigställdes under våren 2022.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

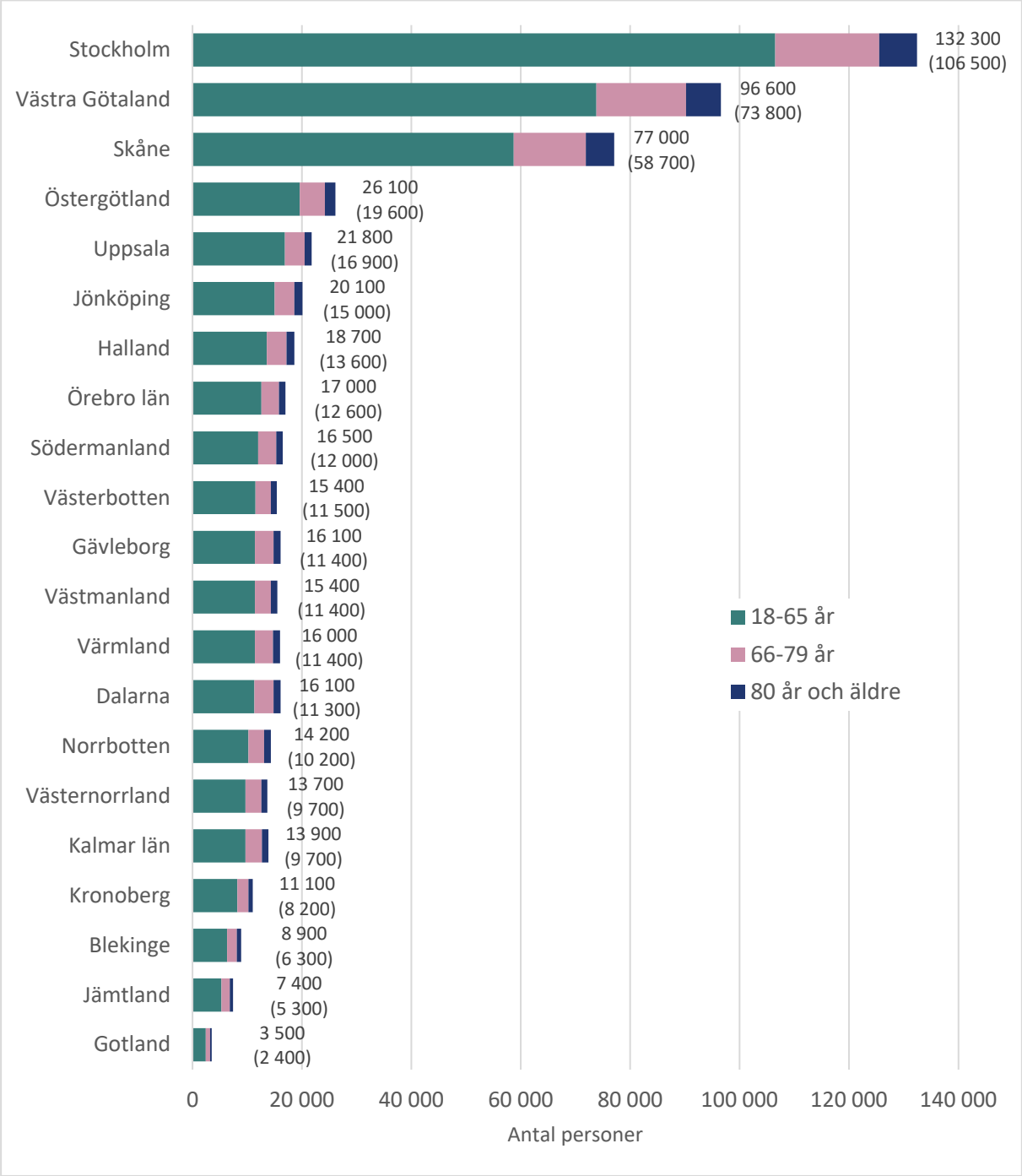
Långvarig smärta beskrivs i dag som ett tillstånd som skiljer sig från akut smärta i dess orsak och konsekvenser. Men både behandlare och patienter betraktar ofta långvarig smärta som om det vore akut smärta, vilket inte så sällan leder till felaktiga förklaringar och behandlingar samt till negativa upplevelser hos både patienter och vårdpersonal [1, 2]. I vårdförloppet definieras långvarig smärta i termer av tid (minst tre månader) i brist på en mer precis definition. ”Ju längre en smärta pågår, desto mindre blir den endast ett symtom på en underliggande patologi och desto mer blir det ett eget problem. Det finns goda skäl att kalla långvarig smärta för en egen sjukdom i sig” s 43) [2]. Vårdförloppet utgör ett strukturerat försök att fånga patientgruppen för vilka smärta blivit en sjukdom i sig.

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader utan misstanke om bakomliggande sjukdom eller tillstånd, som orsakar smärttillståndet eller om patienten har kvarstående långvarig smärta efter avslutad behandling för bakomliggande sjukdom eller tillstånd, eller om det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov trots att flera utredningar/åtgärder för den långvariga smärtan har genomförts. Vårdförloppet avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare vårdinsatser.

I en stor europeisk undersökning har förekomsten av svår och medelsvår långvarig smärta hos den vuxna befolkningen i Sverige uppskattats till cirka 20 procent [3]. Samsjuklighet är vanligt förekommande, till exempel i form av depression, oro och även hjärt- och kärlbesvär [4-7]. Ungefär sju procent av befolkningen är vårdsökande på grund av långvarig smärta [8]. Det saknas mätningar på regional nivå och därför baseras regionala beräkningar i konsekvensbeskrivningen på nationella data och befolkningsmängd per region. Det finns data som pekar på att ju fler gånger smärtan upplevs i en tidsperiod, desto större sannolikhet att vårdsökande, och därmed kostnader, ökar [9].

Figur 1 nedan illustrerar hur många personer med långvarig smärta som är vårdsökande per region enligt antagandet att det är sju procent av den vuxna befolkningen. I riket motsvarade det år 2021 totalt cirka 578 000 personer, varav 76 procent (437 000 personer) var i förvärvsaktiv ålder 18 till 65 år, 18 procent (101 000 personer) tillhörde gruppen 66 till 79 år och resterande, drygt sju procent, var 80 år och äldre. De tre storstadsregionerna kan tillsammans svara för drygt hälften av dessa

personer (18 till 65 år 239 000 personer, 55 procent; 18 år och äldre 306 000 personer, 53 procent) om alla regioner kan antas ha cirka sju procent av den vuxna befolkningen som är vårdsökande för långvarig smärta.



Figur 1. Beräknat antal vuxna personer per region som är vårdsökande för långvarig smärta, samt beräknat antal av dessa som är i förvärvsaktiv ålder (siffra inom parentes). Beräkningen utgår från antagandet att dessa utgör 7 procent av den vuxna befolkningen. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar inom arbetsgruppen.

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

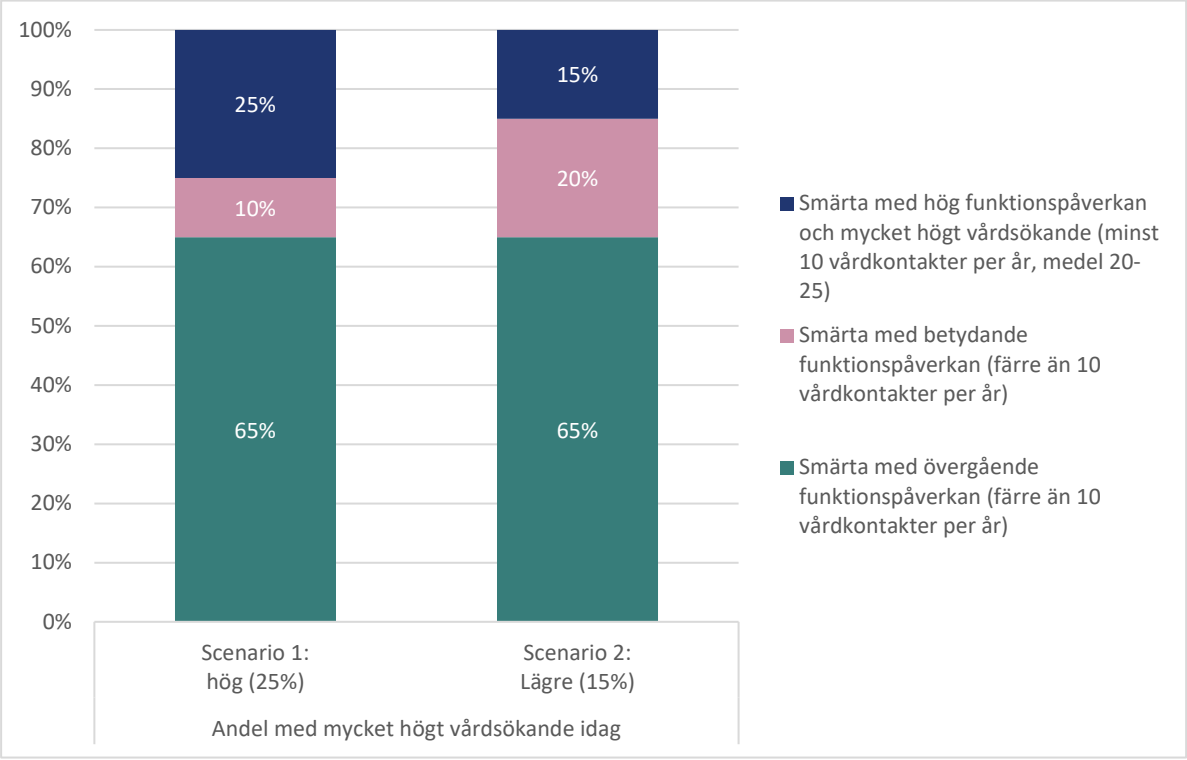
Det saknas säkra data på hur många personer bland de som söker vård för långvarig smärta som är aktuella för vårdförloppet. Denna konsekvensbeskrivning innehåller därför antaganden om hur många personer med långvarig smärta som är aktuella för vårdförloppet och för vilka delar av vårdförloppet de är aktuella.

Baserat på uppgifter i tre publicerade studier [9-11]och en hälsoekonomisk kalkyl i en nyligen publicerad svensk systematisk översikt[12] och arbetsgruppens bedömning utifrån beprövad erfarenhet kan nulägets vårdkonsumtion i relation till svårighetsgraden av långvarig smärta i befolkningen uppskattas.

Figur 2 visar två scenarier för hur personer 18 till 65 år, som söker vård för långvarig smärta, fördelar sig utifrån tre grader av funktionspåverkan

i. Smärta med övergående funktionspåverkan (färre än tio vårdkontakter per år);
ii. Smärta med betydande funktionspåverkan (färre än tio vårdkontakter per år); samt
iii. Smärta med hög funktionspåverkan och mycket hög vårdkonsumtion (minst tio vårdkontakter per år).

I de två scenarierna varieras andelen vårdsökande med mycket hög vårdkonsumtion(minst tio vårdkontakter per år) så att de i scenario 1 utgör 15 procent av de vårdsökande och i scenario 2 är det 25 procent.

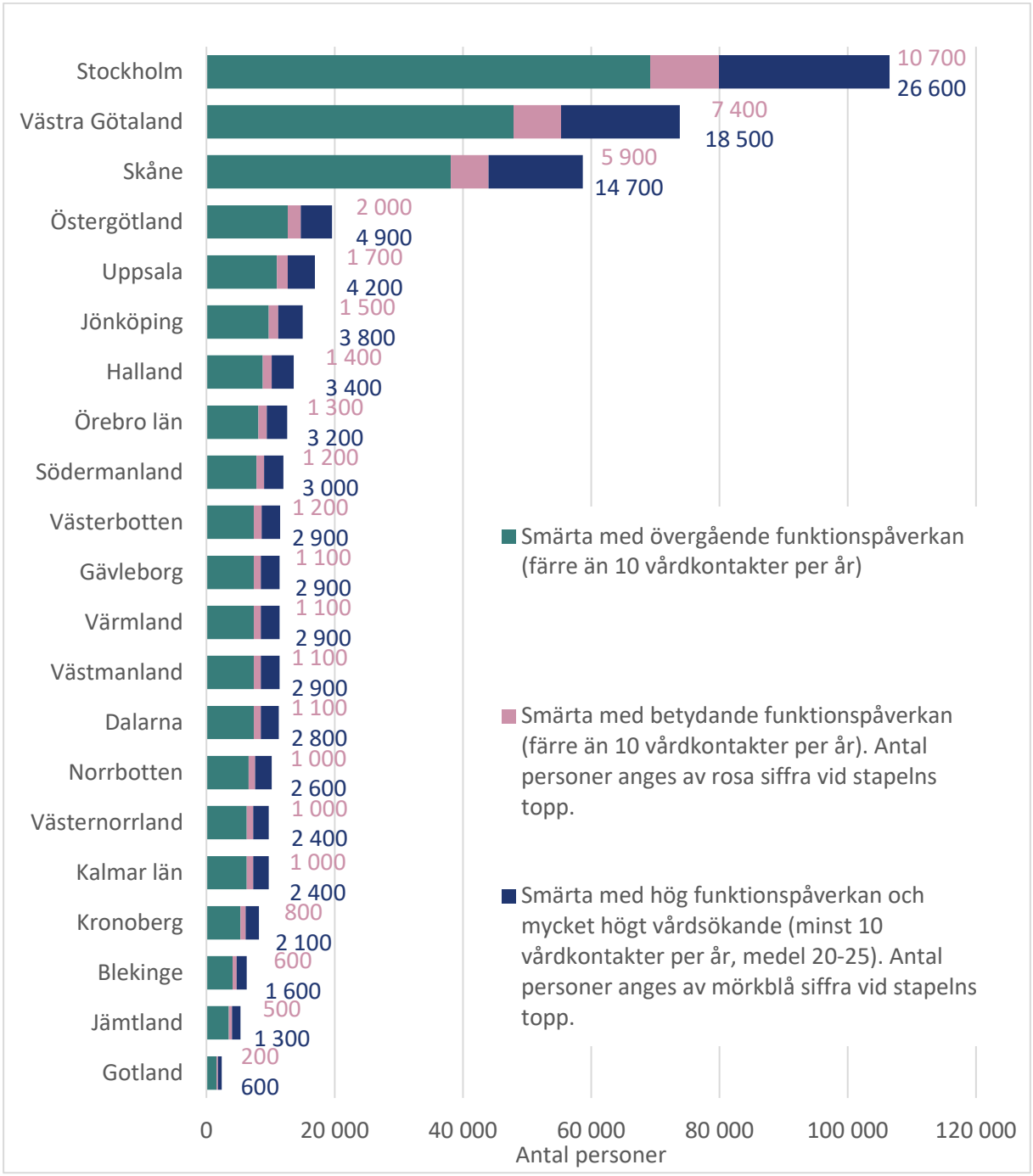


Figur 2. Smärta med olika grad av funktionspåverkan och vårdkonsumtion i nuläget. Andel med mycket högt vårdsökande (20-25 vårdkontakter per år i genomsnitt) respektive färre än 10 vårdkontakter per år med betydande eller övergående funktionspåverkan. Konsekvensbeskrivningens alternativa antaganden i två scenarier utifrån publicerade studier [10, 11].

Utifrån dessa antaganden och svensk befolkningsstatistik fördelas de totalt 437 000 vårdsökande i åldrarna 18 till 65 år i båda scenarierna så att 284 000 personer har en övergående funktionspåverkan med vårdens nuvarande åtgärder. Vårdförloppet innebär troligen inte en ökning av vårdkonsumtionen för denna grupp men däremot förväntas vårdförloppet leda till bättre kontinuitet, vård på rätt nivå och ett bättre val av åtgärder.

Den grupp som söker vård för långvarig smärta som har betydande funktionspåverkan och som enligt vårdförloppet behöver fler åtgärder från hälso- och sjukvården än vad de får idag, omfattar i scenario 1 nästan 44 000 personer. För denna grupp förväntas vårdförloppet ha stor betydelse genom att tidigt ge en strukturerad behandling som kan förebygga betydligt större framtida vårdbehov. Detta genom tidiga och riktade insatser som ökar antalet personer som får rätt unimodala (en behandlare), intermediära (två eller fler behandlare som kommunicerar med varandra kring patientens vid behov) och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar (samordnade insatser från flera behandlare med en gemensam plan för sina patientinsatser) inom primärvården, som är tillräckliga för att möta behovet.

Den grupp som har ett mycket högt vårdsökande bedöms omfatta mellan 65 000 och 110 000 personer i åldrarna 18 till 65 år. Det är en viktig målgrupp för vilken regionerna särskilt behöver säkerställa att personerna får vård i enlighet med vårdförloppet i ett tidigare skede än vad som sker idag. Detta utifrån att upprepade vårdkontakter kan vara en signal på att personen behöver andra typer av vårdåtgärder och att de är anpassade efter dennes behov. Vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar till exempel på brister vad gäller kontinuitet och strukturerat omhändertagande såsom upprättande och uppföljning av rehabiliteringsplaner, och att detta leder till upprepat vårdsökande utan att rätt åtgärder sätts in. Såsom Figur 3 illustrerar skulle det röra sig om många personer i varje region där en implementering av vårdförloppet framför allt kan leda till en bättre användning av befintliga vårdresurser och en bättre patientnytta. Detta eftersom gruppen redan i nuläget har många vårdbesök.



Figur 3. Beräknat antal vuxna personer 18 till 65 år per region med vårdsökande för långvarig smärta och uppdelat i tre grupper utifrån nulägets nivå på vårdsökande och funktionspåverkan. Uppgifter baserade på fördelning i Scenario 1. Siffrorna vid stapelns topp anger antal personer i de två grupper som förväntas påverkas mest av vårdförloppet. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar av arbetsgruppen.

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

Tabell 1 Beräknat antal vuxna personer 18 till 65 år per region med vårdsökande för långvarig smärta och uppdelat i tre grupper utifrån nulägets nivå på vårdsökande och funktionspåverkan. Uppgifter baserade på fördelning i Scenario 1. Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik år 2021 och beräkningar inom projektet.

Region (efter befolknings-storlek)	**Smärta med övergående funktionspåverkan (färre än 10 vårdkontakter per år)**	**Smärta med betydande funktionspåverkan (färre än 10 vårdkontakter per år)**	**Smärta med hög funktionspåverkan och mycket högt vårdsökande (minst 10 vårdkontakter per år, medel 20-25)**
Gotland	1 600	200	600
Jämtland	3 500	500	1 300
Blekinge	4 100	600	1 600
Kronoberg	5 300	800	2 100
Kalmar län	6 300	1 000	2 400
Västernorrland	6 300	1 000	2 400
Norrbotten	6 600	1 000	2 600
Dalarna	7 400	1 100	2 800
Västmanland	7 400	1 100	2 900
Värmland	7 400	1 100	2 900
Gävleborg	7 400	1 100	2 900
Västerbotten	7 400	1 200	2 900
Södermanland	7 800	1 200	3 000
Örebro län	8 100	1 300	3 200
Halland	8 800	1 400	3 400
Jönköping	9 700	1 500	3 800
Uppsala	11 000	1 700	4 200
Östergötland	12 700	2 000	4 900
Skåne	38 100	5 900	14 700
Västra Götaland	47 900	7 400	18 500
Stockholm	69 200	10 700	26 600
Riket	**284 000**	**43 800**	**109 700**

Majoriteten av de som drabbas av långvarig smärta söker vård inom primärvården enligt arbetsgruppens bedömning. Utifrån de antaganden som beskrivs i Figur 2 får de flesta av de som söker vård för långvarig smärta inte fler vårdbesök än de får i nuläget. Regionerna måste däremot arbeta aktivt för att förändra vilka insatser som erbjuds till de som söker vård och detta är särskilt viktigt tidigt i vårdförloppet. Införandet av vårdförloppet tydliggör insatser för utredning, behandling och uppföljning inom primärvården i vårdförloppets inledande steg.

Fler personer bedöms vara i behov av multimodal smärtrehabilitering, MMR och den ökningen bör framför allt ske inom primärvården. I avsnittet Verksamhet och organisation beskrivs förbättringar i smärtrehabilitering i olika delar av hälso- och sjukvården och möjligheten att ett urval av vårdcentraler per region utvecklar kompetens att erbjuda MMR.

Enligt 2020 års rapport från Nationella Registret över Smärtrehabilitering, NRS, var det 2 942 personer som fick multimodal rehabilitering i den specialiserade vården, ytterligare 505 personer fick det i primärvården. Rapporteringen av MMR i primärvården innehåller viss osäkerhet eftersom flera anslutna enheter håller på att organisera sina registreringar och det totala antalet kan vara större. Å andra sidan kan den förhållandevis lilla andelen MMR som sker inom primärvården återspegla regionernas osäkerhet kring långsiktig finansiering. Flera regioner har slutat erbjuda MMR inom primärvården sedan de stimulanspengar för multimodal smärtrehabilitering som delades ut under benämningen rehabiliteringsgaranti upphörde.

Vårdförloppet bedöms innebära tidigare insatser inom primärvården inklusive fler personer som kan få MMR vid någon av de vårdcentraler som har denna kompetens. I ett första steg kan antalet personer som får MMR dubblas, en ökning som sker i primärvården. Vårdförloppet skulle innebära att utöver de omkring 3 500 personer som fick MMR enligt NRS senaste årsrapport, skulle ytterligare 4 000 personer få MMR i primärvården. Detta ingår i kostnadsberäkningen för både Scenario 1 och Scenario 2.

NRS registrerar därtill i nuläget omkring 1 800 personer per år med genomgången utredning men utan behov av MMR inom den specialiserade vården, utan i stället av andra riktade åtgärder. Vårdförloppet bedöms på sikt kunna minska antalet utredningar som görs inom den specialiserade vården och som enbart leder till att personen skickas åter till primärvården, i takt med att vårdförloppet leder till ökad kompetens om långvarig smärta i primärvården.

De flesta personer som drabbas av långvarig smärta tar inte kontakt med vården för sina smärtor. De arbetar vidare och upplever inga eller ringa inskränkningar i sitt dagliga liv. Med goda råd och tillgång till adekvat kunskap kan denna grupp i bästa fall med hjälp av egenvård hantera sina besvär utan större vårdåtgärder (cirka 60 procent av personer med smärtbesvär, enligt SBU).

Diagnossystemet med ICD-10-diagnoser uppvisar stora brister vad gäller långvarig smärta eftersom klassifikationen till viss del enbart bygger på lokalisation och varaktighet utan att ta hänsyn till de aktiverade mekanismerna. På detta sätt försvåras alla försök att särskilja de patienter som har smärta på grund av ett behandlingsbart medicinskt tillstånd eller en bakomliggande sjukdom som orsakar smärttillståndet. Att smärta blir ett problem i sig upptäcks ofta efter en lång rad kontakter med vården, på olika nivåer och specialiteter och efter att flera beskrivande diagnoser ställts. Kunskap om incidensen av långvarig smärta förblir därefter okänd. Implementering av vårdförloppet kan underlätta införskaffande av denna viktiga information.

Data från svenska publicerade artiklar visar att smärta som nedsätter funktionen i rygg och nacke i hög grad är vanligast bland personer som har hårt fysiskt arbete och bland lägre tjänstemän, och minst vanligt bland tjänstemän på hög och mellannivå [13-15]. Personer med lägre utbildning och inkomst samt arbetslösa har större sannolikhet att utveckla långvarig smärta med större funktionsnedsättningar och känslomässiga konsekvenser. I internationella studier har samband mellan socioekonomisk status och långvarig smärta samt dess behandling kopplats till ökad sårbarhet för kroniska tillstånd, exponering för yrkesrisker och minskad tillgång till vård [16].

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförloppet kan möjliggöra följande nyttor för patienten:

- Vårdförloppet långvarig smärta hos vuxna syftar till att möjliggöra kontinuitet för en patientgrupp som oftast behöver flera åtgärder från olika behandlare och många gånger i samverkan med andra myndigheter, såsom Försäkringskassan, arbetsgivare, Arbetsförmedlingen med flera. Genom planerade steg i vårdförloppet ska patientens känsla av trygghet öka, vilket anses vara viktigt för att patienten ska känna sig förstådd, kunna tillgodogöra sig kunskap om smärta och lära sig att testa strategier för att kunna hantera sin smärta i det dagliga livet.
- Vårdförloppet syftar också till att förstärka värdeskapande besök som hänger samman (vårdkedja) och minska väntetider genom att bland annat öka samverkan mellan vårdnivåer och vårdpersonalen, där vården efterfrågas samt att vården utgår ifrån patientens behov och delaktighet.
- Vidare avser vårdförloppet att öka kunskap om långvarig smärta hos vårdpersonal och patienter och uppmuntra till samverkan och dialog dem emellan, med syfte att förbättra kvalitet vid vårdmöten samt minska oro, otrygghet och osäkerhet.
- Slutligen syftar vårdförloppet till att stödja patienten utan att ta över dennes ansvar. Detta sker genom att en rehabiliteringsplan skapas i dialog mellan vården och patienten och att patienten erbjuds både stöd och vägledning i kontakter, åtgärder och egenvård. Planen revideras under vårdförloppet och ägs av patienten.

Följande risker har identifierats och hantering av dessa definierats:

- Patientgruppen är stor och heterogen. Enligt kvalitativa studier uppfattas vårdmötena vara påfrestande och präglade av erfarenheter av ifrågasättande och misstro. En alltför förenklad användning av vårdförloppet kan för en mindre andel patienter innebära att grundläggande utredningar och konsultationer inte görs och att differentiell diagnostik brister. Vårdförloppet innebär satsningar på smärtutbildning och tydliga konsultationsvägar samt nödvändiga anpassningar i organisationen som avser att minska risken för förenklad användning av vårdförloppet.
- Vårdförloppet utgår från att det finns strukturer och kompetenser på olika vårdnivåer som samverkar för att optimera de insatser som varje individuell patient behöver. Vid avsaknad av dessa strukturer och kompetenser, kan patientvården för denna grupp brista. En förutsättning för ett välfungerande vårdförlopp för långvarig smärta är att vården i regionerna organiseras för att underlätta de olika steg som ingår i vårdförloppet samt att befintliga regionala utbildningsinsatser koordineras, utökas vid behov och integreras i uppdraget.
- Rehabiliteringsplanen som är grunden för ett strukturerat omhändertagande av personer med långvarig smärta kan uppfattas som mycket omfattande dokumentation skilt från journaltexten. Även om det i vissa regioner inte finns möjlighet att ha rehabiliteringsplan som en del av journalen är planen mycket viktig för vårdförloppet. Den måste utformas så att den blir hanterbar både för patienter och för vården. Fungerande exempel bör finnas tillgängliga.

- Vårdförloppet har särskilt fokus på brister i det tidiga omhändertagandet inom regionernas primärvård och syftar därför till att rekommendera tidiga och adekvata åtgärder. Fokusering kan medföra flera risker för patienter:
    - att åtgärder sätts in för patienter som skulle klara sig utan ytterligare vårdinsatser. Vårdförloppet innebär att satsningar på smärtutbildning och tydliga konsultationsvägar ska minska risken.
    - att vårdförloppet uppfattas som alltför omfattande och att andra patientgrupper riskera undanträngningseffekter eller att ytterligare resurser krävs. Vårdförloppet fokuserar på patienter som redan idag är vårdsökande, inte får adekvat planering eller insatser som leder till att de kan förhålla sig till sin situation utan ytterligare vårdåtgärder.
    - att man fokuserar på de tidiga insatserna och tappar bort behov av specialiserad vård för patienten som behöver specialiserade åtgärder. Tillgänglighet till regionernas specialiserade vård och till sjukvårdsregionernas specialiserade vård är en förutsättning för att patienter ska få den vård de behöver, enligt vårdförloppet.
- Vårdförloppet bygger på ett ömsesidigt ansvar vad gäller rekommendationer och egenvård. Om motivationsarbete, information och utbildning brister finns det risker att patienten inte klarar av sin egenvård, att hen känner sig ”lämnad” och misslyckad och att vårdpersonalen blir frustrerad, vilket kan leda till påfrestande och otillfredsställande vårdmöten. I vårdförloppet betonas vikten av dialog, information, patientutbildning och motivationsarbete för att minska denna risk.
- Ofta finns det ett gap mellan patientens förväntningar och förväntat utfall av de tillgängliga och evidensbaserade åtgärderna. Patienten kan vilja ha tillgång till specialistkunskap när vårdförloppet fortfarande rekommenderar att åtgärder sker inom primärvården. Patienten kan då söka sig till olika behandlare samtidigt. Denna risk minskar vid välplanerade möten med dialog och information om de olika alternativ som finns samt utbildande insatser om långvarig smärta som kan stärka samverkan mellan vårdpersonalen och patient.
- För patienter i behov av anpassade insatser (behov av tolk, kognitiva svårigheter, kommunikationssvårigheter) finns det risk att nyttan av vårdförloppet, med tanke på gruppinsatser eller digitaliserade insatser, inte försämras men inte blir lika stor som för patienter utan dessa behov. Vårdförloppet kan användas för att tydliggöra dessa behov och uppmuntra till vidare utveckling.

Åtgärder som är kopplade till kunskapsstödet är baserade på systematiskt framtaget kunskapsunderlag.

Förutsättningarna för patientens och närståendes delaktighet förbättras med kunskapsstödet genom rekommendationer om dialog inför beslut samt om uppföljning efter åtgärd. Vidare rekommenderas användning av en rehabiliteringsplan som skapas i samverkan mellan vårdpersonalen och patienten samt dennes närstående om möjligt.

2.3 Etiska aspekter

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta införs för att säkerställa jämlik och tillgänglig vård för alla patienter, oavsett bakgrund och var de befinner sig i landet. Inga negativa konsekvenser förväntas därför finnas ur ett jämlikhetsperspektiv. Tvärtom förväntas vårdförloppet för långvarig smärta bidra till att minska omotiverade skillnader genom att tydliggöra vilka åtgärder och insatser som ska gälla för samtliga patienter, oberoende av kön, ålder, geografi, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck.

Berättelser från patienter med långvarig smärta och deras upplevelser av möte med vårdpersonal har dokumenterats, sammanfattats och analyserats i vetenskapliga publikationer, i nationella kartläggningar samt hos patientorganisationerna. Ett välstrukturerat vårdförlopp med definierade hållplatser för dialog och beslut samt information är välkommet. Vårdförloppet avser minska upplevelser av ifrågasättande, otrygghet och misstänksamhet som dokumenterats både i Sverige och internationellt. Vidare uppfattar många patienter och vårdpersonal alltför ofta att vårdkontakter är icke-värdeskapande. Vårdförloppet syftar att minska icke-värdeskapande vårdkontakter vilket innebär en mer effektiv användning av vårdens resurser.

Inklusionskriterierna för vårdförloppet minskar onödig eller omotiverad vård, exempelvis onödiga undersökningar eller behandlingar och innebär att patienter som redan omfattas av de åtgärder som beskrivs i vårdförloppet kommer att göra det i högre utsträckning än idag samt att patienter som borde ingå inkluderas.

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta avser utgöra ett kunskapsstöd för mötet mellan patient och vårdpersonal utifrån den evidens som finns, med syfte att varje patient ska erbjudas vård utifrån dennes behov.

Inga negativa konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården – människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen hittas som kan härledas till förändringar som vårdförloppet rekommenderar.

2.4 Verksamhet och organisation

Tillgången till adekvat vård för patienter med långvarig smärta skiljer sig mellan regionerna. I vissa regioner finns det redan ett strukturerat omhändertagande men det är inte alla patienter som erbjuds smärtvård på grund av bristande kunskap och/eller kompetenser.

Vårdförloppet innebär att handläggning av patienter med långvarig smärta bör nivåstruktureras enligt rekommendationer från en rapport 2016 [8]. Följande rekommendationer togs fram vad gäller organisatoriska förändringar.

För att erbjuda jämlik vård och underlätta utbildningsinsatser rekommenderas fyra vårdnivåer:

Nivå 1: I regionernas primärvård, där de flesta patienter finns, är det en ojämn och icke samordnad tillgång till utbildningsinsatser kring smärtfysiologi, smärtanalys och bemötande av patienter med långvarig smärta, som motsvarar primärvårdens behov. På varje primärvårdsenhet bör det finnas en

fast kontaktperson med uppgift att koordinera rehabilitering inom vårdens alla nivåer och med externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och/eller arbetsgivare.

Nivå 2: Multimodala team bör finnas inom primärvården för att erbjuda rehabilitering till patienter som kräver samordnade insatser. Dessa team bör utifrån en strukturerad rehabiliteringsplan, arbeta med patienten utifrån en biopsykosocial modell för återgång i normal livsföring. Verksamheten kan med fördel centraliseras till ett mindre antal enheter inom regionen.

Nivå 3: Interdisciplinära specialiserade smärtenheter/smärtmottagningar bör finnas inom den specialiserade vården för patienter som inte kan hanteras inom primärvården i regionerna. Dessa enheter bör ha i uppdrag att vara en konsultverksamhet till primärvården samt i lämpliga fall att planera och effektuera insatser för patienterna, vilket inkluderar multimodal smärtrehabilitering, hantering av mediciner, andra riktade åtgärder, konsultation med smärtcentra och rekommendationer till primärvården.

Nivå 4: Minst ett interdisciplinärt smärtcentrum bör finnas inom varje sjukvårdsregion för komplexa patienter och inkludera tillgång till vårdavdelningsplatser. Dessa centra bör samarbeta och även syssla med utbildnings- och forskningsuppdrag. För övriga vårdnivåer ska de utgöra ett lättillgängligt och uppdaterat kunskapsstöd.

Från ett patientflödesperspektiv innebär nivåstruktureringen att patienter med smärta som blivit ett problem i sig (smärta som en sjukdom i sig) ska identifieras och om möjligt tas om hand på ett adekvat sätt inom primärvården. En del av dessa patienter bör genomgå teambaserad rehabilitering inom primärvården. En mindre andel patienter bör remitteras till specialiserade smärtenheter/-mottagningar. Enstaka patienter med komplex och omfattande problematik bör remitteras till smärtcentra.

2.5 Kostnader

Vårdförloppet för långvarig smärta hos vuxna beräknas öka kostnaderna för hälso- och sjukvården i regionerna. Detta särskilt för den andra gruppen med betydande smärta som inte är övergående. Beräkningarna pekar på att ett systematiskt införande av vårdförloppet kan innebära fler tidiga insatser och bättre struktur vilket på kort sikt kan öka kostnaderna mellan 277 miljoner kronor och 511 miljoner kronor. Kostnaderna för multimodal behandling i primärvården bedöms också komma att öka med omkring 25 miljoner kronor genom att fler personer får större insatser tidigt. Det förväntas också innebära behov av satsningar på kompetensutveckling om smärta inklusive särskilda satsningar inom primärvården för att tidigare möta behov hos personer med långvarig smärta.

En förbättrad handläggning och ökad ambition att erbjuda fler personer tidig utredning och strukturerad behandling inom primärvården förväntas på kort sikt öka behovet av insatser från hälso- och sjukvården. Detta eftersom primärvården behöver öka antalet personer som utreds strukturerat enligt vårdförloppet och som erbjuds unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov. I någon utsträckning kan personer som idag söker mycket vård utan att få rätt insatser, komma att minska sin vårdkonsumtion utifrån att vårdförloppet ger stöd och vägledning för att identifiera de åtgärder som ger bäst patientnytta. Det saknas emellertid säkra uppgifter om hur stor den samlade vårdkonsumtionen är för personer med

långvarig smärta generellt. Det saknas också aktuella data som omfattar hela den aktuella populationen samt dess olika behov. Däremot bedöms förändringarna och ökningen i patientnytta totalt sett öka kostnaderna på både kortare och längre sikt. Detta eftersom fler får mer och bättre vård.

Konsekvensbeskrivningens bilaga innehåller en utvecklad redovisning av underlag för att beskriva nuläget för resursanvändning och förväntade förändringar, utifrån de utmaningar som finns i idag enligt vårdförloppets nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter. Bilagan innehåller underlag och analys avseende tre åtgärder som lyfts fram i vårdförloppet. Ytterligare underlag och beskrivningar av förväntade ekonomiska konsekvenser av vårdförloppet återfinns i Bilaga Hälsoekonomi.

Tabell 2. Sammanställning åtgärder, beskrivning och konsekvenser inklusive budgetpåverkan

Åtgärd	**Beskrivning**	**Konsekvenser inklusive budgetpåverkan utifrån åtgärder som listas som utmaningar i patientresan**
Ökad kompetens om långvarig smärta på vårdcentraler och i andra delar av vården	• Bred satsning på kompetens-utveckling riktad till vårdpersonal som arbetar inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården som möter personer med långvarig smärta.	• Kostnaderna beror på innehållet i utbildningen och hur många som förväntas genomföra den. Hälso- och sjukvården kan till exempel utveckla en digital utbildning riktad till större grupper för att uppmärksamma långvarig smärta och risker med bristande kontinuitet. • Om utbildningen exempelvis ges till 12 personer på varje vårdcentral innebär det att omkring 16 300 personer i riket genomgår utbildningen. Om utbildningen är två timmar lång motsvarar det omkring 17 helårstjänster i Sverige som helhet. Varje extra utbildningstimme motsvarar knappt nio helårstjänster som läggs på kompetensutveckling.
Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården	• Sju procent av alla vuxna beräknas söka vård för långvarig smärta varje år. Det motsvarar 437 000 personer i åldrarna 18 till 65 år i Sverige år 2021.	• Om tio procent av de med färre än tio vårdbesök per år men med betydande funktionsnedsättning på grund av smärta får insatser enligt vårdförloppet, förväntas de årliga kostnaderna på kort sikt vara 277 miljoner kronor högre än i dag när hänsyn tas till både ökade och tidiga insatser. • Om istället 20 procent av de med färre än tio vårdbesök per år men betydande funktionsnedsättning på grund av smärta får insatser enligt vårdförloppet förväntas de årliga kostnaderna på kort sikt vara 511 miljoner kronor högre än idag när hänsyn tas till både ökade och tidiga insatser.

Åtgärd	Beskrivning	Konsekvenser inklusive budgetpåverkan utifrån åtgärder som listas som utmaningar i patientresan
Förbättrad organisation identifierar på kort sikt fler vuxna med långvarig smärta med behov av multimodal rehabilitering men reducerar detta antal på lång sikt.	• Sju procent av alla vuxna beräknas söka vård för långvarig smärta varje år. Det motsvarar 437 000 personer i åldrarna 18 till 65 år i Sverige år 2021. • Enligt 2020 års rapport från Nationella Registret över Smärt-rehabilitering, NRS, fick 2 942 personer MMR i den specialiserade vården och ytterligare 505 personer fick MMR i primärvården under 2019.	• En sammanställning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, fann att det saknades tillräckligt underlag för att beräkna kostnadseffektiviteten av MMR, men SBU visade i en kalkyl att olika antaganden om storlek på effekt på vårdkonsumtion och sjukskrivning påverkar bedömningen av de ekonomiska konsekvenserna starkt. • Om vårdförloppet leder till att 4 000 fler får MMR redan i primärvården och behovet av remittering till den specialiserade vården halveras från dagens 3 000 till 1 500 så stannar ökningen av MMR på lång sikt vid omkring 1,25 procent (upp från 0,8 procent) av alla vårdsökande för långvarig smärta. • Den årliga kostnadsökningen blir på lång sikt 24,5 miljoner kronor jämfört med nuläget.

2.6 Kompetensförsörjning

För att kunna arbeta enligt vårdförloppet behövs utökad kompetens inom områdena smärtfysiologi, smärtanalys och hantering av patienter med långvarig smärta (bemötande och samtal, smärtutbildning, behandlingar och insatser inom området samt hantering av beroendeframkallande substanser).

Det innebär att kompetensutvecklingsinsatser till flera professioner kommer att behövas inom primärvården men också i den specialiserade vården, samt att befintliga insatser samordnas så att dessa når både nya behandlare och vårdpersonal som redan arbetar med patientgruppen.

Utbildningsinsatser för primärvården finns, men dessa är ojämlikt fördelade inom och mellan regionerna. Det finns ett stort behov av koordinering och uppdrag för regionala kompetensutvecklingsinsatser.

Det finns behov av rehabiliteringsspecialister och smärtspecialister på interdisciplinära specialiserade smärtenheter och på smärtcentra, samt av att säkerställa en organisation som ser till att smärtspecialister finns tillgängliga i alla regioner utifrån behov. Detta har redan beskrivits i tidigare rapporter [8].

Strukturerad smärtutbildning inom ramen för specialisttjänstgöring inom allmänmedicin finns i enstaka regioner men behovet finns hos de flesta, vilket kräver nationella rekommendationer (kanske inom mål att uppnå för ST allmänmedicin).

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Långvarig smärta finns med i olika vårdförlopp som riktas mot organsjukdomar eller allvarliga medicinska tillstånd, där antagandet är att behandlingen eliminerar eller avsevärt minskar smärta. Hantering av kvarvarande långvarig smärta efter framgångsrik annan behandling bör sammanfalla med ingången till detta förlopp.

Samarbete och kommunikation med nationella arbetsgrupper samt nationella programområden som arbetar med kunskapsstöd avseende långvarig smärta hos barn och ungdomar samt långvarig ryggsmärta har initierats.

Framtida planer för kunskapsstöd avseende andra områden där smärta är en väsentlig del bör kommuniceras med den nationella arbetsgrupp Smärta (NAG smärta) för gemensam planering.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet uppmuntrar nära vård och fokuserar på specialiserad vård för en mindre andel patienter. Vidare uppmuntrar vårdförloppet till samarbete mellan specialiserad vård och primärvård.

2.9 Uppföljning

Det finns ett nationellt register för de föreslagna vårdnivåerna 2—4, som dock inte är heltäckande (se avsnitt Verksamhet och organisation). Medlemmar från registrets styrgrupp ingår i NAG smärta och har varit med i skapandet av detta vårdförlopp och säkerställer att en stor del av patientgruppen som finns i nivåerna 2—4 kan följas upp. Det finns utvecklingsbehov avseende hur registrering av data från patienter som inte genomgår smärtrehabilitering utan får andra specialiserade smärtbehandlingar ska organiseras.

Patienter som finns på Nivå 1 är svåra att identifiera med hjälp av ICD-10-koder. Därför rekommenderas användning av bidiagnoskod R52.2 (långvarig smärta) inom primärvården vid ingång till vårdförloppet. Vidare, och med tanke på den stora arbetsbelastning som finns inom primärvården, bör vårdförloppets åtgärder dokumenteras i en digitaliserad patientjournal (standard för att möjliggöra uppföljning).

Införande av vårdförloppet innebär att flera nya indikatorer införs för uppföljning av den vård som ges inom ramen för vårdförloppet. För dessa indikatorer kommer det att behövas ett uppstartsarbete för att säkerställa både kvalitet i grunddata och möjlighet att följa upp dessa nationellt. Eftersom tillgången på data för uppföljning är osäker eller bristfällig måste det räknas med att arbete med indikatorer och datatillgänglighet kommer att behöva fortsätta.

2.10 Övriga konsekvenser

Vårdförloppet för långvarig smärta kan vara underlag för att ta fram patientcentrerade stöd- och behandlingsprogram för långvarig smärta (via 1177 Vårdguidens e-tjänster/ Inera, tjänsten Stöd och behandling). Detta skulle på sikt främja en jämlik vård för patienter med långvarig smärta.

3. Bilagor

3.1 Hälsoekonomi

Bilagans två avsnitt redogör för ett urval av förändringar som vårdförloppet förväntas leda till och utvecklar därefter underlaget för konsekvensbeskrivningen. Den senare ger en något utvecklad beskrivning av nuläge och vilka åtgärder som kommer att ändras vid ett införande av vårdförloppet samt en beskrivning av förväntade budgetkonsekvenser.

3.1.1 Förväntade förändringar jämfört med nuläget

Konsekvensbeskrivningen innehåller underlag och analys för tre åtgärder inom ramen för det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för vuxna med långvarig smärta. Dessa har identifierats utifrån de utmaningar och brister som lyfts fram i vårdförloppets nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter. Flera uppgifter om kostnader för insatser har hämtats från en nyligen publicerad systematisk översikt av multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU [12].

Följande tre åtgärder beskrivs nedan:

Satsning på bred kompetensutveckling. Vårdförloppet pekar på kunskapsluckor om långvarig smärta i olika delar av hälso- och sjukvården och lyfter primärvårdens viktiga roll för tidiga insatser. Nulägesbeskrivningen lyfter fram bristande kunskap hos vårdpersonal om långvarig smärta och att den nuvarande hanteringen skapar otrygghet med upprepat vårdsökande hos ibland flera behandlare. Ett strukturerat införande av vårdförloppet förutsätter därför att regionerna säkerställer att det finns kompetens om långvarig smärta hos vuxna, både hos vårdpersonal i primärvården och i den specialiserade vården vid alla de instanser där personer med långvarig smärta söker vård. Detta kan ske genom utbildning och kompetensutveckling som har som mål att uppmärksamma breda personalgrupper på dagens bristande kontinuitet för patientgruppen, samt att öka kunskapen om åtgärder för utredning och behandling som ingår i vårdförloppet. Utbildningen kan också lyfta fram behovet av en förstärkt samverkan med andra vårdnivåer och andra aktörer som är viktiga för personer med långvarig smärta.

Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården. Nulägesbeskrivningen av patienters erfarenheter lyfter bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och brister i samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför innebära att regionerna gör betydande organisatoriska satsningar för att säkerställa att personer med långvarig smärta som söker vård i primärvården möter personal med kompetens och erfarenhet av långvarig smärta. Därtill förväntas personer som söker vård för långvarig smärta (sju procent per år enligt vårdförloppets bedömningar) få bättre riktade insatser och kontinuitet i utredning och behandling av smärtan. Av dessa förväntas de som redan i nuläget har mycket hög vårdkonsumtion (uppskattat till mellan 15 procent och 25 procent av alla med långvarig smärta) få bättre riktade insatser inom ramen för samma totala resurser. Vårdförloppet kan eventuellt bidra till att denna grupp på längre sikt minskar antalet vårdkontakter. Mellan 10 och 20 procent av de som söker vård för långvarig

smärta bedöms komma att behöva mer omfattande åtgärder av primärvården. Detta genom tidiga och riktade insatser i primärvården omfattande vårdförloppets unimodala, intermediära och eventuellt i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån patientens behov.

Förbättrad organisation identifierar på kort sikt fler vuxna med långvarig smärta med behov av multimodal rehabilitering men reducerar detta antal på lång sikt. Bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och brister i samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer leder till att det i nuläget finns personer med behov av multimodal rehabilitering som inte får det. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför på kort sikt innebära att fler personer som behöver multimodal smärtrehabilitering identifieras och att denna kan ges inom primärvården. Ett införande av vårdförloppet förväntas minska antalet i denna grupp på lång sikt, inom en femårsperiod.

3.1.2 Konsekvensbeskrivning inklusive budgetpåverkan för tre åtgärder inom personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för långvarig smärta hos vuxna

3.1.2.1 Ökad kompetens om långvarig smärta på vårdcentraler och i andra delar av vården

Nuvarande tillgång till kompetensutveckling inom långvarig smärta

Det finns 1 361 vårdcentraler i Sverige [17] med olika förutsättningar vad gäller befolkningsunderlaget och storlek på verksamhet. De kunskapsluckor och brister som vårdförloppets nulägesbeskrivning pekar på avseende långvarig smärta i olika delar av hälso- och sjukvården visar att fler insatser behöver göras inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården där personer med långvarig smärta söker vård.

Effekt av åtgärden kompetensutveckling

Inget kunskapsunderlag har identifierats. En ökad kompetens om långvarig smärta och dess hantering förväntas medföra bättre uppmärksamhet kring tillståndet och förbättrad inledande utredning och behandling inklusive biopsykosociala aspekter av smärta.

Förväntade förändringar och eventuell regional variation

Ett strukturerat införande av vårdförloppet förutsätter att regionerna säkerställer att det finns kompetens om långvarig smärta, inte bara inom den öppna specialiserade vården som har hand om smärtrehabilitering för personer i behov specialiserad vård. Kunskap om långvarig smärta och dess hantering behöver finnas också på de enheter där personer med långvarig smärta söker vård för smärta eller av annan anledning. Det kan innebära att det inte räcker med att rikta utbildningsinsatser till primärvården.

Nulägesbeskrivningen visar också att det finns bristande kontinuitet i vården av långvarig smärta. Regionerna behöver därför säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för samverkan mellan personalgrupper inom enheter, mellan enheter och med andra aktörer som är viktiga för en framgångsrik vård, såsom arbetsgivare och Försäkringskassan för personer i förvärvsaktiv ålder och även i förekommande fall socialtjänsten.

Hälsoekonomiskt perspektiv

Kostnadseffektivitet

Det saknas underlag som beskriver omfattningen och konsekvenser av brister i kunskap om långvarig smärta hos vårdpersonal i primärvården. För att beräkna kostnadseffektivitet behövs information om kostnader för insats och effekter av insatser jämfört med alternativet (dagens situation i detta fall). Därför går det inte att bedöma kostnadseffektiviteten för olika omfattningar på kompetensutvecklingsinsatser. Det som är möjligt inom ramen för denna konsekvensbeskrivning är att redogöra för omfattning på insats som ett kalkylexempel.

Budgetkonsekvenser

Budgetkonsekvenser av kompetensutveckling inkluderar utveckling av en riktad utbildning om långvarig smärta och genomförande av utbildningen, som kan behöva upprepas när ny personal rekryteras. Utformningen på utbildningen avgör kostnaderna.

En möjlighet är att regionerna tillsammans utvecklar en digital självinstruerande utbildning som blir flexibel i genomförande och där kostnaden för ytterligare en kursdeltagare är dennes arbetstid. Om utbildningen ska riktas till all vårdpersonal som arbetar inom primärvården kan kostnaderna bli omfattande även för en digital utbildning eftersom den berör stora grupper av vårdanställda. Om den riktade utbildningen ges till tolv personer på varje vårdcentral innebär det att totalt mer än drygt 16 000 personer genomför utbildningen. Om utbildningen är två timmar lång motsvarar det drygt 17 årsheltidstjänster i ett nationellt perspektiv. Det finns 1361 vårdcentraler i Sverige [17]. Om 12 personer på var och en av dessa gör utbildningen motsvarar det 16 332 personer (12*1361=16 332). Om utbildningen är 2 timmar motsvarar det knappt 33 000 timmar eller drygt 17 helårstjänster. En längre utbildning innebär ytterligare knappt nio helårstjänster per timme som läggs till utbildningen enligt räkneexemplet med tolv personer på varje vårdcentral som deltar i utbildningen.

Undanträngning

Kompetensutveckling och riktad utbildning om långvarig smärta bör bedömas i relation till andra kompetensutvecklingsinsatser.

3.1.2.2 Förbättrad organisation och ett ökat antal vuxna med långvarig smärta som utreds och behandlas enligt vårdförloppet i primärvården

Nuvarande tillgång till utredning och behandling vid långvarig smärta

Nulägesbeskrivningen lyfter bristande kontinuitet och trygghet liksom osammanhängande vårdsökande och bristande samverkan mellan vårdnivåer och andra aktörer. Ett införande av vårdförloppet förväntas därför innebära att regionerna gör betydande organisatoriska satsningar för att säkerställa att personer med långvarig smärta som söker vård i primärvården möter personal med kompetens och erfarenhet av långvarig smärta. Därtill förväntas personer som söker vård för långvarig smärta få bättre och riktade insatser samt kontinuitet i utredning och behandling av smärtan. Två olika scenarier analyseras där mellan 10 och 20 procent av alla personer som söker vård för långvarig smärta har färre än tio vårdkontakter per år, men samtidigt har en betydande funktionsnedsättning på grund av smärta. Vårdförloppet förväntas öka vårdkonsumtionen för denna grupp, dels genom att omkring ytterligare 4 000 personer jämfört med nuläget erbjuds MMR i primärvården, dels genom att vårdförloppets satsning på kontinuitet och personcentrering ökar vårdkonsumtionen något.

Effekt av åtgärden ökande tillgång till utredning och behandling vid långvarig smärta
Inget kunskapsunderlag har identifierats.

Förväntade förändringar och eventuell regional variation
Mellan 10 och 20 procent av de som söker vård för långvarig smärta bedöms behöva mer omfattande åtgärder av primärvården. Detta genom tidiga och riktade åtgärder omfattande vårdförloppets unimodala, intermediära och i vissa fall även multimodala behandlingar utifrån personens behov.

En ökad uppmärksamhet kring personer med upprepat vårdsökande förväntas leda till att vården hittar personer som hittills inte fått utredning och behandling enligt vårdförloppet och därför nu behöver insatser från interdisciplinära team. Det förutsätter att regionerna ser över sin organisation av behandling av långvarig smärta på primärvårdsnivå och säkerställer att det finns tillräckligt med personal med aktuella kompetenser för att kunna tillhandahålla multimodal rehabilitering interdisciplinärt och med ett biopsykosocialt fokus.

Hälsoekonomiskt perspektiv

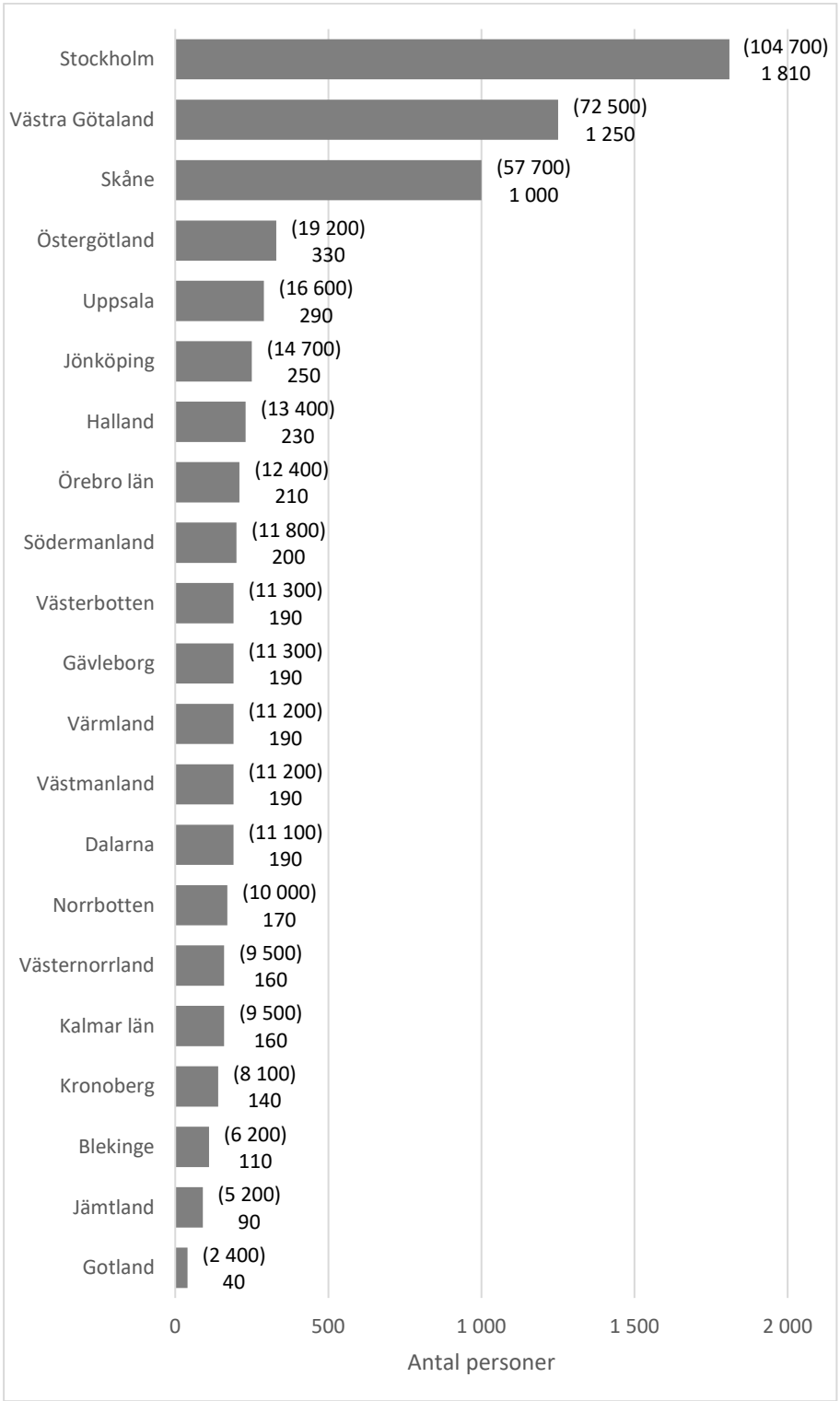
Kostnadseffektivitet
Det saknas underlag om kostnader och effekter för att beräkna kostnadseffektivitet för åtgärderna.

Budgetkonsekvenser för hälso- och sjukvården
Tabell 3 beskriver en enkel kalkyl där scenario 1 och scenario 2 förväntas öka kostnaderna för hälso- och sjukvården på kort sikt eftersom mellan 10 procent (scenario 1) och 20 procent (scenario 2) kommer att fångas upp tidigt i vårdförloppet och få fler riktade åtgärder. Därtill förväntas vårdförloppet innebära att antalet personer som får multimodalrehabilitering, MMR, i primärvården ökar med 4 000 personer nationellt. På kort sikt ses inga kostnadsminskningar i hälso- och sjukvården.

Tabell 3. Två scenarier för budgetpåverkan av vårdförlopp för långvarig smärta. De avser personer 18 till 65 år som bedöms vara i behov fler insatser från primärvården inklusive multimodal rehabilitering.

	Vårdförloppet leder till: Scenario 1 – kort sikt	**Vårdförloppet leder till: Scenario 2 – kort sikt**
Beskrivning	10 % av alla med långvarig smärta 18—65 år (n=43 800) behöver fler insatser. • 4 000 av dessa får MMR i primärvården. • Övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande 2 läkarbesök och 2 besök hos annan vårdpersonal.	20 % av alla med långvarig smärta 18—65 år (n=87 500) behöver fler insatser. • 4 000 av dessa får MMR i primärvården. • Övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande 2 läkarbesök och 2 besök hos annan vårdpersonal.
Nulägets kostnader för vårdkonsumtion för personer med smärta	Vårdkonsumtion motsvarande SBU:s kontrollgrupp (24 000 kr)[b)] Total kostnad 1,1 miljarder kronor	Vårdkonsumtion motsvarande SBU:s kontrollgrupp (24 000 kr)[b)] Total kostnad 2,1 miljarder kronor
Vårdförloppet innebär på kort sikt fler vårdbesök och fler MMR i primärvården	Fler vårdbesök ökar kostnaden med 5 350 kronor per person. 4 000 fler MMR i primärvården (40 000 kr)[c)] Total kostnad 1,3 miljarder kronor	Fler vårdbesök ökar kostnaden med 5 350 kronor per person. 4 000 fler MMR i primärvården (40 000 kr)[c)] Total kostnad 2,6 miljarder kronor
Kostnadsökning per år på kort sikt på grund av vårdförlopp jämfört med nuläge	**277 miljoner kronor**	**511 miljoner kronor**

MMR – multimodal rehabilitering. [a)] MMR erbjuds i primärvården till ytterligare 4 000 personer och övriga ökar sin vårdkonsumtion motsvarande i genomsnitt 2 läkarbesök och 2 besök hos fysioterapeut. [b)] Vårdkostnad per år hämtad från kontrollgruppen i SBU:s hälsoekonomiska kalkyl. [c)] Kostnaden för MMR i primärvården bedöms vara lägre än kostnaden för MMR i den specialiserade vården.



Figur 4 Antagande att ytterligare 4 000 får multimodal rehabilitering i primärvården och antalet därmed ökar till totalt 7 400 vuxna sammanlagt i specialiserad vård och primärvård (nuläge enligt kvalitetsregistret NRS omkring 3 400 i riket). Siffrorna i figuren visar multimodal rehabilitering per region och inom parentes resterande av de sju procent av befolkningen i åldrarna 18 till 65 år som är vårdsökande för långvarig smärta.

3.2 Gradering av långvarig smärta och vårdsökande

Nulägets vårdsökande i relation till svårighetsgraden av långvarig smärta i befolkningen uppskattas baserat på uppgifter i tre publicerade studier [9-11] och en hälsoekonomisk kalkyl i en nyligen publicerad svensk systematisk översikt [12] och arbetsgruppens bedömning utifrån beprövad erfarenhet.

En tidig amerikansk studie undersökte smärtpåverkan bland tre grupper med långvarig smärta som sökte primärvård [10]. Studien samlade uppgifter om personer med ländryggssmärta (n=1213), huvudvärk (n=779) och temporomandibulär dysfunktion (n=397) och utvecklade och utvärderade en enkel metod för att gradera svårighetsgraden för långvarig smärta i befolkningen i fyra kategorier utifrån funktionspåverkan, begränsningar i aktiviteter samt tid från smärtans debut. Metoden utvecklades för användning inom primärvården. I den amerikanska studien [10] var det 67 procent som tillhörde kategori 1 eller 2, 18 procent som tillhörde kategori 3 och 13 procent som tillhörde kategori 4. För 2 procent saknades tillräckliga uppgifter för att bedöma svårighetsgrad.

En senare tysk studie [9] identifierade två grupper med långvarig smärta med låg funktionspåverkan. I den ena rapporterades låg smärtintensitet (kategori 1) och i den andra rapporterades hög smärtintensitet (kategori 2). Vidare hade två grupper med långvarig smärta hög funktionspåverkan men rapporterade olika grad av begränsning i dagliga aktiviteter: måttlig begränsning (kategori 3) respektive stor begränsning (kategori 4).

En befolkningsbaserad svensk registerdatastudie som följde personer med whiplashskada fann att omkring en tredjedel fortfarande tre år efter skadan hade mellan 20 och 25 vårdbesök varav knappt hälften hos läkare [11].

4. Referenser

1. Rivano Fischer M. Rehabilitering vid långvarig smärta. In: Magnusson S, Mannheimer C, editors. Långvarig smärta Behandling och rehabilitering. 2nd ed. Stockholm: Studentlitteratur; 2015.
2. Bäckryd E, Werner M. Den långvariga smärtans fysiologi. In: Bäckryd E, Werner M, editors. Långvarig smärta Smärtmedicin. 2. Stockholm: Liber; 2021.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333.
4. Andersson H. Chronic pain – epidemiological studies in a general population. . Lund, Sweden Lund University; 1998.
5. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain. 2001;89(2-3):127-34.
6. Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health and Nutrition Examination Survey data. Pain. 1990;43(3):299-307.
7. Von Korff M, Resche LL, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. Pain. 1993;55(2):251-8.
8. Sveriges kommuner och Landsting. Rivani-Fisher M, Stålnacke BM, Gordh T, et al. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning. Stockholm, Sweden; 2016.
9. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. Eur J Pain. 2009;13(3):280-6.
10. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain. 1992;50(2):133-49.
11. Jöud A, Stjerna J, Malmström EM, Westergren H, Petersson IF, Englund M. Healthcare consultation and sick leave before and after neck injury: a cohort study with matched population-based references. BMJ Open. 2013;3(8):e003172.
12. Statens beredning för medicinsk och Social Utvärdering (SBU). Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm Sweden; 2021
13. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. Br J Anaesth. 2013;111(1):13-8.
14. Andrews P, Steultjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. Eur J Pain. 2018;22(1):5-18.
15. Bonathan C, Hearn L, Williams AC. Socioeconomic status and the course and consequences of chronic pain. Pain Manag. 2013;3(3):159-62.
16. Janevic MR, McLaughlin SJ, Heapy AA, Thacker C, Piette JD. Racial and Socioeconomic Disparities in Disabling Chronic Pain: Findings From the Health and Retirement Study. J Pain. 2017;18(12):1459-67.
17. 1177.SE [cited 2022 March 09]. Available from: https://www.1177.se/Skane/hitta-vard/?st=d358d1fb-0c54-4fbd-899a-f6a853b9a133&nearby=false&s=distance&g=&lat=&lng=&caretype-list=V%C3%A5rdcentral&location=Hela+landet&caretype=V%C3%A5rdcentral&q=.

Statistikunderlag vid remissversion vårdförlopp **smärta – långvarig, hos vuxna**

Framtaget i april 2022

Göran Lord, Jenny Svärd Backlund, Filip Burlin och Eva Wermeling Danielsson

Avdelningen för Kunskapsutveckling

Enheten för Vårdanalys och Statistik

Nationellt system för kunskapsstyrning
Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland

Region Gotland

Region Stockholm

Hur statistiken tagits fram

- Underlaget i denna PPT syftar till att ge en lägesbild över vårdkonsumtionen (vårdkontakter med huvuddiagnos) för de diagnosgrupper som vårdförloppet berör. **All statistik som visas är för åren 2018-2021**.
- Statistiken som visas har klippts ut från SAS Visual Analytics-rapporten RPO_Vårdkonsumtion som bygger på data från Region Stockholms VAL-databas. I statistiken finns bara diagnossatta vårdkontakter och det finns därmed ett bortfall av andra typer av vårdkontakter. Alla yrken sätter dessutom inte diagnos och de vårdkontakterna fångas därför inte.*
- Statistiken består av ett mindre antal diagram som beskriver vårdkonsumtionen (registrerade huvuddiagnoser) på en övergripande nivå. *I just detta vårdförlopp beskrivs att R52.2 kan sättas som tilläggsdiagnos eller bidiagnos. I VAL-databasen kan man dock se att R52.2 till 70% sätts som huvuddiagnos. Därför bör underlaget i denna presentation ändå vara ganska representativt för patientpopulationen.* För mer detaljerad vårdkonsumtionsstatistik hänvisas till rapporten RPO_Vårdkonsumtion.
- Diagnoser för urval baseras i första hand på definition i vårdförloppet. Saknas detta har definition från berört kvalitetsregister använts. I tredje hand används definition från Internetmedicin.
- ICD-10: R52.2 (inkl. A, B, och C) (*från vårdförloppet*)
- Urval ålder: 18 år och över
- Var uppmärksam på att skalor och färgsättning kan variera mellan olika diagram.
- I vissa diagram redovisas inte all data på grund av få observationer (om antalet individer eller antalet vårdkontakter understiger 5).

**Eftersom läkare sedan länge har skyldighet att registrera diagnos så är diagnoser satta av läkare ett mer pålitligt mått över tid än diagnoser satta av andra yrkeskategorier (vilket är orsaken till att urval på yrkeskategori ”läkare” har gjorts på bild 6).*

Kort sammanfattning

Några nyckeltal

- Totalt har 28 106 individer (vuxna) registrerats som vårdade för långvarig smärta (som huvuddiagnos) under åren 2018-2021.
  - Dessa är till 70 procent kvinnor.
  - Snittåldern för dessa individer är 52 år.
- Andelen individer med registrerad huvuddiagnos år 2018-2021 är 22 procent i mosaicgrupp 1 (d.v.s. bättre bemedlade områden), 39 procent i mosaicgrupp 2 (d.v.s. medelgott bemedlade områden) och 38 procent i mosaicgrupp 3 (d.v.s. sämre bemedlade områden). Det innebär en underrepresentation av mosaicgrupp 1 och en överrepresentation av mosaicgrupp 3.

Vårdkonsumtion

Volymmässigt skedde registrerade öppenvårdskontakter och slutenvårdstillfällen under åren 2018-2021 främst inom primärvården *(se diagram antal individer efter vårdgren)*.

- Antalet vårdkontakter har varierat under perioden och är totalt sett lägre undre periodens slut än dess början. Det gäller även för läkare.
- En majoritet av vårdkontakterna i öppenvården skedde inom vårdval, medan en minoritet av vårdkontakterna i slutenvården skedde inom vårdval.
- Medelvårdtiden sjönk från 2018-2020 men gick år 2021 upp till 2019 års nivå igen.
- Flest vårdkontakter i öppenvården registrerades hos läkare (34%), följt av vårdkontakter hos fysioterapeuter/sjukgymnaster (32%).

Några nyckeltal

Antal individer under tidsperioden

28 106

Snittålder

52,1

Andel kvinnor

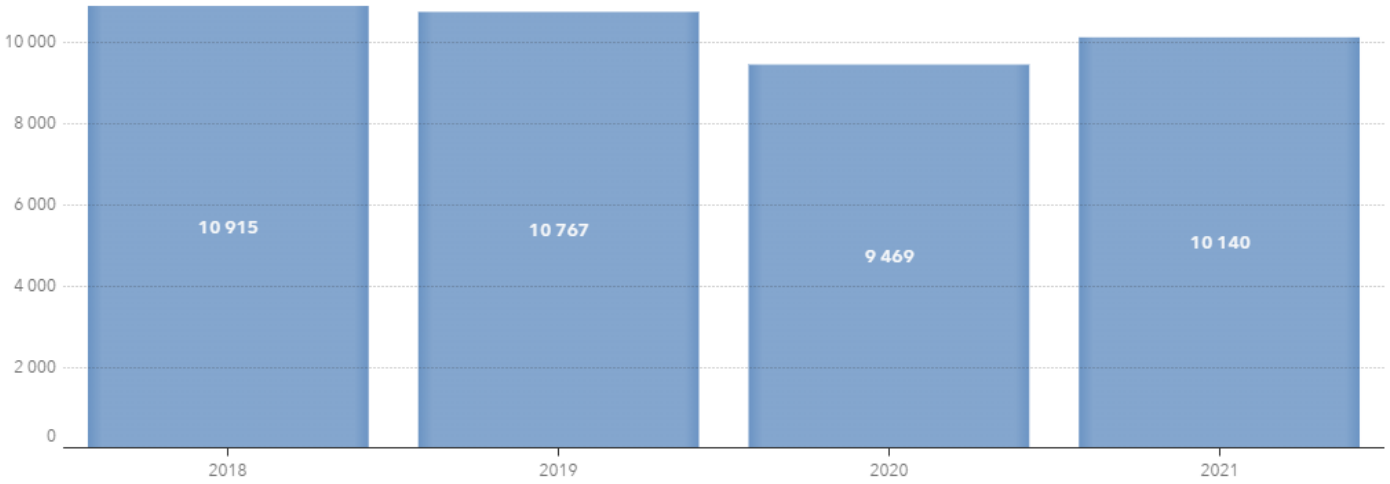
70,3 %

Medelvårdtid slutenvård

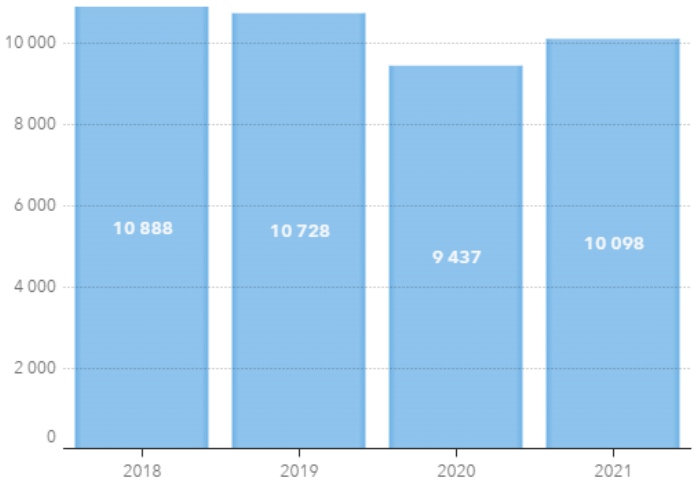
3,6

Några nyckeltal kring vald diagnos/diagnosgrupp

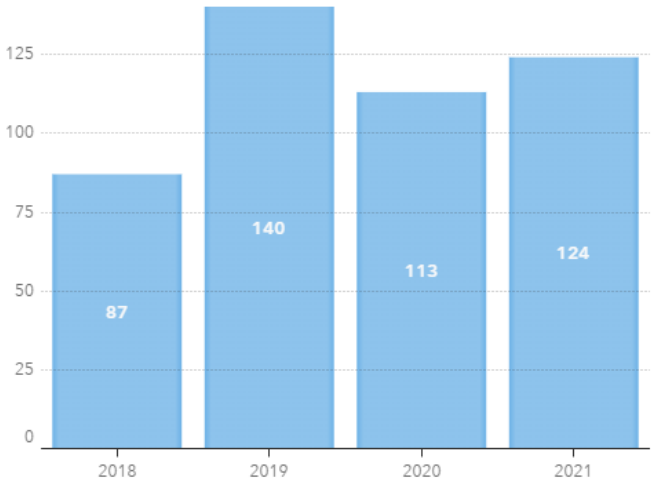
Antal individer per år



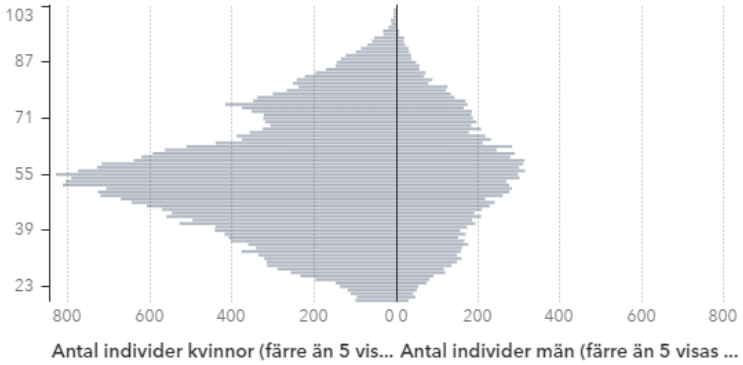
Antal individer per år öppen vård



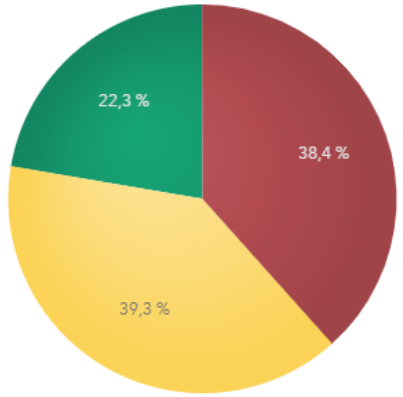
Antal individer per år sluten vård



Ålder och könsfördelning



Andel individer(patienter) fördelade efter livsstil



Mosaicgrupp Stockholm

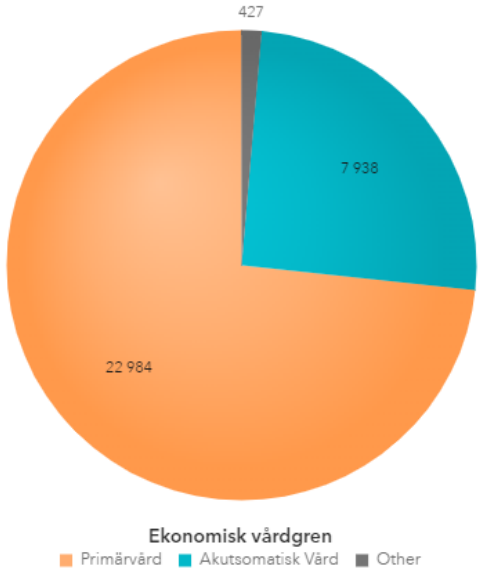
1.Bättre bemedlade 2.Medelgott bemedlade 3.Sämre bemedlade

Livsstilsanalys enligt Mosaic .I Stockholm utgör Mosaicgrupp1 30% av befolkningen. Mosaicgrupp2 utgör 40% av Stockholms befolkning och Mosaicgrupp3 utgör 30% av befolkningen.

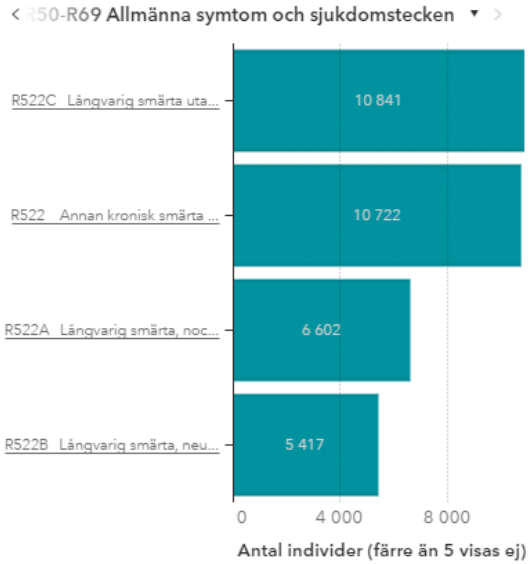
Läs mer om Mosaic: Mosaicdokumentation

Vårdkonsumtion

Antal individer efter vårdgren



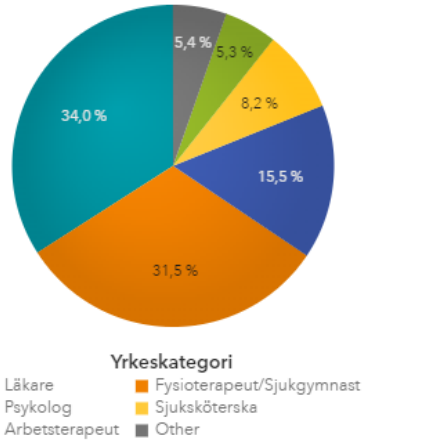
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



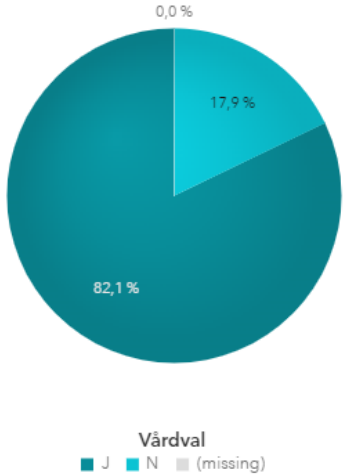
Antal vårdkontakter



Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



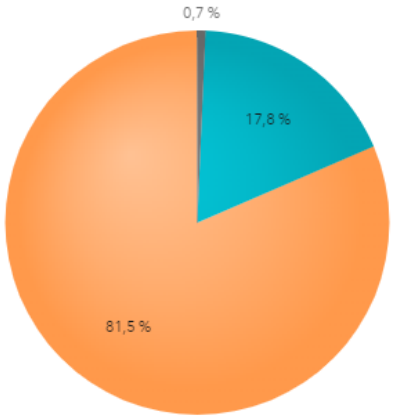
Andel besök i vårdval i öppenvård



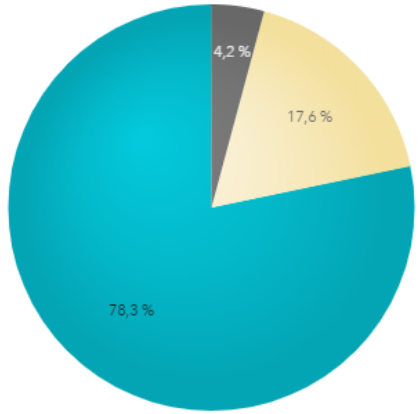
Antal besök per patient



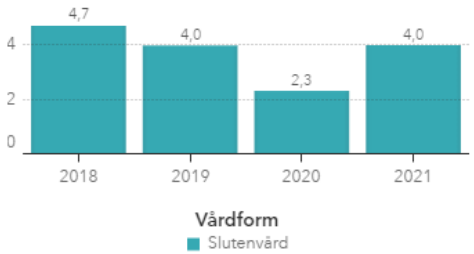
Andel besök i öppenvård



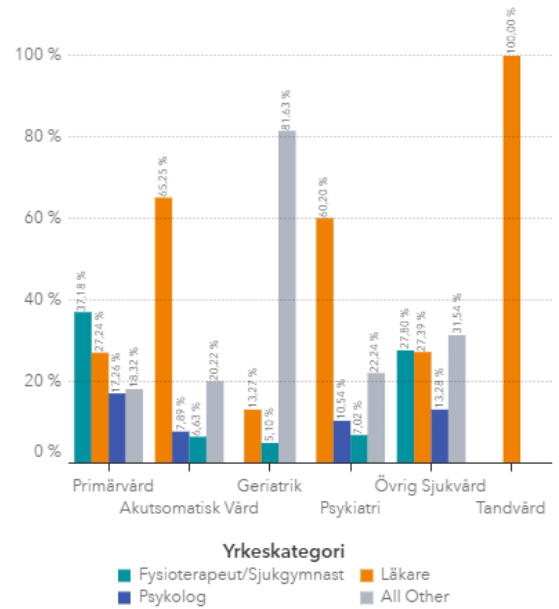
Andel vårdtillfällen i slutenvård



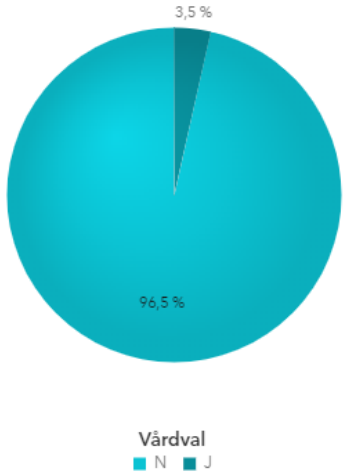
Medelvårdtid sluten vård



Andel besök per yrkeskategori i öppenvården

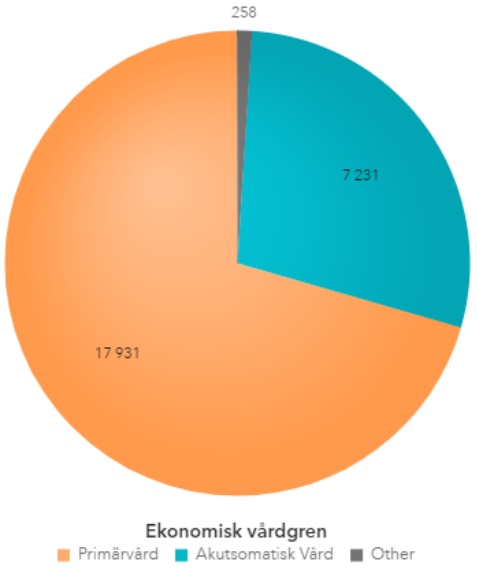


Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

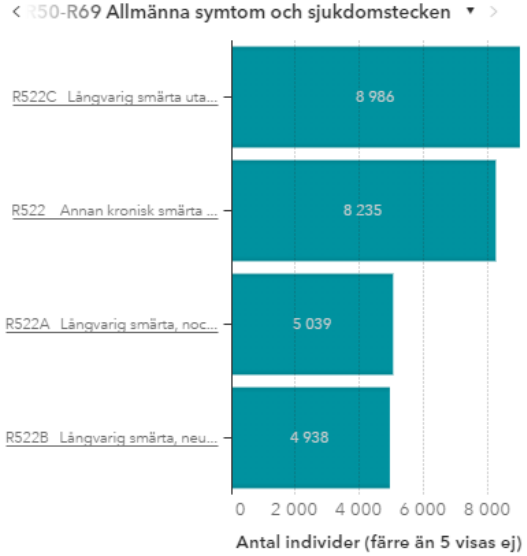


Vårdkonsumtion öppenvård, yrkeskategori läkare

Antal individer efter vårdgren



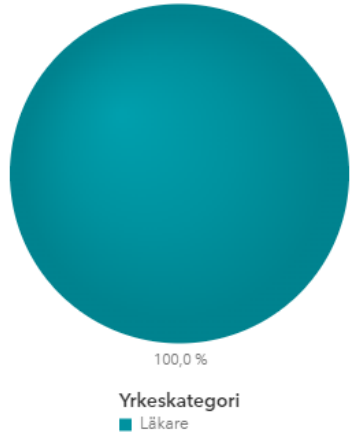
Antal individer per diagnoskapitel (ICD10)



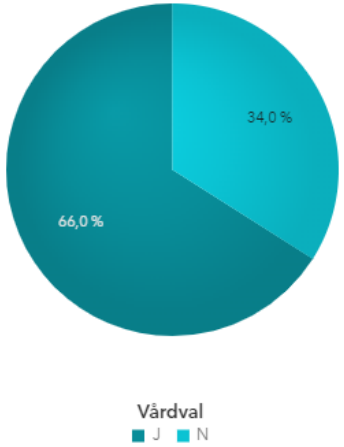
Antal vårdkontakter



Andel besök per yrkeskategori i öppenvård



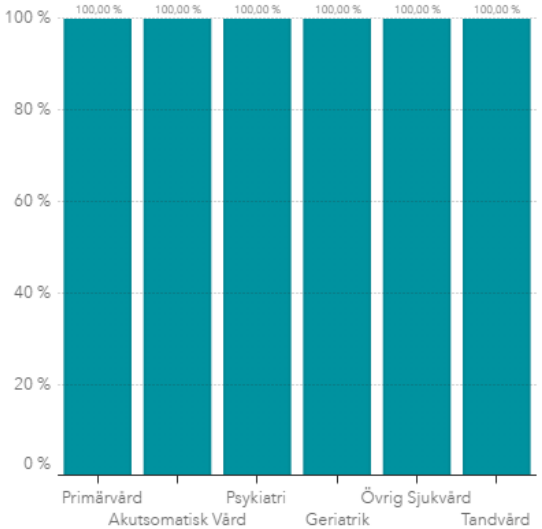
Andel besök i vårdval i öppenvård



Antal besök per patient

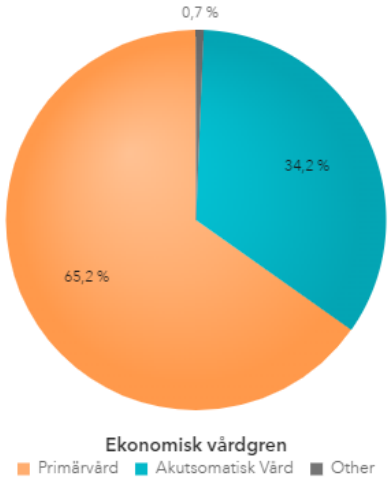


Andel besök per yrkeskategori i öppenvården



Andel vårdtillfällen vårdval i slutenvård

Andel besök i öppenvård



Andel vårdtillfällen i slutenvård

Medelvårdtid sluten vård



Vad innebär respektive ekonomisk vårdgren?

De 20 största uppdragstyperna per vårdgren volymmässigt utom för geriatrik som bara har 5 totalt

Ekonomisk vårdgren: akutsomatik

Uppdragstyp
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus
607 Gynekologi, specialiserad
604 Ögonsjukvård, specialiserad
606 Hudsjukvård, specialiserad
605 Öron, Näsa, Hals, specialiserad
612 Ortopedi, specialiserad
603 Förlossningsvård
208 Invärtesmedicin - Priv spec läk
610 Särskild uppdrag, Aukt. hudmottagning
617 Vårdval Urologi
211 Vissa op spec - Priv spec läk
215 Gynekologi - Priv spec läk
616 Neurologi, specialiserad öppenvård
212 Öron, Näsa, Hals - Priv spec läk
615 Ryggkirurgi
602 Ögonsjukvård, kataraktoperationer
622 Gastroenterologi, specialiserad
150 Reumatologi
600 Höft- och knäledsplastik
611 Allergologi, specialiserad

Ekonomisk vårdgren: primärvård

Uppdragstyp
300 Husläkarverksamhet
302 Basal hemsjukvård vid husläkarverksamhet
137 Basal hemsjukvård kvällar, nätter och helger
311 Primärvårdsrehabilitering
201 Fysioterapi, ARV
303 Barnavårdscentral
301 Psykosociala insatser vid husläkarverksamhet
305 Graviditetsövervakning och eftervård
313 Fysioterapi, specialiserad
325 Multimodal rehab vid långvarig smärta/utmattning
249 Närakut
321 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
304 Fotsjukvård
310 Primär hörselrehabilitering
306 Logopedi
308 Husläkarjour
314 Sexuell och reproduktiv hälsa
158 Ungdomsmottagning
205 Allmänmedicinska spec - Priv spec läk
309 Obstetriska ultraljud

Ekonomisk vårdgren: psykiatri

Uppdragstyp
400 Psykiatrisk specialistvård för vuxna
112 Beroendevård vuxna
408 Barn-o ungdomspsykiatri, lokal
412 Lokal integrerad beroendevård
104 Allmänpsykiatri
160 Ätstörningsvård
209 Psykiatriska spec - Priv spec läk
111 Beroendevård barn och ungdom
406 LG öppenvård BUP
151 Rättspsykiatrisk vård
407 LG Mellanvård BUP
157 Tortyrskadevård
405 LG klinikvård BUP
413 Sexualmedicin, specialiserad
108 Barn- och ungdomspsykiatri

Ekonomisk vårdgren: geriatrik

Uppdragstyp
318 Avancerad sjukvård i hemmet, ASiH
124 Geriatrisk specialistvård
244 Övrig Geriatrik
319 Specialiserad palliativ slutenvård
327 Geriatrik vårdval

Ekonomisk vårdgren: övrig sjukvård

Uppdragstyp
811 Medicinsk radiologi
127 Habilitering
821 Klinisk fysiologi vårdval
802 Planerad specialiserad neurologisk rehabilitering
813 Klinisk fysiologi
808 Gastrointestinal endoskopi
141 Medicinsk service
804 Specialiserad lymfödemrehabilitering
801 Klinisk neurofysiologi vårdval
324 Intensivträning för personer med rörelsened.
806 Specialiserad rehab. efter vård på akutsjukhus
809 Klinisk neurofysiologi
243 Kulturella omskärelser
165 Övrig sjukvård
197 Hjälpmedelscentralsverksamhet
803 Planerad specialiserad cancerrehabilitering
203 Specialiserad rehabilitering
107 Asylsjukvård
814 Specialiserad rehabilitering astma/KOL
815 Rehab varmt klimat, neuro/reuma