

Remissvar

Svensk förening för Rehabiliteringsmedicin SFRM.

Processcentrerat sammanhållet vårdförlopp

Smärta-långvarig, hos vuxna.

Jörgen Söverstad

1

Vårdförloppets syfte framhåller ett mer patientcentrerat förhållningssätt där upprättandet av vårdplaner skall spela en större roll samt att sjukvårdens erfarenheter skall tas tillvara.

Svensk förening för rehabiliteringsmedicin, SFRM, ser att stora insatser är nödvändiga för en generellt ökad kunskap kring rehabilitering vid långvarig smärta. Exempelvis gällande multimodalt teamarbete utifrån en biopsykosocial modell liksom att arbeta efter generisk modell för rehabilitering. Vi tror att betydande insatser behövs gällande kunskapsöverföring av dessa metoder från rehabiliteringsmedicinskt kompetenta verksamheter, såsom de som nu bedriver MMRsv, för integrering av dessa arbetssätt inom primärvården, PV.

1.1

Det framkommer att PV ofta saknar kompetens och resurser för handhavande av långvarig smärta. I vårdförloppet framläggs vikten av tidig diagnostisering, probleminventering och att undersöka samsjuklighet, inte minst gällande psykiatrisk samsjuklighet. SFRMs bild är att det i nuläget även inom MMRsv är svårt att bedöma psykiatrisk samsjuklighet och vilka patienter som behöver primärt omhändertagande inom psykiatrin och vilka patienter som skulle kunna tillgodogöra sig en primär smärtrehabilitering. Exempelvis gällande patientgruppen med posttraumatiskt stressyndrom, PTSS, där primär behandling av PTSS kan leda till en minskad smärtproblematik och där vårdförloppsförslaget ej så tydligt berör handhavandet av psykiatrisk samsjuklighet. Vi tror att den öppenvårdspsykiatriska verksamheten bör spela en större roll i samverkan kring denna patientgrupp med tydlig psykiatrisk samsjuklighet.

1.2

Förslaget gäller vuxna där SFRM ej ser behov av en övre åldersgräns. Hur vårdförloppet skall skilja sig gällande patienter i arbetsför ålder och patienter som har en nedsatt arbetsförmåga eller den stora gruppen äldre som avslutat sin arbetskarriär ser vi behöver belysas ytterligare. Inte minst i gruppen som är mycket högt vårdsökande. I dagsläget är smärta hos äldre en stor grupp som handhas inom PV. En del av denna grupp borde kunna vara föremål för MMRpv. Handhavande av patienter med språkliga svårigheter bedömer vi behöver specificeras tydligare då även dessa grupper bör få tillgång till multimodal smärtrehabilitering. Kan detta ske på specifika enheter, inom MMRpv, MMRsv ?

1.5 och 1.6

Att primärvården i vårdförloppsförslag åläggs ett betydligt större ansvar med strukturerade och omfattande insatser ser vi är rätt väg att gå. Enligt förslaget är det en omfattande psykosocial utredning och bedömning, inkluderandes framtagande av rehabiliteringsplan, samt unimodala/intermediära insatser som bör göras innan ställningstagande MMRpv och MMRsv. Vi ser

att den initiala primärvårdsutredning ligger i nivå med den utredning som i dagsläget inbegrips i MMRsv. I förslaget framkommer att en rehabiliteringsplan bör utformas inom en månad och sedan löpa som en röd tråd i det fortsatta vårdförloppet. Tidiga och omfattande interventioner såsom aktivitetshöjande åtgärder inkluderande påbörjande av arbetsåtergångsprocess framhålls. Dessa förslag bedömer SFRM som mycket betydelsefulla i förslaget.

SFRM tror att en modell där specialistkompetent personal, såsom rehabiliteringsmedicinska specialister, behöver komma in tidigt i vårdförloppet, för bedömning av fortsatt vårdnivå och behov av samverkande insatser med andra aktörer såsom den vuxenpsykiatriska öppenvården, kommun, försäkringskassa med fler. I nuvarande förslag till flödesmodell ser vi en risk att vissa åtgärder blir fördröjda. Det kan gälla gula flaggor som vid närmare granskning tyder på att patienten borde utredas och behandlas vidare inom psykiatri innan det är effektivt att genomgå en multimodal smärtrehabilitering. Det kan även gälla försäkringsmedicinska frågor samt bedömning kring behov av åtgärder som behöver handhas på regionernas specialiserade vård såsom neuromodulering. Vi ser även att förslaget råder till registrering i kvalitetsregister, NRS, sent i förloppet, vid ingång MMRpv eller MMRsv. Registrering i kvalitetsregister bedömer vi behöver utföras tidigare i förloppet.

I förslaget så är det vid ingång MMRsv aktuellt med en förnyad utredning som består av en teamutredning. I denna ingår moment som redan bör vara utfört inom primärvården. Vi ser en risk att detta leder till att likartad utredning upprepas vilket ej ter sig effektivt. Vi ser även en risk med att patienten får motstridiga rekommendationer. Gällande åtgärder som ingår i MMRsv så nämns utsättning av läkemedel. Om detta gäller opioider så bör denna process startas tidigare, inkluderandes ställningstagande för stödbehov vid utsättning.

1.7

Att patienten får en tydlig förklaringsmodell av långvarig smärta ser SFRM som centralt liksom att arbeta med rehabiliteringsplaner. Detta kräver god kunskap inom dessa områden vilket specialister i rehabiliteringsmedicin och smärtläkare besitter. Kunskapsförmedling till PV i detta bedömer vi som ett nyckelområde att arbeta vidare med för att kunna gå i förslagets riktning. Det kräver, inom PV, ett fungerande teamarbete och besökstider som är anpassade till detta. Vi ser även där i dagsläget en stor utmaning för PV.

2.1 och 2.2

I den initiala utredningsfasen nämns instrument såsom WAI, HAD, PCS, TAMPA med fler. Flertalet av dessa ingår i nuläget i NRS. Hur och var ovanstående instrument bör registreras är oklart, endast i journal? Enligt förslaget ter det sig som att registrering i NRS kommer att genomföras först vid ingång MMRpv eller MMRsv. Flera viktiga åtgärder har då redan genomförts såsom kartläggning med ovanstående instrument liksom upprättande av rehabiliteringsplan. Upprättande av rehabiliteringsplan inom en månad är högprioriterad vilket vi som nämnt ser positivt på. Att högprioritera att MMRpv skall påbörjas inom ett år ser vi som mer tveksamt. Tidiga insatser i samverkan med flera vårdaktörer tror vi är en viktigare aspekt. Vi ser en risk att adekvata åtgärder fördröjs i "väntan på MMRpv".

Ökad hälsa, livskvalitet, fysisk aktivitetsnivå, minskad ångest och nedstämdhet är indikatorer som redan idag följs upp via NRS. Hög måluppfyllelse enligt Goal attainment scale, GAS, fyra månader efter diagnos är en indikator som troligen ej är bekant inom PV och som SFRM ser är en avancerad metod som specialister i rehabiliteringsmedicin är förtrogna med och även där ses ett utbildningsbehov. Frågan är hur realistisk möjligheten är att införa detta. Ribban ligger redan högt beträffande att en rehabiliteringsplan bör upprättas inom en månad.

3.1

Patienters erfarenheter pekar på kunskapsbrist gällande rehabilitering av långvarig smärta. Detta ser vi som den största utmaningen i förslaget och där nuvarande kunskapskapital i stort finns inom verksamheter som bedriver MMRsv. Vi bedömer att dessa verksamheter bör få en central plats i den omorganisation som förslaget pekar på.

Övergripande synpunkter.

SFRM bedömer att förslaget är mycket gediget. I värderad riktning som förhoppningsvis kan realiseras stegvis. I nuläget ser SFRM ett stort behov av insatser för generellt ökad kunskap kring rehabilitering vid långvarig smärta, såsom kring multimodalt teamarbete utifrån en biopsykosocial modell liksom att arbeta efter generisk modell för rehabilitering. Kunskap om detta finns inom den rehabiliteringsmedicinska specialiteten. Rehabilitering vid långvarig smärta ingår som ett av tre huvudinriktningar i vår specialitet.

I dagsläget är det inte självklart att vår specialitet utgör en majoritet av läkartjänster inom MMRsv.

Det framkommer i förslaget bland annat att det är av vikt med tidig diagnostisering av samsjuklighet samt att patientorganisationer påpekat på bristen av tidiga åtgärder gällande funktionsutredning, funktionshöjande åtgärder, arbetsplatsbesök, arbetsanpassning, arbetsträning och utbildning. Specialister i rehabiliteringsmedicin är utbildade i detta förhållningsätt och har kunskap i dessa processer, såsom försäkringsmedicinska aspekter.

SFRM ser utifrån ambitioner i remiss ett stort behov av utbildningsinsatser inom primärvården. Specialister i rehabiliteringsmedicin bedömer vi som viktiga aktörer i denna process. Det råder brist på specialister i rehabiliteringsmedicin, inte minst inom rehabilitering av långvarig smärta. Vi ser i nuläget även ett stort behov för ST-läkare i rehabiliteringsmedicin gällande möjligheten till handledning och tjänstgöring på välfungerande kliniker som bedriver MMRsv.

Vi ser även en stor brist på smärtiläkare. Enligt remiss bör denna tilläggspecialitet tjänstgöra inom MMRsv. Detta ser vi som en mycket stor utmaning.

Sammantagen så förefaller förslaget som visionärt, med siktet inställt åt rätt håll. Vi ser dock att konsekvensen på kortare sikt innebär en mycket stor utmaning för primärvården gällande omställning. De i konsekvensbeskrivningen beskrivna måttligt ökade kostnaderna på kort sikt ter sig väl optimistiska med tanke på förslagets omfattning. Primärvården behöver ökad kunskap kring att utveckla ett modernt rehabiliteringsarbete. Bristen på specialister i rehabiliteringsmedicin som idag arbetar med MMRsv ser vi på med oro liksom att så få utbildas till Smärtiläkare. Dessa två grupper ser vi som centrala i framtida rehabilitering av långvarig smärta, inte minst gällande kunskapsförmedling och stöd mot primärvården. I den fortsatta processen ser vi att SFRM är en viktig aktör och vi återkommer gärna med synpunkter vid behov.