

# Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Smärta - långvarig, hos vuxna

Marcelo Rivano Fischer  
NAG smärta  
Ordförande

Rehabvecka 2022

Prioriterade områdena NAG Smärta (okt 2019):

- 1) Få i uppdrag att skapa nationella riktlinjer i form av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp avseende långvarig (kronisk) smärta.
- 2) Att verka för att smärtvården nivåstruktureras, enligt förslag från rapporten "Nationellt uppdrag: Smärta" 2016.
- 3) Att verka för utbildning och kompetenshöjning på olika nivåer, i alla regioner.
- 4) Att ge förslag och verka för förbättringar i kommunikation och samarbete mellan vårdnivåer, enligt återkoppling från både professionen och patientorganisationer från rapporten "Nationellt uppdrag: Smärta" 2016.

Prioriterade områdena NAG Smärta (okt 2019):

- 1) Få i uppdrag att skapa nationella riktlinjer i form av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp avseende långvarig (kronisk) smärta.
- 2) Att verka för att smärtvården nivåstruktureras, enligt förslag från rapporten "Nationellt uppdrag: Smärta" 2016.
- 3) Att verka för utbildning och kompetenshöjning på olika nivåer, i alla regioner.
- 4) Att ge förslag och verka för förbättringar i kommunikation och samarbete mellan vårdnivåer, enligt återkoppling från både professionen och patientorganisationer från rapporten "Nationellt uppdrag: Smärta" 2016.

NAG smärta fick i uppdrag att arbeta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSVF) avseende långvarig (kronisk) smärta, vuxna. Detta arbete påbörjades i maj 2020. Digitalt arbete resten av 2020 och 2021

Intern remissrunda januari 2021

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för Smärta – långvarig, hos vuxna har varit på öppen remiss från 15 april till 15 juni, 2022.

18 regioner har svarat. Totalt 36 remissvar.

Den nationella arbetsgruppen gjorde revideringar utifrån de remissvar som kom in.

Nationellt programområde Nervsystemets sjukdomar har därefter godkänt vårdförloppet som nu förbereds för granskning och ev godkännande av kunskapsstyrning.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	4
<b>1. Beskrivning av vårdförlopp.....</b>	<b>5</b>
1.1 Om långvarig smärta.....	5
1.2 Omfattning .....	6
1.3 Vårdförloppets mål.....	6
1.4 Ingång och utgång .....	7
1.5 Flödesschema för vårdförloppet .....	7
1.6 Vårdförloppets åtgärder .....	9
1.7 Personcentrering och patientkontrakt .....	21
<b>2. Uppföljning av vårdförlopp .....</b>	<b>23</b>
2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter .....	23
2.2 Indikatorer för uppföljning .....	24
<b>3. Bakgrund till vårdförlopp .....</b>	<b>26</b>
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter .....	26
3.2 Kompletterande kunskapsunderlag.....	28
3.3 Arbetsprocess .....	28
<b>4. Referenser .....</b>	<b>30</b>
<b>5. Appendix .....</b>	<b>34</b>
Appendix A. Kompletterande bakgrund om smärta och vårdförloppet.....	34
Appendix B. Behandlingar och insatser vid långvarig smärta .....	38
Appendix C. Patientens perspektiv .....	50
Appendix D. Stöd vid standardisering av dokumentation .....	55
Appendix E. Exempel på verktyg .....	56

Vårdförloppet inleds vid vårdkontakt för smärta i minst tre månader eller vid risk för långvarig smärta, och avslutas när patienten kan hantera sin situation utan ytterligare tillkommande vårdåtgärder.

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 under och mellan vårdkontakter såväl som mellan vårdpersonal
- ökad andel patienter som tidigt kan hantera sin smärta utan ytterligare vårdåtgärder
- ökad samverkan inom och mellan vårdnivåer, där vården efterfrågas av remittent i samråd med patienten
- ökad kunskap hos vårdpersonal och patienter inom området långvarig smärta, där kunskapen baseras på evidens och beprövad erfarenhet
- minskade kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället.

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 **under och mellan vårdkontakter** såväl som mellan **vårdpersonal**
- ökad andel patienter som **tidigt** kan **hantera** sin smärta **utan ytterligare vårdåtgärder**
- ökad **samverkan** inom och mellan vårdnivåer, där vården efterfrågas av remittent i samråd med patienten
- ökad **kunskap** hos vårdpersonal och patienter inom området långvarig smärta, där kunskapen baseras på **evidens och beprövad erfarenhet**
- minskade **kostnader** för individen, hälso- och sjukvården och samhället.

För att följa upp vårdförloppet används bland annat indikatorer för resultatmått kopplade till hälsorelaterat **livskvalité**, **psykiskt mående** och **fysisk träning** samt indikatorer för processmått kopplade till tidigt **upprättande av rehabiliteringsplan** och att **kontaktperson** utses tidigt i förloppet.

Indikatorer har främst valts för att kunna hämtas ifrån Nationellt Register över Smärtrehabilitering vilket bedöms ha en god täckningsgrad.

Vissa data för uppföljning kan även hämtas från Vården i siffror.



## Ingång i vårdförloppet för vuxna patienter med långvarig smärta sker

- vid vårdkontakt med anledning av smärta där smärtan varat i minst tre månader
- när hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att risk för långvarig smärta föreligger enligt bedömning och befintlig evidens
- om patienten har kvarstående smärta som sträcker sig utöver den förväntade återhämtningsperioden efter avslutad behandling för bakomliggande sjukdom eller tillstånd och har ett vård- och rehabiliteringsbehov
- om det finns ett vård- och rehabiliteringsbehov trots att flera utredningar och/eller 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 utförlig information från och dialog med vårdpersonal om förväntad nytta av fortsatt vård, inte är intresserad av de behandlingsåtgärder som erbjuds, eller inte kan medverka av sociala, ekonomiska eller andra skäl
- om patienten bedöms inte kunna tillgodogöra sig ytterligare åtgärder enligt vårdförloppet.

**Klinisk utredning och bedömning**

**Biopsykosocial utredning, bedömning och dialog**

**Utförande av bedömningar**

**Sammanfattning med patienten**

**Upprätta rehabiliteringsplan**

**Unimodala/intermediära insatser**

**Utförande av åtgärder**

**Uppföljning**

**Fördjupad biopsykosoc utr, bedömning och dialog**

**Utförande av bedömningar**

**Sammanfattning med patienten**

**Multimodal smärtrehabilitering (MMRpv)**

**Biopsykosoc utr, bedömning och dialog Specialiserad vård**

**Genomför teamutredning**

**info och dialog med patienten**

**Högspec vård inom sjukvårdsregionen**

**Åtgärder på spec enheten**

**Läkemedel, riktade åtgärder**

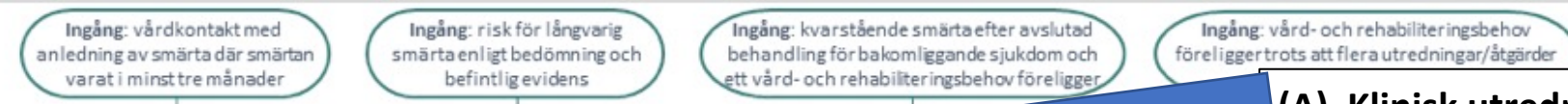
**MMRsv**

**Planering av fortsatt vård och stöd**

**Åtgärder efter planering**

**Åtgärdena för vårdförloppet**





### (A) Klinisk utredning och bedömning

Gör en smärtanalys baserad på anamnes, status och smärtteckning (se Appendix A och E). Använd ICD-10 för diagnossättning samt klassificera smärtan som en eller flera av följande:

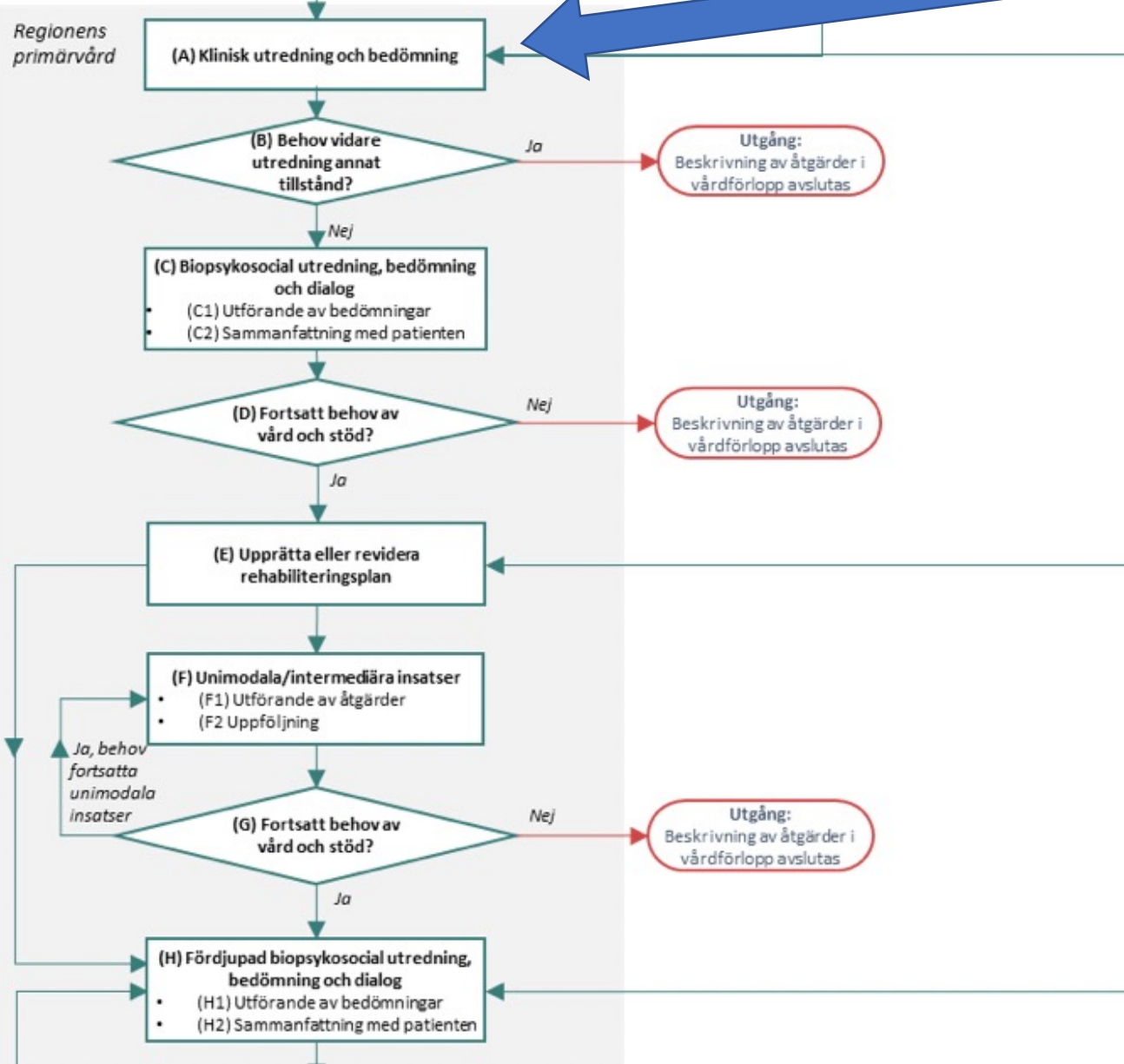
- Nociceptiv (R52.2A)
- Neuropatisk (R52.2B)
- Nociplastisk (R52.2C)

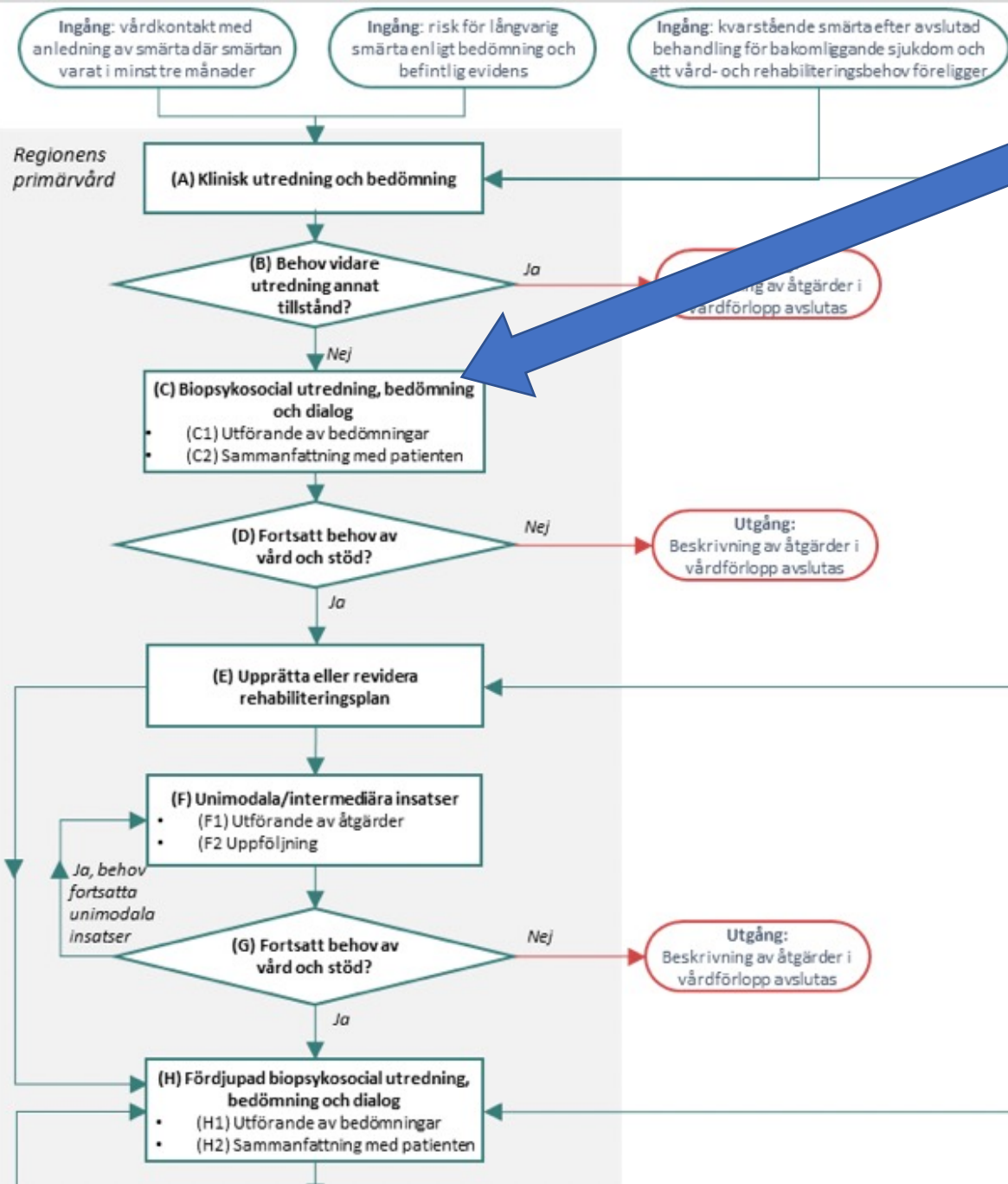
Gör en basal bedömning som inkluderar svar på laboratorieprover. Förslag på prover som kompletteras vid behov: Blodstatus, elektrolytstatus inklusive kalcium, leverstatus, PEth (fosfatidyletanol), TSH, homocystein, blodglukos och CRP.

Bedöm misstanke om allvarligt tillstånd, icke behandlade sjukdomar eller samsjuklighet som helt eller delvis kan förklara patientens smärtsymtom.

Värdera läkemedelsbehandling och ta särskild hänsyn till behandling med narkotikaklassade läkemedel.

Utse fast vårdkontakt.





Ingång: vård- och rehabiliteringsbehov

### C. Biopsykosocial utredning, bedömning och dialog

#### C1. Utförande av bedömningar:

Den biopsykosociala utredningen och bedömningen genomförs med fördel av olika professioner.

Använd ÖMPSQ (Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire) frågeformulär om smärtproblem (kortversionen). Formuläret avser att identifiera patienter som ligger i riskzon för långvariga smärtproblem utifrån psykologiska och sociala faktorer [8]. Detta kan inte ersätta anamnesen eller den medicinska undersökningen [9] men kan användas som ett diskussions-underlag för vårdpersonal och patient.

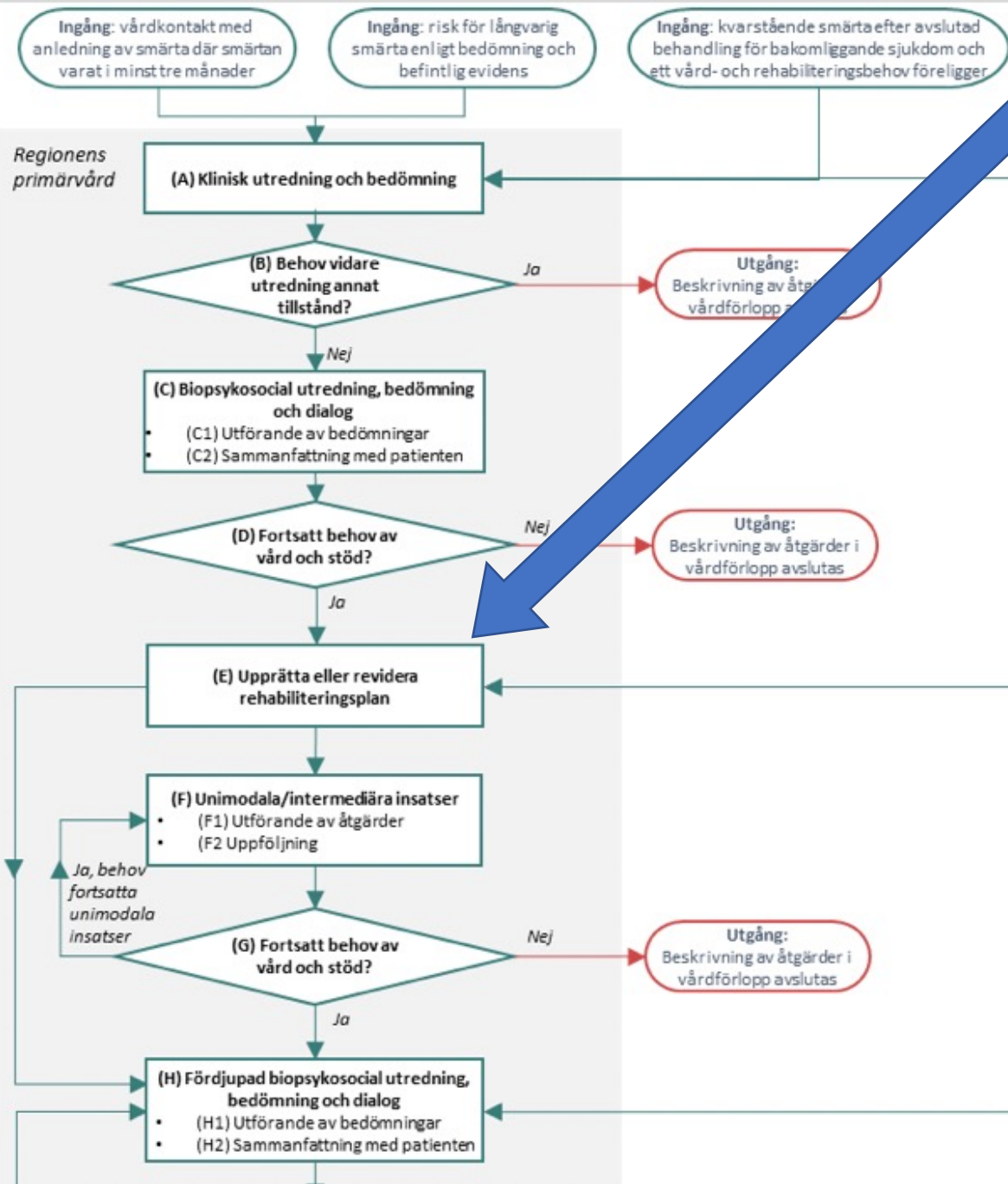
Övriga aspekter att ta upp i anamnesen och kan adderas utifrån patientens behov är

- arbetssituationen
- psykologiska och psykiska faktorer
- levnadsvanor
- sömnpåverkan
- fysisk funktionsförmåga
- förmåga och begränsningar i vardagen
- sociala faktorer
- patientens egen syn på smärta och hantering
- kognitiv funktion.

#### C2. Sammanfattning med patienten:

Ge information i dialog med patienten:

- Sammanfatta den biopsykosociala bedömningen inom primärvården.
- Ha en dialog med patienten med syfte att
  - o förmedla en förklaring om långvarig smärta
  - o diskutera konsekvenserna av patientens situation
  - o ge egenvårdsråd och stöd.

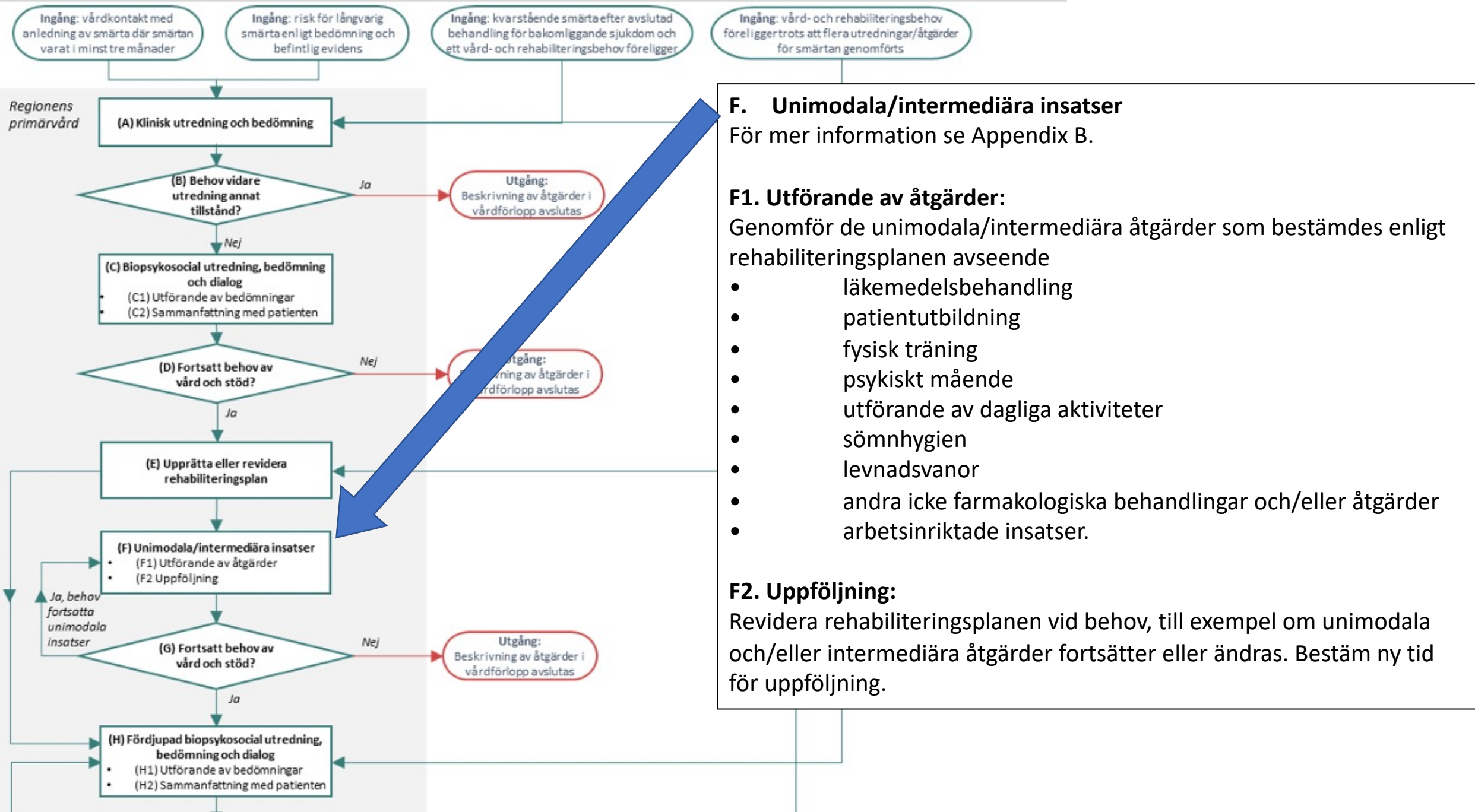


### D. Upprätta eller revidera rehabiliteringsplan

Upprätta en rehabiliteringsplan med följande innehåll senast en månad efter diagnossättning (se Appendix E).

- bedömning i form av sammanfattning av åtgärd (A) och (C)
- behandlingar och/eller åtgärder, vem som är ansvarig och när dessa ska vara genomförda. Behandlingar och/eller åtgärder kan vara unimodala, intermediära eller multimodala (se Appendix B för definitioner).
- 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.  
 Om unimodala eller intermediära insatser är aktuella, fortsatt till (F).  
 Om multimodala insatser är aktuella, fortsatt till (H).



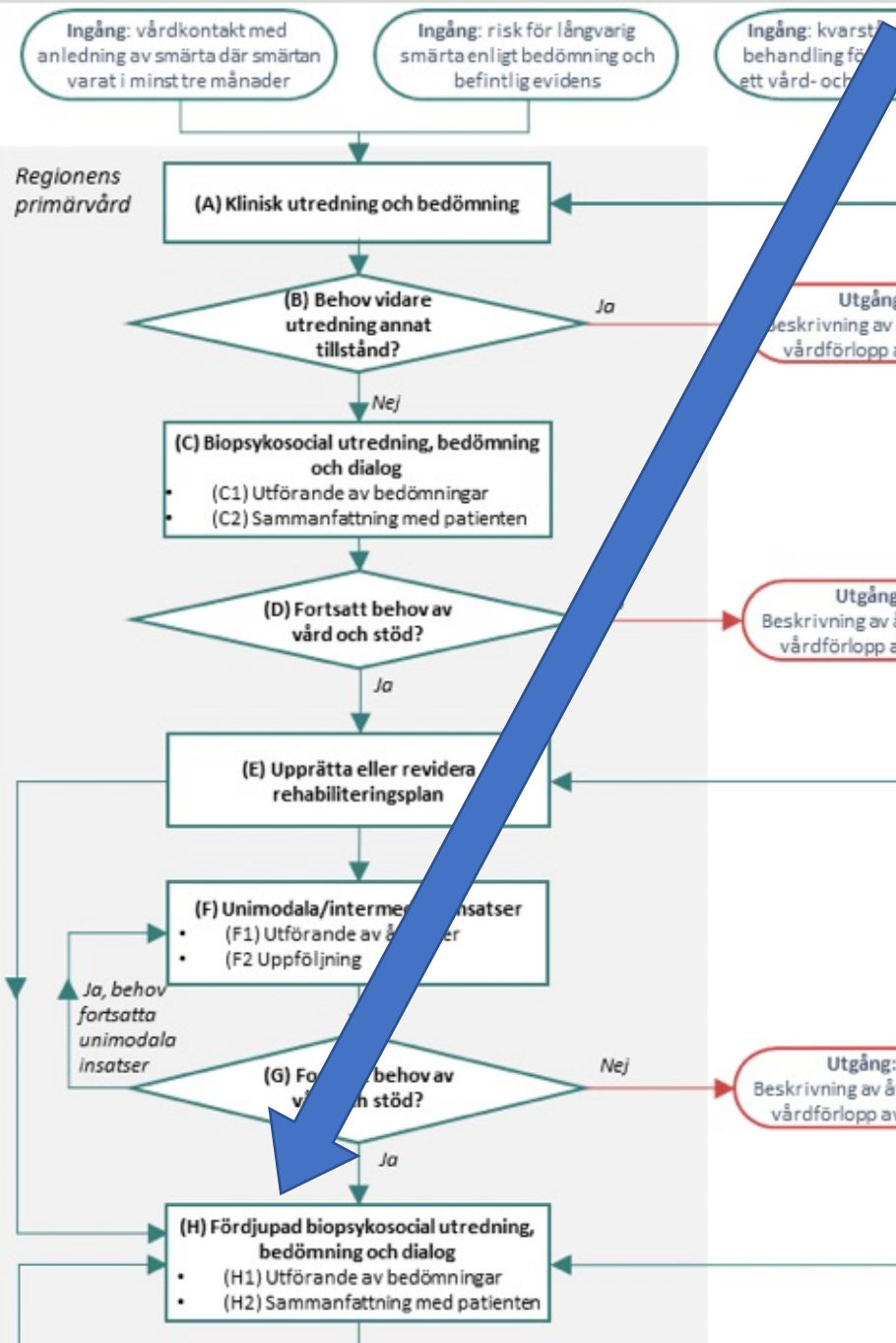
**F. Unimodala/intermediära insatser**  
 För mer information se Appendix B.

**F1. Utförande av åtgärder:**  
 Genomför de unimodala/intermediära åtgärder som bestämdes enligt rehabiliteringsplanen avseende

- läkemedelsbehandling
- patientutbildning
- fysisk träning
- psykiskt mående
- utförande av dagliga aktiviteter
- sömnhygien
- levnadsvanor
- andra icke farmakologiska behandlingar och/eller åtgärder
- arbetsinriktade insatser.

**F2. Uppföljning:**  
 Revidera rehabiliteringsplanen vid behov, till exempel om unimodala och/eller intermediära åtgärder fortsätter eller ändras. Bestäm ny tid för uppföljning.





## H. Fördjupad biopsykosocial bedömning, utredning 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 funktion och förmåga
- övergripande kognitiv förmåga
- sömn
- mående
- dagliga aktiviteter, vanor och rutiner
- delaktighet i samhällsaktiviteter (inklusive arbete/studier)
- samsjuklighet inklusive psykiatrisk
- levnadsvanor.

### 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:

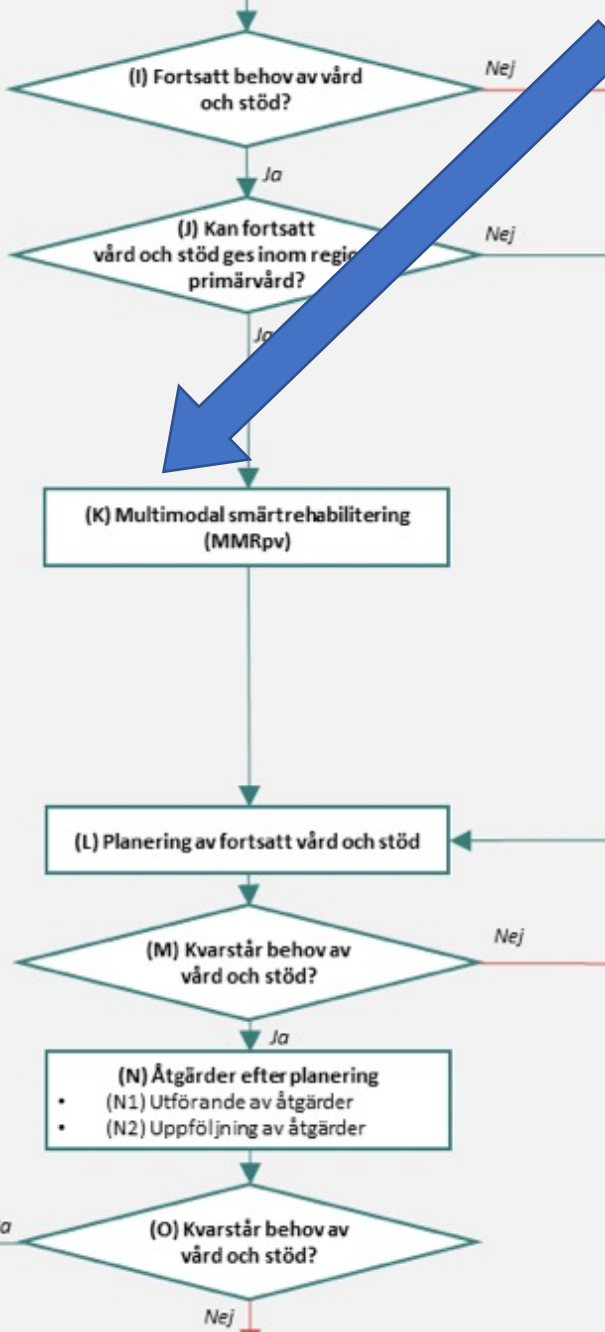
- varför beteendeförändring kan vara av värde
- på vilket sätt medicinering kan ha negativ påverkan på smärta och dess konsekvenser
- fördelar med koordinerade insatser från olika professioner
- hur samsjuklighet och långvarig smärta kan påverka varandra.

Ta upp eventuella behov av andra åtgärder avseende:

- motivation. Vid behov av stöd till förändring, erbjud motiverande samtal.
- psykiskt mående. Vid komplicerad psykiatrisk/psykosocial problematik, erbjud remiss till relevant specialiserad konsult.
- arbete. Vid ytterligare kartläggning av arbetssituation eller 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 föreligger, utför fördjupade intermediära insatser kring de identifierade behoven i H2.



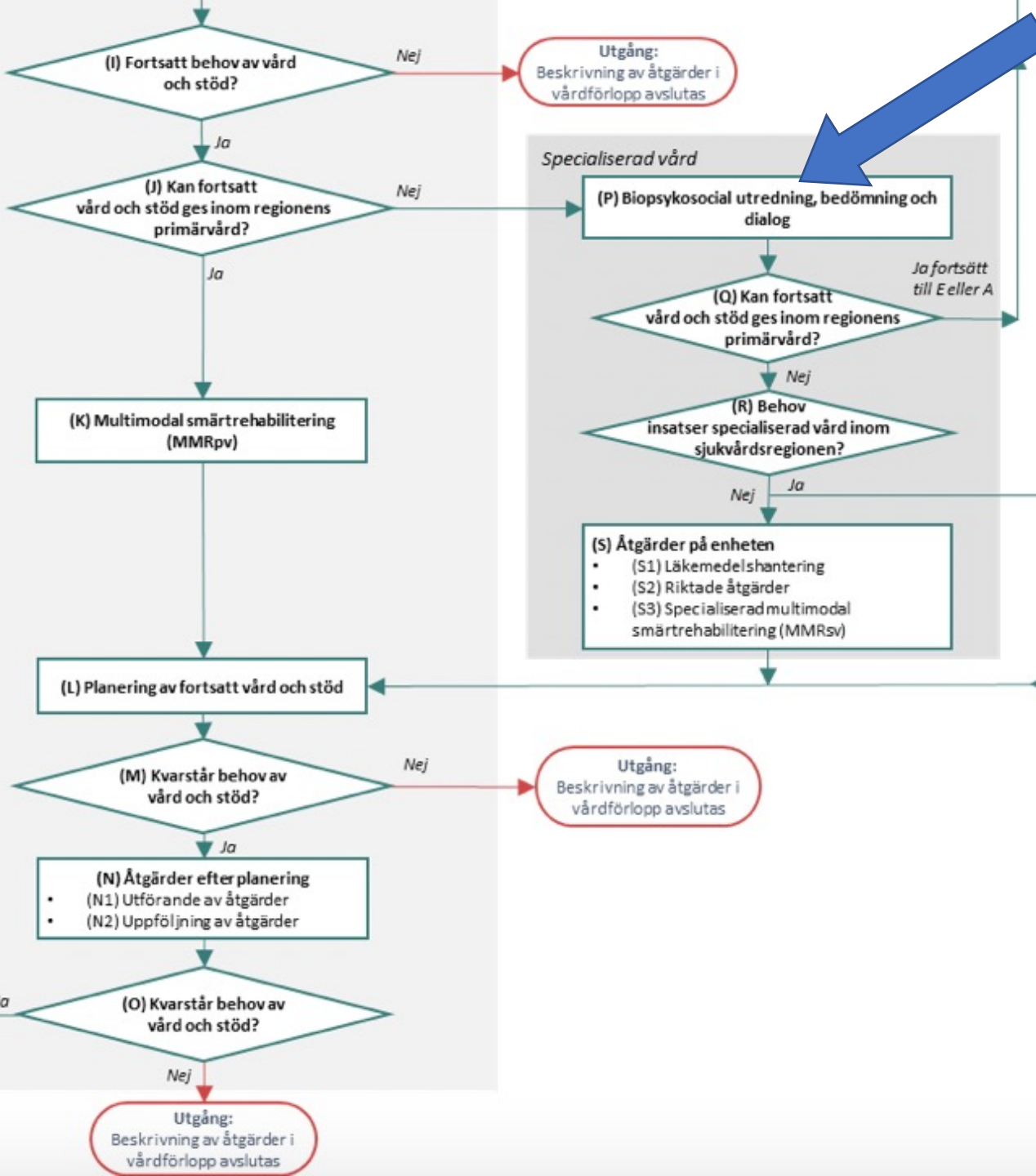
## K. Multimodal smärtrehabilitering (MMRpv)

För mer information se Appendix B.

Utför riktade, koordinerade och samordnade teaminsatser av vårdpersonal som är utbildade för utförande av insatser utifrån ett biopsykosocialt synsätt inkluderande fysisk aktivitet, funktion och förmåga, psykologiska och sociala konsekvenser av långvarig smärta, återgång till arbete/studier om lämpligt, annars återgång till för patienten tillfredsställande livsföring. Insatserna inkluderar:

- revidering av rehabiliteringsplanen vad gäller målsättningar, åtgärder, ansvar och uppföljning
- samordnade behandlingar och/eller åtgärder
- vid behov revidering av målsättningar och åtgärder under behandling
- avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar.

Ge stöd till patienten med information och hänvisa 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).



## P. Biopsykosocial utredning, bedömning och dialog

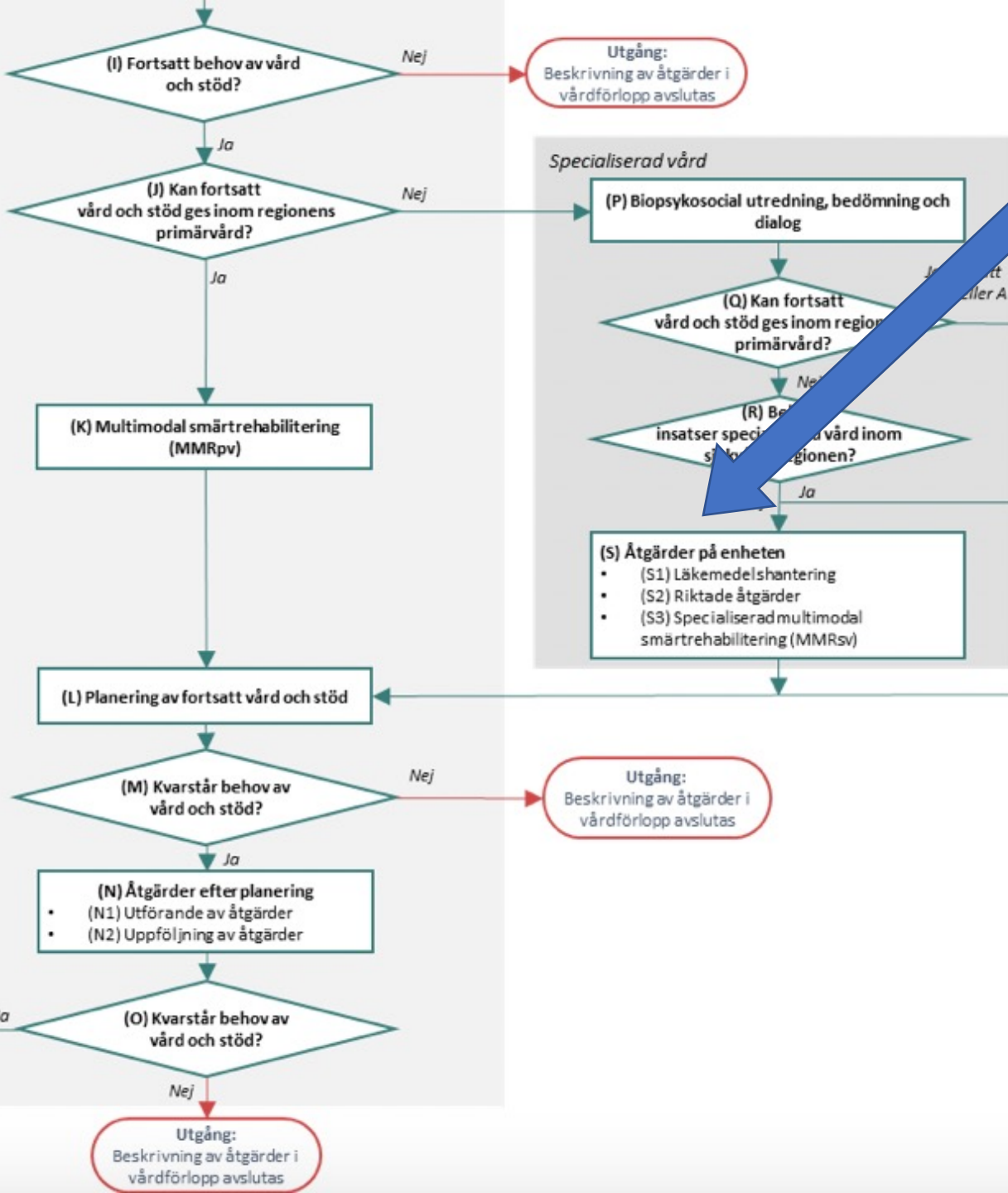
Genomför teamutredning som minst innehåller följande:

- inhämtning av information om tidigare bedömningar och behandlingar
- fördjupad smärtanalys
- genomgång av utförda medicinska åtgärder
- genomgång av medicinering
- utredning av fysisk funktion och förmåga
- utredning av aktivitetsförmåga inklusive dagliga aktiviteter, arbete eller studier
- smärtpsychologisk utredning
- utredning av sociala faktorer
- utredning av levnadsvanor
- bedömning av arbetsförmåga och eventuell sjukskrivning
- 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.



**S. Åtgärder på enheten**

**S1. Läkemedelshantering**

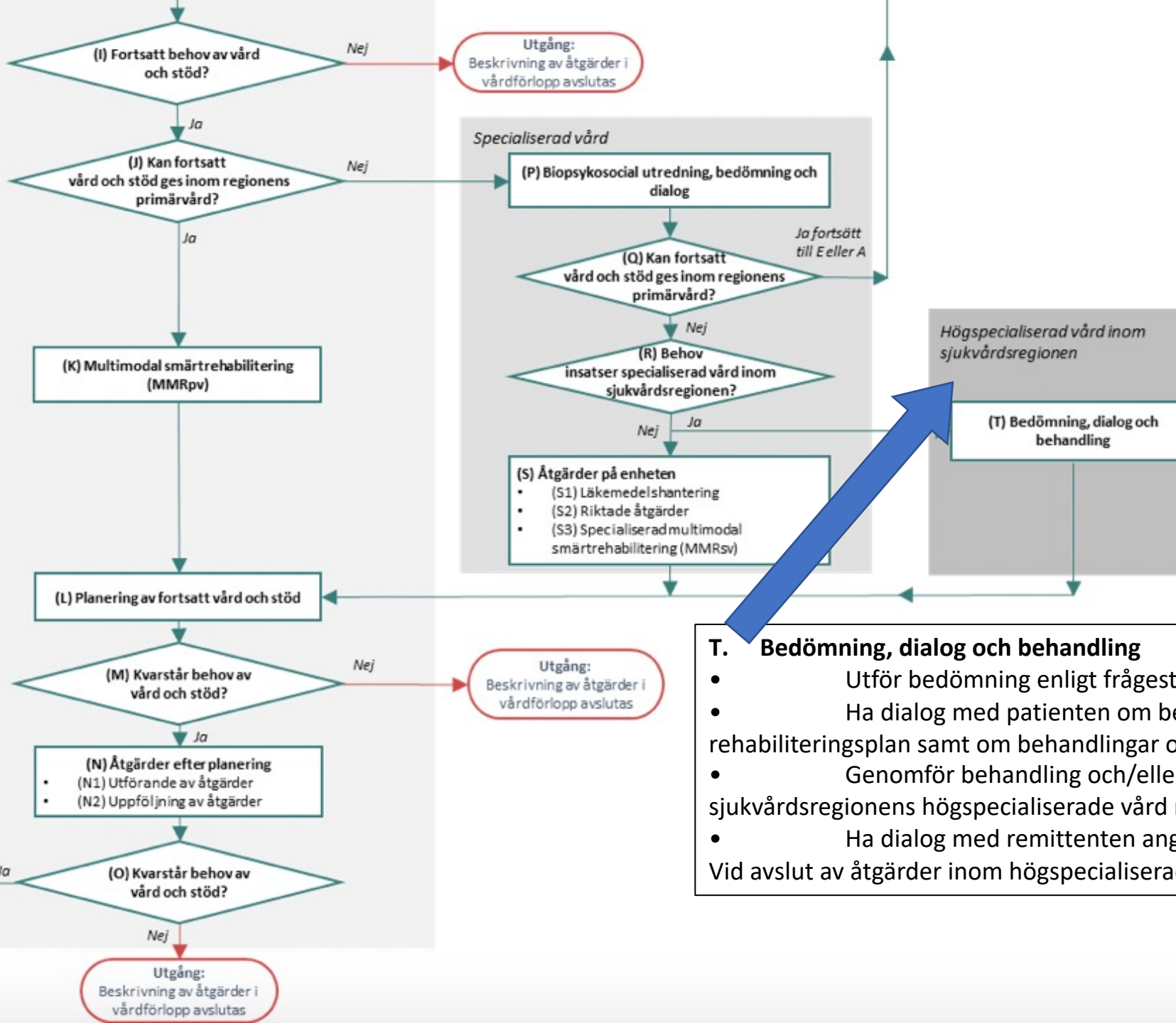
**S2. Riktade åtgärder**

- smärtlindring
- fysisk funktion och förmåga
- dagliga aktiviteter
- psykologiskt mående
- sociala faktorer.

**S3. Specialiserad multimodal smärtrehabilitering (MMRsv)**  
Genomför MMRsv, (för mer information se Appendix B).  
Åtgärderna inkluderar

- revidering av rehabiliteringsplan
- samordnade behandlingar och/eller åtgärder
- vid behov revidering av målsättningar och åtgärder under behandling
- avslutande konferens med patient och om möjligt närstående för utvärdering av målsättningar.

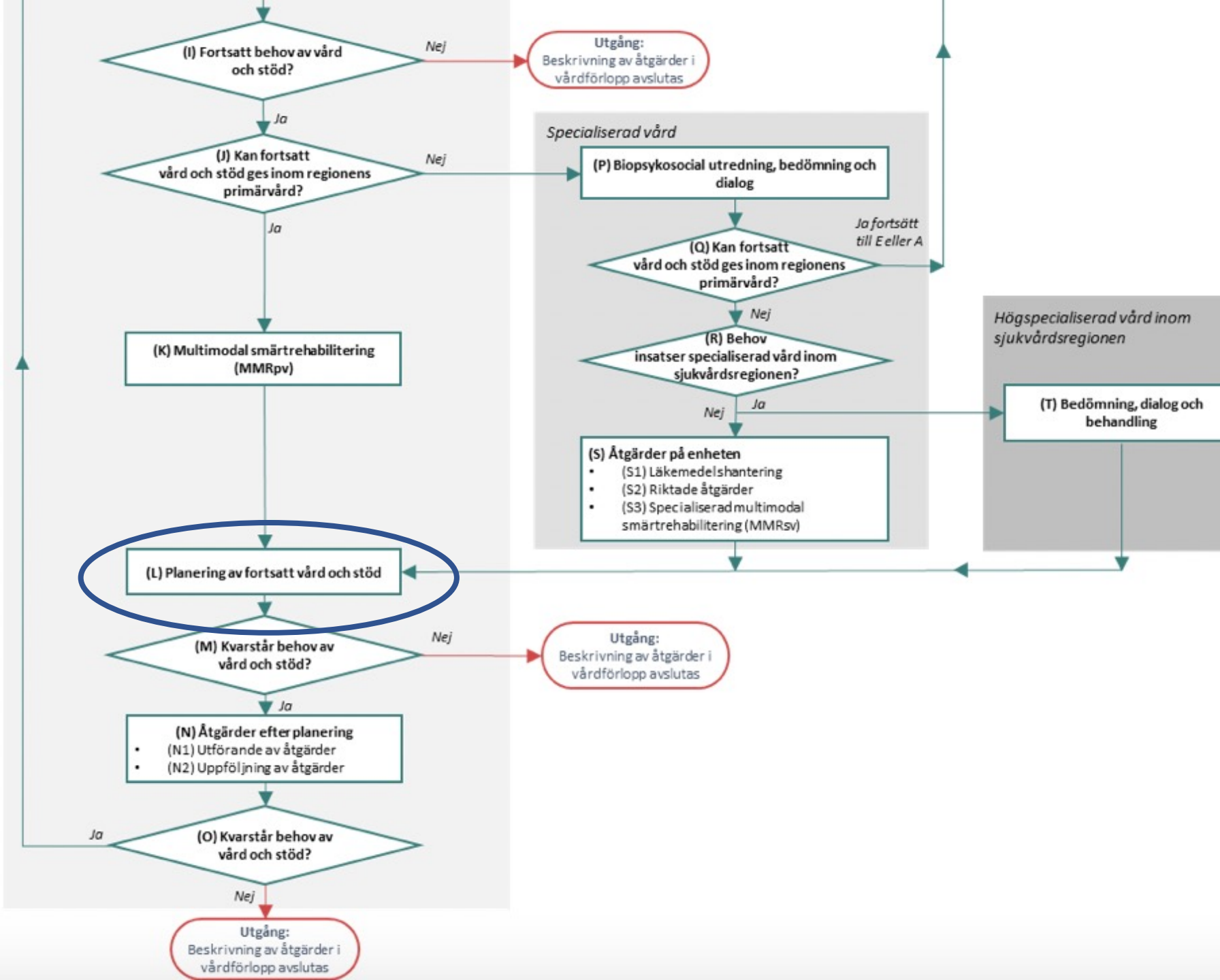
Ge stöd till patienten med information och hänvisa till kunskapskällor som är trovärdiga och evidensbaserade.  
Överväg att ansluta till och registrera patientdata i registret för multimodal smärtrehabilitering, Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS).  
Vid avslut av åtgärder inom specialiserad vård, fortsatt till (L) för avstämning med primärvården.



**T. Bedömning, dialog 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 inom sjukvårdsregionens högspecialiserade vård med information till remittent
- Ha dialog med remittenten angående ansvar för uppföljning.

Vid avslut av åtgärder inom högspecialiserad vård, fortsatt till (L).



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

- Vårdförloppet medför stora konsekvenser för primärvård och delvis för specialiserad vård
- Utvecklade arbetssätt, organisatoriska förändringar och kompetensutvecklingsinsatser krävs. Detta innebär ökande kostnader och att resurser behöver tillföras **på kort sikt**
- Vårdförloppet antas skapa förutsättningar för att icke-värdeskapande vårdåtgärder kan undvikas och optimerat val av vårdnivå
- **På längre sikt** (inom en femårsperiod) förväntas tidiga insatser och bättre struktur leda till mindre vårdsökande och minskade kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället. Detta tros innebära en kostnadsbesparing på lång sikt
- Remissvaren bekräftar behovet av utbildnings- och fortbildningsinsatser och att resurstillskott kommer krävas
- Remissvaren bekräftar att vårdförloppet kan utgöra ett viktigt verktyg för att utveckla en mer jämlik, stabil och evidensbaserad vård för vuxna med långvarig smärta.



## Nyttor för patienterna:

- kontinuitet för patientgruppen som oftast behöver flera åtgärder från olika behandlare och många gånger i samverkan med arbetsgivare och myndigheter
- förstärkta värdeskapande besök som hänger samman genom att minska onödiga återbesök samt öka samverkan mellan vårdnivåer och vårdpersonal
- ökad kunskap om långvarig smärta hos vårdpersonal och patienter, med syfte att förbättra kvalitet vid vårdmöten
- stöd till patienten utan att ta över dennes ansvar, genom att en rehabiliteringsplan skapas i dialog mellan vården och patienten och att patienten erbjuds både stöd och vägledning i kontakter, åtgärder och egenvård.