

Nationellt uppdrag: Smärta

PÅ UPPDRAG AV NATIONELL SAMVERKANSGRUPP FÖR KUNSKAPSSTYRNING (NSK)

2016

Förord

Smärta är den vanligaste orsaken till besök i primärvården. Långvarig smärta utgör tillsammans med psykisk ohälsa de vanligaste orsakerna till långtidssjuk-skrivning, och ofta finns samsjuklighet mellan diagnoserna. Långvarig smärta är ett påtagligt folkhälsoproblem i Sverige och globalt. Sammantaget medför smärta stort lidande för individen och höga kostnader för samhället.

Rapporten Nationellt uppdrag Smärta är en kartläggning över smärtvården i Sverige. Den visar på brister och omotiverade skillnader i vård och behandling av patienter med kronisk smärta. Rapporten har tagits fram av en expertgrupp på uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK) och utgör ett underlag för behovet av nationell samordning för området långvarig icke cancerrelaterade smärta hos vuxna. I uppdraget till expertgruppen ingick att kartlägga förutsättningar som finns i landstingen/regionerna för diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta.

Expertgruppen föreslår i rapporten en nationell samordning av smärtvården, för att ta fram nationella rekommendationer kring patienter med långvarig smärta. Det skulle öka möjligheterna till en mer jämlik och effektiv vård och att bästa tillgängliga kunskap används för bästa möjliga patientnytta.

Medverkande i expertgruppen var: Marcelo Rivano-Fischer (ordförande)Britt-Marie Stålnacke, Torsten Gordh, Gunilla Brodda Jansen, Bo Christer Bertilson, Magnus Peterson, Clas Mannheimer och Björn Gerdle

Stockholm i november 2016



Hans Karlsson

Avdelningen för Vård och Omsorg

Innehåll

Expertgrupp.....	4
Stöd från SKL.....	4
Referensgrupp.....	4
Sammanfattning	5
Rekommendationer och nationella förslag	7
Bakgrund:	9
Smärtvården i Sverige.....	9
Kartläggning av vården vid långvariga smärtor	12
Sammanfattning av svar från Primärvården:	12
Sammanfattning av svar från Specialistvården:.....	13
Sammanfattning av svar på ledningsnivå hos landstingen/regionerna.....	13
Sammanfattning av svar från patientorganisationer	14
Diskussion: Utmaningar och möjligheter	15
Projekt och eldsjälar vs. kontinuitet och kritisk massa	15
Behov av särskilt fokus på vissa patientgrupper	15
Behov av samarbete kring risk för beroende av smärtläkemedel	16
Dags för förändring?.....	16
Bilagor	17
Bilaga 1 Tabeller	17
Bilaga 2 Kartläggning av vården vid långvariga smärtor.....	20
Bilaga 3. Smärtepidemiologi	26
Bilaga 4. Om smärta.....	30
Bilaga 5. Behov av särskilt fokus på vissa patientgrupper	34
Bilaga 6. Goda exempel på strukturer inom Primärvård	36
Bilaga 7. Exempel på uppdrag till Kunskapscentrum.....	37

Expertgrupp

Marcelo Rivano-Fischer (ordförande)

Britt-Marie Stålnacke

Torsten Gordh

Gunilla Brodda Jansen

Bo Christer Bertilson

Magnus Peterson

Clas Mannheimer

Björn Gerdle

Stöd från SKL

Charlotta Borelius

Anna Gunterberg

Referensgrupp

Carlsson, Anne, ordförande, Reumatikerförbundet

Hemmingsson, Helena, arbetsterapeut och professor, Linköpings universitet

Karlsson, Bo, läkare, Gimo Vårdcentral

Karlsson, Mats, läkare, Smärtkliniken S:t Olof

Linton, Steven, professor i psykologi, Örebro Universitet

Niper, Åsa, projektledare för smärtupdrag, Karolinska Institutet

Rolfson, Ola, ortoped och forskare, Sahlgrenska Akademin

Simonsberg, Christian, smärtläkare, Rehabiliteringsklinik SÄS, Smärtcentrum Östra sjukhuset

Stankovic, Nenad, läkare, Smärtcentrum, Frölunda sjukhus

Svensk förening för allmänmedicin, Hanna Åsberg, ordförande

Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi, Lotti Helström, ordförande

Svensk Kirurgisk Förening, Claes Jönsson, ordförande och kirurg

Svensk Ortopedisk förening, Li Felländer-Tsai, ordförande och professor

Svenska Psykiatriska Föreningen, Hans-Peter Mofors, ordförande

Svenska Smärtläkarföreningen, Märta Segerdahl, ordförande och docent

Swedish Pain Society, Malin Ernberg, ordförande och professor

Åhrén, Gunilla, ombudsman, Personskadeförbundet RTP

Åsenlöf, Pernilla, sjukgymnast och professor, Uppsala universitet

Äng, Björn, sjukgymnast, docent, Centrum för klinisk forskning Dalarna, KI

Sammanfattning

Föreliggande rapport ”Nationellt uppdrag smärta” är framtagen av en särskilt tillsatt expertgrupp på uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK). Rapporten utgör ett beredande underlag för ställningstagande till behovet av nationell samordning och beslut om eventuellt formerande av ett nationellt programråd för långvarig smärta.

Kartläggningen visar på brister och omotiverade skillnader i vård och behandling av patientgruppen. Nationell samordning i form av ett nationellt programråd kan ge nationella rekommendationer för organisation och vårdnivåer kring hantering och behandling av patienter med långvarig smärta, vilket ökar möjligheterna till en mer jämlik och effektiv vård och att bästa tillgängliga kunskap används för bästa möjliga patientnytta.

Förutom kartläggning av landstingens/regionernas förutsättningar för diagnostik, behandling och rehabilitering lämnar expertgruppen förslag och rekommendationer för smärtvårdens organisation, struktur och mål utifrån kartläggningens resultat.

Uppdragets avgränsning

- Kartlägga landstingens/regionernas sätt att organisatoriskt och resursmässigt diagnosticera, behandla och rehabilitera patienter med smärtor.
- Undersöka följsamheten till den modell för smärtvårdens organisation som Socialstyrelsen presenterade 1994.
- Beskriva hur landstingen/regionerna centralt, på olika vårdnivåer och i inom sjukhusvårdens öppen- och slutenvård, sätter mål för och följer upp resultaten för vården av patienter med smärtor.
- Undersöka i vilken omfattning fortbildning på olika vårdnivåer inom landstingen och regionerna bedrivs.
- Kartlägga vilka kunskapsstöd (inklusive lokala och nationella register) som används och om behov finns av nya sådana.
- Kartlägga patientorganisationernas erfarenheter och uppfattningar om den idag erbjudna vården samt önskvärd utveckling på kort och lång sikt.
- Att ge en bred och djup genomlysning av smärtvårdens utmaningar idag och framtida möjligheter till förbättring.

Kartläggningen visar att

- Primärvården saknar alltför ofta kompetens och struktur för handläggning av patienter med långvarig smärta.
- Handläggningen är ostrukturerad inom såväl primär- som specialistvård.
- Handläggning inom den specialiserade vården är ojämlig och brister i organisation och implementering av behandling efter bästa kunskapsläge.
- Långsiktighet, stabilitet och organiserat samarbete mellan vårdnivåer saknas.
- Många landsting saknar multidisciplinära smärt-mottagningar, multidisciplinära smärtcentra samt kunskapscentra.
- Det saknas läkare, sjukgymnaster/fysioterapeuter, sjuksköterskor samt utbildningsläkare (ST) med området smärtlindring som inriktning.

- Det saknas heltäckande kvalitetsregister vilket försvårar ett systematiskt förbättringsarbete till exempel vad gäller omhändertagande och sammanställning av resultat.
- Det finns mycket att utveckla för att leva upp till rekommendationerna i SoS 1994:4.
- Patientorganisationer anser att vården är ojämlig, med brister i bemötande, tillgänglighet och kompetens hos professionen både i primärvård och i specialistvård.

Expertgruppen anser att det finns behov av och fördelar med ett nationellt programråd för långvarig smärta. Det finns uppenbara brister i samordning av smärtvården, särskilt utifrån ett primärvårdsperspektiv, där de flesta patienter med långvarig smärta omhändertas. Vid etableringen av ett nationellt programråd utgår huvudmännen från stora behov i befolkningen, folksjukdomar, stora samhällskostnader, skillnader i vård- och omsorgspraxis samt behov av kvalitetsförbättring. Samtliga dessa punkter stämmer väl in på smärtvården.

Vid formerande av ett nationellt programråd för smärta menar expertgruppen att det är viktigt med ett tydligt uppdrag. Uppdraget bör utöver patientgrupper med långvariga smärtor även innefatta att kartlägga och analysera handläggningen av stora specifika grupper av patienter, till exempel inom områdena akut-, postoperativ- och cancersmärta samt smärta hos barn.

Expertgruppen lämnar, som vägledning till ett eventuellt kommande programråd, ett antal rekommendationer och nationella förlag.

Rekommendationer och nationella förslag

- Ett nationellt vårdprogram för långvarig smärta utarbetas och anpassas regionalt tillsammans med en implementeringsstrategi. Sådan finns idag för andra folksjukdomar såsom diabetes och KOL (Bilaga 6).
- Ett specificerat smärtuppdrag för primärvård och specialistvård skapas. Där ska tydligt framgå ansvar för diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta.
- Ett kompetenshöjningsprogram för smärtvård bör erbjudas all personal inom såväl primär- som specialistvård. Detta kan samordnas nationellt och anpassas regionalt och lokalt.
- Skapa regionala kunskapscentra för inhämtning och spridning av kunskap samt utbildning, uppdatering av vårdprogram/kunskapsstöd, kvalitetssäkring av behandlingsmetoder, innovationer. Stimulera forskning och forskningssamarbete enligt intentioner i nya ALF avtalet samt forskningsmedel för långvarig smärta inom lämpligt forskningsråd
- Befintliga kvalitetsregister inom smärtområdet bör fortsatt utvecklas och inkludera patienter inom alla nivåer från diagnostik till behandling/rehabilitering.
- Anpassa kvalitetsregistret som utvärderar multimodal rehabilitering så att man kan bedöma och följa upp andra behandlingar samt upprätta ett register för patienter som genomgår ryggmärgsstimulering (SCS).
- Handläggning av patienter med långvarig smärta bör nivåstruktureras enligt följande:

- Nivå 1: Primärvården (PV), där de flesta patienter finns, bör utveckla organisation, kunskap och utbildning för att möta dessa patienter. På varje primärvårdsenhet bör finnas en resursperson med uppdrag att identifiera personer med långvarig smärta och koordinera rehabilitering inom vårdens alla nivåer och med externa aktörer som Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen/ arbetsgivaren.
- Nivå 2: Multiprofessionella team bör finnas inom PV för att arbeta med patienter som kräver samordnade insatser. Verksamheten centraliseras till ett mindre antal enheter.
- Nivå 3: Multidisciplinära smärtenheter/smärtmottagningar bör finnas inom specialistvården för patienter som inte kan hanteras på PV-nivån.
- Nivå 4: Multidisciplinära smärtcentra¹ samt Kunskapscentra (Bilaga 7) bör finnas inom varje sjukvårdsregion för komplexa patienter och inkludera tillgång till vårdavdelningsplatser. Dessa centra ska samarbeta och även syssla med utbildnings- och forskningsuppdrag. För övriga vårdnivåer ska de utgöra ett lätt tillgängligt och uppdaterat kunskapsstöd.

¹ En multidisciplinär smärtmottagning ska ha bemanning av läkare från minst två olika specialiteter, tillgång till psykiatriker, och dessutom fast besättning av sjuksköterskor, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och sekreterare, som alla arbetar multidisciplinärt kring patienten.

¹ Ett multidisciplinärt smärtcentrum ska ha bemanning av läkare från minst tre olika specialiteter, tillgång till psykiatriker, och dessutom fast besättning av sjuksköterskor, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och sekreterare, som alla arbetar multidisciplinärt kring patienten. Det skall också finnas forskning och strukturerad undervisning, samt tillgång till vårdplatser för utredning och behandling av smärtpatienter. Integration/nära samarbete mellan de enheter som arbetar med akut smärta och långvarig smärta ska eftersträvas

En ändamålsenlig och effektiv smärtvård och rehabilitering kräver stabila strukturer och långsiktig finansiering. Idag är smärtvården alltför beroende av personligt engagemang från enstaka djupt engagerade individer inom olika delar av vården samt av projektmedel som ger en ryckig och osäker finansiering. Sammantaget räcker inte detta för att ge kontinuitet eller för att kunna bedriva ett systematiskt arbete med att höja kvaliteten i vården.

Ett nationellt råd för smärtvård anses ha goda möjligheter att skapa förutsättningar för en nationell samordning av smärtvården. Detta skulle särskilt vara viktigt för primärvården, där de flesta patienter med långvarig smärta omhändertas. Nationella riktlinjer är önskvärt för att kunna erbjuda patienterna en jämlik och kunskapsbaserad smärtvård.

Bakgrund:

Smärtvården i Sverige

Långvarig smärta (kronisk smärta, smärta som kvarstår längre än tre-sex månader) är inte ett, utan flera, tillstånd. Benämningen långvarig smärta är väl förankrad och används därför i denna rapport, men det är viktigt att betona att den innefattar olika typer av långvariga smärtor.

Smärta är den vanligaste orsaken till besök i primärvården². Långvarig smärta utgör tillsammans med psykisk ohälsa de vanligaste orsakerna till långtidssjukskrivning, och ofta finns samsjuklighet mellan diagnoserna³. Långvarig smärta är ett påtagligt folkhälsoproblem i Sverige och globalt. Sammantaget medför smärta stort lidande för individen och höga kostnader för samhället. Vikten av tidig diagnostik och probleminventering av patienter med långvarig smärta kan inte överskattas, liksom identifiering av eventuell samsjuklighet i form av till exempel psykisk ohälsa.

I Sverige är cirka 50 % av befolkningen drabbad i någon grad. Cirka 12,5 % av befolkning upplever en påtaglig sänkning av livskvalitet och ett behov av sjukvårdens insatser, och ungefär 7 % är vårdsökande (Bilaga 3). Ofta är smärtans orsak okänd, och måste uppfattas som ett sjukdomstillstånd i sig och inte endast som ett symptom på bakomliggande sjukdom (Bilaga 4). Långvarig smärta medför mycket låg livskvalitet för individen, högre separationsfrekvens och mortalitet samt leder till höga kostnader för samhället, cirka 90 miljarder SEK/år, enligt en beräkning från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) år 2006. Smärtdiagnoser utgör den näst vanligaste orsaken till långtidssjukskrivning (cirka 30 %), endast psykisk ohälsa är en vanligare orsak. Ofta en samsjuklighet mellan långvarig smärta och psykisk ohälsa.

Beslutsstöd för sjukskrivning vid långvarig smärta finns och bör följas, men enligt såväl patientorganisationerna som pressade vårdgivare på alla nivåer återstår mycket arbete för att hantera långvarig smärta på ett adekvat sätt, och inte ”lösa” problemet med sjukskrivning.

Det har länge påtalats att patienter med långvarig smärta behandlas olika beroende bland annat på var i landet man bor, vilket också denna rapport tydligt visar (Bilaga 1: Tabellerna 2-3 visar skillnader avseende tillgång till specialist, Tabellerna 4-5 för andra skillnader som kan påverka förutsättningarna för behandling/rehabilitering).

2 Hasselström J, Liu-Palmgren J & Rasjö-Wrååk G (2002) Prevalence of pain in general practice. *European Journal of Pain*; 6:375-385

3 SBU-rapport 2006. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 177/1+2. ISBN 91-85413-08-9.

På uppdrag av Socialstyrelsen (SoS) arbetade en grupp experter i början av 90-talet fram rekommendationer för behandling av långvarig smärta (SoS 1994:4). Sammanfattningsvis pekade rekommendationerna på organisatoriska principer, nödvändiga resurser samt på behandlingar som vid den tidpunkten vilade på evidens.

I slutet av 90-talet växte ett nationellt register för smärtrehabilitering fram på initiativ av professionen med ambitionen att kunna analysera effekten av smärtrehabilitering. Registret har med stöd av SKL utvecklats till ett nationellt kvalitetsregister som nu inkluderar landets specialisterheter samt multimodal rehabilitering inom primärvården.

Under 2000-talet utgavs två SBU-rapporter om evidensläget för behandling av långvarig smärta som i stort bekräftade SoS 1994:4:s slutsatser vad gällde lämpliga metoder samt pekade på bristande evidens för en del av de metoder som användes. En metod som lyftes fram som en framgångsfaktor var multimodal rehabilitering. Under 2010-talet började två föreningar, Swedish Pain Society och Svenskt Smärtläkarförening, på eget initiativ formulera en nationell plan för smärtvård, som i det första skedet hade fokus på långvarig smärta.

De flesta patienter med långvarig smärta handläggs inom primärvården. Primärvården präglas av ett läkarcentrerat arbetssätt och bygger idag i stor utsträckning på enskilda speciellt intresserade läkare. Ersättningsmodellen med listning gör att den smärtintresserade läkaren överbelastas genom att hans lista fylls med tids- och resurskrävande patienter, istället för att dessa fördelas bland vårdcentralens samtliga läkare. Andra kompetenser inom primärvården utnyttjas sällan i ett tidigt skede.

Handläggningen är ofta krävande och komplicerad, vilket gör att många läkare räds denna patientkategori. Oavsett yrkeskategori (läkare, sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut, psykolog med mera) och när insatsen kommer präglas patientarbetet av tidsbrist och bristfällig organisation för att identifiera och rehabilitera individer, 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.

Forskning visar att behandling av långvarig smärta med fördel behandlas med multiprofessionella insatser av sjukgymnast/ fysioterapeut och psykolog som komplement till läkare och sjuksköterska. Under perioden 2008-2015 stimulerade staten under en begränsad period förbättringsåtgärder inom området, via den så kallade Rehabiliteringsgarantin. De tillskjutna medlen gick bland annat till att bilda multiprofessionella smärtteam i primärvården⁴. Nu går teamen en oviss framtid till mötes inom primärvårdens snäva ekonomiska ramar när garantin inte längre får statlig finansiering.

Avsaknaden av nationella kvalitetsregister för patienter med smärtproblematik innebär stora svårigheter att följa upp vilka insatser som har bäst effekt på sikt. Kvalitetsregister behövs för att kunna följa upp arbetet på individ-, enhets- och nationell nivå.

I Nationella Registret över Smärtrehabilitering (NRS) kan man få ut individuella svarsprofiler som kan användas som komplement till anamnes och klinisk undersökning av den enskilda patienten. När patienten genomgår behandling eller rehabilitering kan resultaten följas upp både direkt efter den genomförda

⁴ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2015

behandlingen/ rehabiliteringen och vid olika uppföljningstillfällen på individnivå.

Olika metoder för att i randomiserad form nyttja kvalitetsregister i forskningen har också utvecklats. Nationella kvalitetsregister möjliggör insamlingar av mycket stora material, som en enskild enhet inte kan åstadkomma. Kunskapen kan sedan återföras till de olika enheterna, med snabbare implementering av det som visat sig vara framgångsfaktorer.

Kartläggning av vården vid långvariga smärtor

I uppdraget till expertgruppen ingick att kartlägga förutsättningar som finns i landstingen/regionerna för diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta. Gruppen utarbetade därför en kortfattad kartläggningsenkät där information om bland annat organisation, behandlingar, beslutsstöd, utbildning och forskning efterfrågades. Frågorna valdes ut ur ett stort antal frågor som gruppen sammanställde med hjälp av synpunkter från ett dialogmöte där professionen, patientorganisationer och andra intressenter deltog.

Den samlade kunskapen i expertgruppen användes också för att fördjupa beskrivningen från de olika sjukvårdsregionerna. Expertgruppen skickade också ett antal frågor till fem patientorganisationer (Reumatikerförbundet, Personskadeförbundet RTP, Fibromyalgiförbundet, Svenskt Migränförbundet och Nackskadeförbundet) vilka bedömdes kunna ge en bild av patienternas perspektiv på vården.

Fem frågor skickades till ledningen för landstingen/regionerna. Nio frågor skickades till primärvården inom varje landsting eller region. Tio frågor delades ut till representanter för specialistvård inom varje landsting eller region med hjälp av expertgruppens medlemmar. Utförliga svar finns i Bilaga 2.

Tabell 1 visar att av 21 landsting/regioner svarade 17 på ledningsnivå på landsting/region, 18 på primärvårdsnivå och 20 på specialistvårdsnivå (Bilaga 1: Tabell 1). Det skickades fem frågor till fem patientorganisationer och samtliga svarade.

Med så pass god svarsfrekvens anser expertgruppen att svaren återspeglar de rådande uppfattningar som finns i landet avseende vård vid långvarig smärta. Om en primärvårdsrepresentant för landsting eller region inte kunde identifieras eller kontaktas (vilket skedde i 12 av 18 landsting/regioner) skickades enkäten till en stor del av primärvårdsenheterna i det specifika landstinget eller regionen. Svaren från dessa enheter sammanställdes senare av primärvårdsrepresentanterna i expertgruppen.

Sammanfattning av svar från Primärvården:

- Fungerande vårdprogram för långvarig smärta inom primärvården saknas i de flesta fall, och där de finns är följsamheten till dem osäker eller dålig.
- Handläggning av patienter med långvarig smärta är ostrukturerad och i viss utsträckning beroende av enstaka spridda ”eldsjälar”.
- Långsiktighet och stabilitet i team- och struktursamarbete med specialistvård saknas.

- Nationellt Kvalitetsregister med patientuppgifter och utfallsmått av vården saknas, vilket försvårar forskning/metodutveckling för smärtvårdens utveckling.
- Kunskapsstöd inom ämnet saknas ofta.

Sammanfattning av svar från Specialistvården:

- Det saknas skriftliga uppdrag rörande smärta både organisatoriskt och i patientvård. Till exempel saknas det uppdrag avseende smärtbehandling och multidisciplinära smärtcentra. Expertgruppen anser att detta är en allvarlig brist som är ett av nyckelproblem i smärtvården.
- Antalet patienter som får smärtrehabilitering på specialistnivå har ökat i drygt hälften av landstingen till följd av rehabiliteringsgarantin. Men nu verkar en reduktion i antalet team ske, på grund av att rehabiliteringsgarantin upphör. Detta kommer att leda till att färre patienter kommer att erhålla rehabilitering.
- Det saknas specialistläkare i smärtlindring i de flesta landsting/regioner. Särskilt oroande är avsaknaden av ST-block inom specialiteten som kan ha avgörande betydelse för smärtvården i framtiden.
- Det saknas ett strukturerat omhändertagande för patienter med långvarig smärta som också har ett läkemedelsberoende i majoritet av landstingen/regionerna.
- Kunskapsstödet är bristfälligt och fragmentariskt i de flesta landsting/regioner. En stor brist är frånvaron av ett gemensamt, uppdaterat och lätt tillgängligt kunskapsstöd som kan användas i den kliniska vardagen utan onödig tidspillan.
- Den kliniska smärtforskningen är i behov av förstärkning.
- Evidensbaserade metoder för smärtlindring såsom ryggmärgsstimulering är inte tillgängliga i alla landsting/regioner.

Sammanfattning av svar på ledningsnivå hos landstingen/regionerna

- Övergripande vårdprogram för långvarig smärta saknas i drygt hälften av landets landsting/regioner. Majoriteten av Sveriges befolkning är bosatt i dessa landsting/regioner.
- Vårdprogram för specifika långvariga smärttillstånd finns i en tredjedel av landstingen/regionerna.
- Specificerade smärtbehandlingsuppdrag saknas i två tredjedelar av landstingen/regionerna i de uppdrag som finns till sjukhus, divisioner och/eller kliniker.
- Landstingsfinansierad utbildning vad gäller långvarig smärta är fragmentarisk.

Sammanfattning av svar från patientorganisationer

Patientorganisationernas svar pekade tydligt på att man inte uppfattar smärtvården som jämlik. Man lyfte fram att det viktigaste var bemötandet, kunskapen och behandlingen. Både tillgänglighet och bemötande skattades som dåligt/mycket dåligt.

- Kunskap, bemötande, tillgänglighet och behandling visar stora brister.
- Fel behandling och sjukskrivning istället för rehabilitering och behandling är vanlig.
- Bristande utbildning/fortbildning för vårdpersonal.
- Ekonomiska styrinstrument som prioriterar korta och många besök, något som slår fel på komplexa och långvariga besvär såsom långvariga smärtor.
- Avsaknad av helhetsperspektiv och av intresse i vården.
- Inget intresse av att samarbeta med patientorganisationerna.

Diskussion: Utmaningar och möjligheter

Under kartlägningsarbetet har expertgruppen gjorts uppmärksam på och identifierat ett flertal områden som upplevs som problematiska idag, och som är stora utmaningar för smärtvården – men därmed också stora möjligheter till förbättringsarbete.

Projekt och eldsjälar vs. kontinuitet och kritisk massa

Något som ofta nämns som ett problem är den ryckighet som finansiering i projektform för med sig. Även om det stundtals satsas relativt mycket pengar, finns inga strukturer för att inkorporera de förbättringar som görs i det dagliga arbetet.

Västra Götalands Regionen nämns, där pengar utlystes för att stärka smärtvården. Men eftersom det var projektfinansiering och inte bestående medel sökte ingen, och beslutfattarna drog slutsatsen att det inte fanns extra behov vad gäller smärta.

I Stockholm har smärtorganisationens utformning till stor del berott på lokal kultur, små enskilda avtal eller etableringar. En specialistsakkunnig grupp inom smärta genomförde 2011 en analys för att beskriva smärtvården i Stockholm och föreslog organisatoriska förbättringar. Denna analys ledde dock inte till några förändringar.

Något som redan berörts är den så kallade rehabiliteringsgarantin. Den har vanligtvis felaktigt uppfattats som projektmedel för tillfällig verksamhet. Intentionen med garantin var att stimulera och varaktigt implementera evidensbaserade rehabiliteringsmetoder i landet vid långvariga smärtor. Ett mycket bekymmersamt läge har uppstått vid avvecklingen av rehabiliteringsgarantin där vissa enheter upphört eller minskat sin tillgänglighet för patienter med långvarig smärta.

I vissa regioner vilar ansvaret för hela smärtvården på en eller två nyckelpersoner och/eller på tillfälliga projektmedel. Detta bidrar till ojämlik vård, bristande långsiktighet och i värsta fall till att vård upphör om personal flyttar, går i pension eller om det sätts ett slutdatum på ett projekt. Det behövs en kritisk massa av personal för att rekommendationer ska ha effekt. Genom att implementera internationella rekommendationer vad gäller organisation av mottagningar och centra erhålls en sådan kritisk massa.

Behov av särskilt fokus på vissa patientgrupper

Kartläggningen i denna rapport inriktar sig på patienter som lider av långvariga ospecifika smärtor, där en eventuell bakomliggande sjukdom inte kan behandlas

så att smärtorna går över. Det finns också många grupper av patienter som lider av smärta på grund av olika sjukdomar, där smärtans orsak således är känd.

När det gäller principer för utredning och behandling gäller dels att ”alla patientgrupper är speciella”, var och en på sitt sätt. Men det finns också ett antal gemensamma aspekter för utredning och behandling, oavsett smärtornas ursprungliga orsak. Expertgruppens bedömning är att alla de patientgrupper som lider av långvarig smärta av olika orsaker, kommer att få ett förbättrat omhändertagande, om smärtvårdens organisation och struktur skulle förbättras i enlighet med denna utrednings förslag. Ett utvecklat samarbete mellan smärt-specialister och engagemang från de läkare som behandlar patienternas grundsjukdomar utgör nyckelfaktorer för förbättrad smärtbehandling i dessa situationer.

Tillsammans utgör dessa grupper cirka 40 % av befolkningen, vilket gör att långvarig smärta måste betecknas som ett folkhälsoproblem.

Det finns dessutom andra grupper av smärtpatienter, som av medicinska, sociala eller demografiska orsaker behöver en särskild organisation för att kunna erbjudas optimal hjälp, till exempel äldre med långvarig smärta, barn med långvarig smärta, patienter med smärta och svår psykiatrisk samsjuklighet, patienter med bristande/obefintliga kunskaper i svenska språket och patienter med svår huvudvärk (Bilaga 4).

Behov av samarbete kring risk för beroende av smärtläkemedel

Beroendeproblematik associerad med smärtläkemedel är ett område där samarbetet inom specialistvården måste stärkas. Idag vill å ena sidan många enheter som arbetar med läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LARO) inte ta emot patienter med smärtproblematik. Å andra sidan känner många smärtpatienter med problematisk opioidanvändning sig främmande för att hänvisas till behandlingsinstanser utformade för ”missbrukarklientelet”. Detta innebär att smärtpatienter med läkemedelsberoende hamnar mellan stolarna.

Dags för förändring?

De förslag som presenteras i denna rapport stämmer med de rekommendationer som en annan svensk expertgrupp presenterade redan 1994, samt med rekommendationer som i Norges Helsedirektorat antagit i år. Dessa rekommendationer baseras på internationella riktlinjer som IASP lagt fram. Sverige uppfattades på 1990-talet som föregångsland med ett tidigt arbete med riktlinjer för smärtvården, men denna positiva bild har tyvärr ändrats till det sämre.

De förslag som presenteras i rapporten bör, när/om de implementeras, följas upp för att undersöka om avsedd effekt uppnåtts, inte minst genom upprepad patientutvärdering.

Bilagor

Bilaga 1 Tabeller

Tabell 1 Landsting/regioner som svarat på enkätundersökningen och på vilka nivåer de svarat.

Ledning i landsting/ region (n=16)	Primärvården (n=18)	Specialistvården (n=19)
Dalarna	Blekinge sammanställd	Blekinge
Halland	Dalarna sammanställd	Dalarna
Jämtland	Gävleborg sammanställd	Gotland
Kalmar	Jönköping sammanställd	Halland
Kronoberg	Jämtland	Jämtland
Norrbottn	Kalmar	Jönköping
Skåne	Kronoberg sammanställd	Kalmar
Stockholm	Norrbottn sammanställd	Kronoberg
Södermanland	Skåne	Norrbottn
Uppsala	Stockholm sammanställd	Skåne
Värmland	Sörmland sammanställd	Stockholm
Västerbotten	Uppsala	Sörmland
Västernorrland	Värmland sammanställd	Uppsala
Västmanland	Västerbotten sammanställd	Värmland
Västra Götaland	Västernorrland sammanställd	Västerbotten
Östergötland	Västmanland sammanställd	Västernorrland
	Västra Götaland	Västmanland
	Östergötland	Västra Götaland
		Örebro

Tabell 2 Prevalens av långvarig smärta, hanteringsvärighet, vårdsökande samt tillgång till specialister per landsting/region.

Landsting/ Region	Folkmängd (2015)	Prevalens långvarig smärta 50 % (SBU)	Svårt att hantera smärta, 12,5% (SBU)	Söker smärthjälp, 7 % (SBU, SoS)	Andel smärt-specialister inom sjukvården per 100000 invånare (2013)
Västerbotten	263378	131689	32922	18436	1,9
Norrbottn	249733	124867	31217	17481	1,6
Västernorrland	243897	121949	30487	17073	1,6
Jämtland	127376	63688	15922	8916	0,0
Uppsala	354164	177082	44271	24791	4,5
Örebro	291012	145506	36377	20371	1,7
Sörmland	283712	141856	35464	19860	1,1
Gävleborg	281815	140908	35227	19727	0,4
Dalarna	281028	140514	35129	19672	2,1
Värmland	275904	137952	34488	19313	2,5
Västmanland	264276	132138	33035	18499	1,1
Stockholm	2231439	1115720	278930	156201	4,3
Gotland	57391	28696	7174	4017	1,7
Östergötland	445661	222831	55708	31196	2,5
Jönköping	347837	173919	43480	24349	2,3
Kalmar	237679	118840	29710	16638	1,3
Västra Götaland	1648682	824341	206085	115408	1,8
Skåne	1303627	651814	162953	91254	2,6
Halland	314784	157392	39348	22035	0,6
Kronoberg	191369	95685	23921	13396	0,5
Blekinge	156253	78127	19532	10938	1,9

Tabell 3 Prevalens av långvarig smärta, hanteringsvärighet, vårdsökande samt tillgång till specialister per sjukvårdsregion.

Sjukvårdsregion	Folkmängd 2015	Prevalens långvarig smärta 50% (SBU)	Svårt att hantera smärta, 12,5% (SBU)	Söker smärthjälp, 7% (SBU SoS)	Andel smärt-specialister inom sjukvården per 100000 invånare (2013)
Norra	884384	442192	110548	61907	1,1
Mitt	2031911	1015956	253989	142234	1,7
Stockholm/ Gotland	2288830	1144415	286104	160218	2,6
Östra	1031177	515589	128897	72182	0,9
Västra	1648682	824341	206085	115408	1,4
Södra	1966033	983017	245754	137622	1,3

Tabell 4 Andel öppet arbetslösa, totalt och per kön samt andel utrikesfödda per landsting/region.

Landsting/Region	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Totalt	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Kvinnor	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Män	2015 Utrikesfödda (%)
Västerbotten	5,5	4,6	6,3	9
Norrbotten	5,9	5,3	6,5	10
Västernorrland	7,5	6,4	8,5	10
Jämtland	6,2	5,1	7,2	9
Uppsala	4,2	3,7	4,6	15
Örebro	6,5	5,6	7,4	15
Sörmland	8,5	7,7	9,3	18
Gävleborg	9,3	8,3	10,1	12
Dalarna	5,7	4,7	6,6	11
Värmland	6,6	5,7	7,4	12
Västmanland	7,4	6,7	8,0	19
Stockholm	5,0	4,9	5,0	23
Gotland	6,2	5,7	6,6	6
Östergötland	7,0	6,3	7,6	14
Jönköping	5,4	5,1	5,8	15
Kalmar	6,1	5,4	6,8	12
Västra Götaland	5,6	5,0	6,2	17
Skåne	7,6	6,8	8,3	20
Halland	5,1	4,6	5,5	12
Kronoberg	6,8	6,2	7,3	17
Blekinge	8,6	7,6	9,6	13
Riket	6,1	5,6	6,7	17

Tabell 5 Andel öppet arbetslösa, totalt och per kön samt andel utrikesfödda per sjukvårdsregion.

Sjukvårdsregion	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Totalt	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Kvinnor	2015 Öppet arbetslösa och sökande i program med aktivitetsstöd (%) Män	2015 Utrikesfödda (%)
Norra	6,3	5,3	7,1	10
Mitt	6,9	6,1	7,6	14
Stockholm/Gotland	5,6	5,3	5,8	23
Östra	6,2	5,6	6,7	14
Västra	5,6	5,0	6,2	17
Södra	7,0	6,3	7,7	18
Riket	6,1	5,6	6,7	17

Bilaga 2 Kartläggning av vården vid långvariga smärtor

I uppdraget till expertgruppen ingick att kartlägga de förutsättningar som finns i landstingen/regionerna för diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med långvarig smärta. Gruppen utarbetade därför en kortfattad enkät där information efterfrågades om bland annat organisation, behandlingar, beslutsstöd, utbildning och forskning. Frågorna valdes ut ur ett stort antal frågor som gruppen sammanställde med hjälp av synpunkter från ett dialogmöte där professionen, patientorganisationer och andra intressenter deltog. Den samlade kunskapen i expertgruppen användes också för att fördjupa beskrivningen från de olika sjukvårdsregionerna

Expertgruppen skickade också ett antal frågor till fem patientorganisationer (Reumatikerförbundet, Personskadeförbundet RTP, Fibromyalgiförbundet, Svenskt Migränförbundet och Nackskadeförbundet) vilka bedömdes kunna ge en bild av patientperspektiv på vården av patienter med långvarig smärta.

Fem frågor skickades till ledningen för landstingen/regionerna. Nio frågor skickades till primärvården inom varje landsting eller region. Tio frågor delades ut till representanter för specialistvård inom varje landsting eller region med hjälp av expertgruppens medlemmar.

Tabell 1 visar att av landets 21 landsting/regioner svarade 17 på ledningsnivå på landsting/region, 18 på primärvårdsnivå och 20 på specialistvårdsnivå. Det skickades fem frågor till fem patientorganisationer och gruppen erhöll svar från alla patientorganisationer. Svarsfrekvensen kan därför anses vara hög och svaren antas återspegla de rådande uppfattningar som finns i landet avseende vård vid långvarig smärta.

Om en primärvårdsrepresentant för landsting eller region inte kunde identifieras eller kontaktas (vilket skedde i 12 av 18 landsting/regioner) skickades enkäten till en stor del av primärvårdsenheterna i det specifika landstinget eller regionen. Svaren från dessa enheter sammanställdes senare av primärvårdsrepresentanterna i expertgruppen.

Enkät svar från Primärvården

Utifrån inkomna svar kan följande konstateras:

Fungerande vårdprogram för långvarig smärta inom primärvården saknas i de flesta landstingen/regioner. Vårdprogram för långvarig smärta i primärvård sänkades eller så var man osäker om det fanns något i 8 av 18 landstingen (44 %). I de landsting som sa sig ha vårdprogram för långvarig smärta var osäkerheten stor om vårdprogrammen fungerade eller ej (5 av 10 visste inte om vårdprogrammet åtföljs). Med andra ord rapporteras att det fanns ett fungerande vårdprogram inom primärvården i enbart 5 av de 18 landsting som svarade (27 %). Tillgång och följsamhet till vårdprogram rapporterades högre i norra delar men utifrån expertgruppens kännedom är sistnämnda uppgifter tveksamma.

Smärtutbildning i organiserad form saknas i ungefär hälften av landstingen. Primärvården i hälften av landstingen/regionerna rapporterade att det sänkades organiserad utbildning i ämnet smärta.

Antal multiprofessionella team per landsting/region varierar kraftigt och motsvarar inte behovet. De flesta landsting rapporterade att det fanns multiprofessionellt team för behandling av långvarig smärta inom primärvården. Icke desto mindre uppgav en del att det finns ett team för hela landstinget/regionen vilket rimligen på intet sätt matchar behoven.

Från vissa landsting fick expertgruppen information om att uppföljning av denna verksamhet saknas och att uppgifterna var tveksamma (**Bilaga 1:** Tabellerna 2-3 för exempel av skillnader avseende behov av smärtvård baserad på befolkningsmängd).

Det saknas koordinator för primärvården i de flesta landsting/regioner.

Utsedd person som koordinerar behandling och rehabilitering av smärta fanns i en minoritet (18 %) av landstingen.

Det saknas forskning inom primärvården. Forskning/ metodutveckling bedrevs i ett fåtal landsting/regioner (17 %).

Dokumentation kring smärta saknar struktur och kunskapsstöd finns enbart i ett fåtal landsting/regioner. Smärta dokumenterades under särskilt sökord i en knapp tredjedel (28 %) av landstingen och kunskapsstöd utöver vårdprogram fanns tillgängligt i en minoritet (17 %) av landstingen.

Behov som påtalas från primärvården är att det saknades beslutsstöd (exempelvis vårdprogram och digitalt/analogt kunskapsstöd), organiserad utbildning för alla yrkeskategorier, konsultstöd i behandling och rehabilitering, enklare remissväg till specialiserad smärtvård samt ökad deltagande från specialistklinikerna såsom reumatologiska, ortopediska och neurologiska kliniker att utreda och behandla långvarig smärta.

Sammanfattningsvis kan konstateras att handläggningen av patienter med långvarig smärta inom primärvården är ostrukturerad. Långsiktighet och stabilitet i team- och strukturerat samarbete med specialistvård saknas. Register som möjliggör forskning/metodutveckling för förbättrat omhändertagande av smärtpatienter saknas.

Enkät svar från Specialistvården

Utifrån inkomna svar kan följande konstateras:

Statliga stimulansmedel (rehabiliteringsgarantin) har inneburit att **antalet patienter som får smärtherehabilitering på specialistnivå ökat** i 60 % av landstingen. De tre största landstingen/regionerna ingick i denna grupp. Det finns nu när rehabiliteringsgarantin avvecklats en påtaglig risk att situationen blir som innan rehabiliteringsgarantin infördes. Enligt den information expertgruppen har sker nu en reduktion i antalet team, det vill säga antalet patienter som kan erhålla rehabilitering minskar.

Klinisk forskning kring ospecifik/långvarig smärta inom smärtvården behöver stärkas. Klinisk forskning rapporterades förekomma hos drygt hälften av landstingen/regionerna. Vid närmare undersökning visar sig att klinisk forskning kring ospecifik/långvarig smärta inom smärtvården behöver stärkas. Inom området långvarig smärta pågår forskning mest koncentrerat till Uppsala, Stockholm, Linköping, Umeå och Lund-Malmö. I Västra Götaland bedrevs forskning på ett fåtal platser.

Evidensbaserade metoder såsom ryggmärgsstimulering är inte tillgängliga i alla landsting/regioner. Ryggmärgsstimulering⁵ fanns på ett antal platser och möjlighet för andra att remittera till dessa landsting/regioner vid behov. Ändå uppgav en fjärdedel att de inte hade möjlighet till denna behandling. Kliniskt verksamma läkare i Uppsala har tagit initiativ för att etablera ett nationellt regis-

⁵ Ryggmärgsstimulering är smärtbehandling med god evidens vid vissa specificerade smärttillstånd som kräver utbildad personal och regelbundna uppföljningar. Den är en förhållandevis kostsam metod.

ter av ryggmärgsstimulering, som är viktigt både för att säkerställa att forskningsresultat tillämpas i kliniken och för att skapa förutsättningar för ny forskning och utveckling.

Oklar funktion av smärtansvariga koordinatörer. De flesta landsting/regioner uppgav att de har smärtansvariga koordinatörer inom vården men det är oklart vilken roll denna funktion har. Detta område bör undersökas vidare.

Det saknas specialister i smärtlindring i de flesta landsting/regioner. ST-block inom smärtlindring uppgavs finnas i nästan hälften av landsting- en/regionerna (45 %). Vid närmare undersökning visar det sig att dessa block inte är organiserade för att säkra tillväxt utan att man råkar ha någon som under kartläggningen har ett ST-block i ämnet. Med tanke på åldersfördelningen inom specialiteten är organiseringen viktig⁶. Behov av specialister inom smärtlindring togs upp av mer eller mindre alla landsting/regioner som ett problem. Vår analys visar därför att svaret på frågan om det finns ST-block i smärtlindring kan vara missledande då det ger en bild som är mer positiv än vad fallet är inom många landsting/regioner. Expertgruppen har begärt information från Socialstyrelsen om antal specialister 2015 och kan med hjälp av dessa siffror konstatera att specialisterna är mycket ojämnt fördelade i förhållande till befolkning- mängd och förväntat behov (**Bilaga 1:** Tabellerna 2-3).

Det saknas skriftliga uppdrag rörande smärtbehandling.

På frågan om preciserade skriftliga uppdrag rörande smärtbehandling uppgav professionen i de flesta landsting/regioner att de inte hade eller inte visste om det fanns på olika kliniker (60 %). Vid närmare undersökning visar det sig att en del av de som svarat att dessa uppdrag finns menade uppdrag till multidisciplinära smärtkliniker eller rehabiliteringsmedicinska kliniker inte till andra kliniker inom sjukhus. I dag saknas ofta skriftligt uppdrag rörande smärtbehandling. Enheterna/klinikerna har ofta själva, utifrån lokala förutsättningar och tradition, utformat sitt uppdrag. En förutsättning för en adekvat fungerande enhet borde vara att man har ett skriftligt uppdrag från huvudman och detta problem lyftes återkommande fram i professionens sammanställning av behov.

Det saknas ett strukturerat omhändertagande för patienter med läkemedelsberoende i två tredjedelar av landstingen/ regionerna. Vid närmare undersökning visar det sig att siffran bör vara ännu högre eftersom några av de landsting/regioner som svarat jakande enbart har lokala överenskommelser på vissa områden, beroende på lokala initiativ och kontakter. Å ena sidan vill många enheter som arbetar med läkemedelsassisterad behandling

eller rehabilitering vid opiatberoende (LARO) inte ta emot patienter med smärtproblematik. Å andra sidan känner många smärtpatienter med problematisk opioidanvändning sig främmande inför att hänvisas till behandlingsinstanser utformade för ”missbrukarklientelet”. Detta innebär att smärtpatienter med läkemedelsberoende hamnar mellan stolarna.

Det saknas multidisciplinära smärtcentra med skriftliga uppdrag i de flesta sjukvårdsregioner. Multidisciplinära smärtcentra uppgavs finnas i två tredje

⁶ Sedan 1996 är det möjligt att uppnå specialistkompetens i smärtlindring. Det är en tilläggsspecialitet. För att få bevis om specialistkompetens i en tilläggsspecialitet krävs först specialistkompetens i en klinisk baspecialitet enligt de förutsättningar som anges i 3-6 §§. (SOSFS 2009:1). Kraven för att uppnå smärtlindrings-specialiteten regleras av målbeskrivning utfärdad av Socialstyrelsen. I praktiken krävs cirka två och ett halvt års ytterligare praktiskt och teoretisk utbildning utöver den fem-åriga grundläggande specialistutbildningen. En specialist i smärtlindring är alltså en mycket välutbildad och erfaren läkare. Idag 2016 finns cirka 100 aktiva läkare med specialistkompetens i smärtlindring, mycket ojämnt fördelade över landet. De flesta har anestesilogi, rehabiliteringsmedicin eller allmänmedicin som bas-specialitet.

delar av landsting/regioner (65 %). Om man följer internationella riktlinjer från organisationen (IASP) som myntade begreppet, så är det bara ett fåtal orter i Sverige som lever upp till deras kriterier. Vidare, på de ställen där man kan bedöma att det kunde finnas ett sådant centrum, så saknades det uppdragsbeskrivningar som knyter centrum till angränsande landsting/regioners smärt-enheter. Multidisciplinära smärtcentra fanns endast i Uppsala och Linköping, samt delvis i Skåne. Det finns förutsättningar men inga uppdrag i Västra Götaland och Stockholm. Centrum saknades i norra Sverige. Redan 1994 rekommenderades bildande av dessa centra för att kvalitetssäkra kunskapsstöd, forskning och utveckling i området.

Multidisciplinära smärtmottagningar uppges finnas enbart i hälften av landstingen/regionerna vid deras länssjukhus. Det är osäkert om de landsting/regioner som svarade jakande uppfyller de internationella kriterier som finns vad gäller dessa mottagningar (IASP). Med dessa kriterier finns väldigt få multidisciplinära smärtmottagningar över huvud taget vid våra länssjukhus. Ofta består den ”multidisciplinära smärtmottagningen” av läkare från anestesi eller rehabiliteringsmedicin (sällan finns båda slag av specialister vid samma mottagning, och sällan någon läkare med annan grundspecialitet). Ofta saknas fast tillgång till psykiater, sjuksköterska, psykolog, sjukgymnast/fysioterapeut, och ev. kurator och arbetsterapeut. Dessa mottagningar uppfyller, i likhet med ”multidisciplinära smärtcentra” således inte nationella och internationella kriterier.

Kunskapsstödet är bristfälligt och fragmentariskt i de flesta landsting/regioner. På frågan kring vilket kunskapsstöd som finns för långvarig smärta, visade svaren att kunskapsstödet är bristfälligt och fragmentariskt. Några uppfattade att kunskapsstöd bestod av allmänt tillgänglig information såsom SBU-rapporter, Nationellt kvalitetsregister över smärtrehabilitering eller Socialstyrelsens rekommendationer. Andra nämnde olika webbsidor. Personliga kontakter och konsulter uppgavs också. Den sammanfattande bilden är att det råder brist på tillgång till ett gemensamt, uppdaterat och lätt tillgängligt kunskapsstöd som kan användas i den kliniska vardagen utan onödig tidsspillan.

Flera behov påtalas från professionen. Behov som påtalades från professionen inom den specialiserade vården vid de olika landstingen/regionerna, var att det behövdes forskning, kunskapsspridning, fler specialister, övergripande program för långvarig smärta, preciserade uppdrag samt kunskapscentra.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att handläggningen av patienter med långvarig smärta inom den specialiserade vården som beskrivs ovan ger en bild av bristande organisation, som är ojämn i sin implementering, med uttalade problem både inom kunskapsstöd, kompetensförsörjning, utbildning, forskning och uppdragsbeskrivning.

Enkät svar från ledningsnivå hos landstingen/regionerna

Utifrån inkomna svar kan följande konstateras:

Övergripande program för långvarig smärta saknas helt vid drygt hälften av landets landsting/regioner. Långvarig smärta är en av de största orsakerna till sjukskrivning, ohälsa och arbetsfrånvaro. Trots det fanns de tre största landstingen/regionerna bland de som helt saknade ett övergripande program. Befolkningens mässigt visar detta att en majoritet av befolkningen är bosatt i landsting/regioner som saknar övergripande program vad gäller långvarig smärta. Avsaknad av övergripande program på landstingsnivå är förmodligen en följd av bristen på nationella riktlinjer avseende långvarig smärta. Man skulle kunna

använda sig av de övergripande program som verkar finnas på enstaka landsting som utgångspunkt vid formulerandet av nationella riktlinjer.

Vårdprogram för specifika långvariga smärttillstånd finns enbart i en tredjedel av landstingen/regionerna (35 %). Både Stockholm och Västra Götaland saknade specifika vårdprogram vilket innebär att en stor del av befolkningen inte har tillgång till vård som följer specifika riktlinjer. Vidare kan man konstatera att det fanns en stor variation vad gäller vilka långvariga smärttillstånd man ansåg behöva speciella vårdprogram för vilket talar för att dessa program utvecklas osystematiskt beroende på lokala intressen och fragmentarisk kunskapsnivå. Som ett exempel tas endometriosis upp endast i fem landsting/regioner och smärta efter nacktrauma (WAD) endast i 4 landsting.

Specificerade smärtbehandlingsuppdrag saknas i två tredjedelar av landstingen/regionerna i de generella uppdrag som finns till sjukhus, divisioner och eller kliniker (65 %). Detta uppgavs som ett allvarligt problem av professionen i de flesta landsting/regioner.

Landstingsfinansierad utbildning vad gäller långvarig smärta uppges finnas i 65 % av landstingen. Det är dock osäkert om utbildningar ges på ett systematiskt sätt, och om utbildning erbjuds av universitet eller landsting. Detta område bör undersökas vidare vid ett nationellt initiativ.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att det saknas både övergripande vårdprogram och vårdprogram för specifika tillstånd i de flesta landsting/regioner. Vidare saknas specificerade smärtbehandlingsuppdrag i de flesta landsting/regioner. En tredjedel av landstingen/regionerna saknar utbildning i smärta i egen regi och det är osäkert på vilket sätt den befintliga utbildningen bedrivs, med tanke på professionens och patientorganisationernas synpunkter om kunskapsbehov.

Enkät svar från patientorganisationer

Utifrån inkomna svar kan följande konstateras:

Smärtvården uppfattas inte vara jämlik och det rapporteras stora brister i tillgänglighet och bemötande. Patientorganisationernas svar pekade tydligt på att man inte uppfattar smärtvården som jämlik. Fibromyalgiförbundet lyfte fram att det viktigaste var bemötandet, kunskapen och behandlingen. Både tillgänglighet och bemötande skattades som dåligt/mycket dåligt av patientorganisationerna. Man påpekade att patienterna rapporterar att bemötande präglades av stor misstro från vårdgivare.

På frågan om goda exempel i landet svarade patientorganisationer att det fanns goda exempel på enstaka vårdcentraler, smärtkliniker eller specialistmottagningar spridda i landet. Specifika kliniker lyftes fram vad gäller vård för långvariga migränbesvär som goda exempel (Hjelmslunds Migränskola, Migränkliniken i Värnamo och Neurologic Clinic på Sophiahemmet). Skåne och Danderyd lyftes fram avseende nacksmärta efter trauma (Skåne för sitt vårdprogram, organisation och samarbete mellan primärvård och specialistvård och Danderyd för sitt program för nackskadade).

Följande problem lyftes fram

- Kunskapsbrist i vården tas upp i svaren från alla patientorganisationerna.
- Fel behandling och snabb sjukskrivning istället för rehabilitering och behandling återkommer i de flesta svaren.
- Bristande utbildning/fortbildning för vårdpersonal.
- Behov av nationella och regionala kunskapscentra som stödjer professionen.
- Avsaknad av helhetsperspektiv och av intresse i professionen.
- Ekonomiska styrinstrument som prioriterar korta och många besök, något som slår fel på komplexa och långvariga besvär såsom långvariga smärtor.
- Det saknas samarbete med patientorganisationer.
- Västra Götalands Regionen nämns, där förstärkningen för smärtvård erbjudits i form av projektmedel, något som ledde till att inga medel har sökts och beslutfattare drar slutsatsen att det finns inga extra behov vad gäller smärta.

Sammanfattningsvis ger patientorganisationernas beskrivning en bild av en ojämlig vård som karakteriseras av bristande bemötande, dålig tillgänglighet, bristande kunskap, tendens att sjukskriva, vårdgivare som sällan samarbetar med patientföreträdarna och som präglas av organisatoriska problem i stora regioner. Goda exempel finns men är mycket få. Denna beskrivning står i motsats till landstingens/regionernas beskrivning vad gäller förekomst av utbildningsinsatser och tillgänglighet till vården. Diskrepansen är anmärkningsvärd utifrån den numera gällande nya Patientlagen som betonar betydelsen av patientens delaktighet. Vidare verkar det finnas brister i tillämpning av försäkringsmedicinska riktlinjer vad gäller långvarig smärta.

Andra iakttagelser från expertgruppen

Under kartläggningsarbete har expertgruppen identifierat flera områden som bör beaktas i framtida arbete, som aktualiserats på olika sätt och som påverkar kvaliteten på vården som erbjuds patienter med långvarig smärta.

Stockholm och Västra Götaland. Stockholms läns landsting och Västra Götalands Region, de folkrikaste regionerna har tillsammans 3,8 miljoner invånare. Det är därför angeläget att lyfta de delvis speciella problem som finns där. Exempelvis är avsaknad av specialiserade smärtcentra i båda regionerna som kan ge ett samlat fokus på undervisning, forskning och kompetensutveckling något som bör åtgärdas. Andra problem är avsaknad av specifika uppdrag samt geografiskt stora områden. I Stockholm står akutsjukhusen för den specialiserade och sjukhusanknutna smärtsjukvården men den erbjuds i olika omfattning, volym och utformning. Hur smärtorganisationen har utformats har till stor del berott på lokal kultur, små enskilda avtal eller etableringar.

En specialistsakkunnig grupp inom smärta genomförde 2011 en analys för att beskriva smärtvården i Stockholm och föreslå förbättringar organisatoriskt. Denna analys ledde dock inte till några förbättringar. Anmärkningsvärt är också att Västra Götalands ledning har avsatt 30 miljoner kronor för 2015/16 som en följd av en handlingsplan från en utredning (resultat av 5 års arbete) avseende smärtvården i regionen som tog flera år att tas fram. Avsikten var att upprätthålla och höja kompetensen på specialistnivå. Detta har kallats för ”ordnat införande”. Det är dock nästan inga förvaltningar som ansökt om medel, vilket inne-

bär att man kommer tacka nej till 25 miljoner kronor. Expertgruppen gör bedömningen att orsaken till att förvaltningarna ej sökt medel troligen är att man inte trott på en fortsatt finansiering efter det att ”ordnat införande” upphört.

Bilaga 3. Smärtepidemiologi

Förekomsten av långvarig smärta har i flera stora epidemiologiska undersökningar i Sverige visat sig vara mellan 40–65 %.^{2,13,25} Studier från till exempel Storbritannien och Australien ger liknande siffror, 47–51%.^{22,30,50} I studien ”*Pain in Europe*” fann man för Sveriges del att 18 % av befolkningen hade långvariga smärtor som var måttliga till svåra med en varaktighet av minst sex månader.¹⁴ Muskuloskeletala (det system i kroppen som ansvarar för rörelser) smärtor utgör huvuddelen av de långvariga smärtorna^{8,25,40} men denna bild är osäker eftersom rapporteringen inte alltid bygger på kliniska undersökningar (det är känt att smärta kan ha olika orsaker trots liknande rapportering).

Prevalensen av långvarig generaliserad smärta (smärta som är spridd till stora delar av kroppen) i befolkningen har i olika internationella undersökningar rapporterats vara 5–10 %.^{17,40,58} Nyligen har en översikt angett att 10 % av befolkningen i västvärlden lider av långvarig generaliserad smärta⁶¹. Kunskapen om riskfaktorerna för utvecklingen från ett lokalt eller regionalt smärttillstånd till ett generaliserat smärttillstånd är mycket bristfällig.³⁵

De flesta personer som drabbas av långvarig smärta kommer inte i kontakt med vården på grund av sina smärtor. De arbetar vidare trots sina smärtor och upplever inga inskränkningar i dagligt liv. Med goda råd och tillgång till adekvat kunskap kan denna grupp i bästa fall med hjälp av egenvård hantera sina besvär utan större vårdinsatser (cirka 60 % av personer med smärtbesvär, enligt SBU).

Sjukvården kommer främst i kontakt med personer där smärtan har kommit att innebära ett stort lidande, dålig livskvalitet och ohälsa.

Mellan 25 % och 30 % av de med långvarig smärta torde befinna sig i en mycket besvärlig situation med avseende på sådant som arbete, sjukskrivning, vårdsökande, upplevt vårdbehov och livsföring.^{2,14,22,39,53,55}

Att själv söka vård vid långvariga smärtor kan påverkas av olika faktorer såsom smärtupplevelse och intensitet, etnicitet, ålder, socioekonomiska faktorer (klass), samsjuklighet med andra sjukdomar och olika begränsningar i socialt liv, inklusive arbete. Flera studier har visat att smärtintensiteten har betydelse för vårdsökandet.^{3,16,25,28} I en skånsk studie rapporterades att förutom smärtintensiteten var också ålder, klass, etnicitet/immigration, depression och förekomst av kronisk sjukdom relaterat till att söka vård³. I en östgötsk studie fann man att intensitet och frekvens av den långvariga smärtan, en ålder över 65 år samt sjukskrivning/ förtidspensionering var förknippat med ökat vårdsökande²⁵. (Bilaga 1: Tabellerna 2-3 för uppskattade volymer av vårdsökande enligt litteraturen och tabellerna 4-5 för exempel på skillnader avseende faktorer som kan påverka huruvida man söker vård eller ej).

Samsjuklighet mellan långvarig smärta och andra symtom är vanlig. Man kan se samsjuklighet mellan långvarig smärta och depression och oro, och även olika kroppsliga tillstånd som till exempel hjärt-kärlbesvär^{1, 11, 27, 37, 59}.

Långvariga smärtor är förknippade med försämrad hälsa och dåligt välbefinnande. Den upplevda livskvaliteten är lägre än för de flesta andra medicinska tillstånd.⁷

Förekomsten av smärta hos äldre är bristfälligt studerad. En nyligen publicerad systematisk översikt kunde inte ange något prevalenstal beroende på stora metodologiska skillnader mellan studierna.⁶² I en befolkningsstudie från Östergötland fann man nyligen att 48 % upplevde långvarig smärta⁶³, och för cirka en tredjedel av dessa hade det tydlig påverkan på livskvalitet och förknippades med stora kostnader. Prevalensen av långvarig smärta ökar med stigande ålder.^{2,19,22,32} I flera studier rapporteras att ökningen av prevalensen har en topp strax innan pensionen för att därefter sjunka något, vilket kan spegla både mortalitetens effekter och att kraven på rörelseapparaten sjunker efter pensionering. I kontrast till denna nedgång förefaller dock inte *intensiteten* hos den långvariga smärtan att sjunka efter pensionering.²⁵

Förekomsten långvarig smärta är signifikant högre hos kvinnor än hos män.^{8,25,53} Mer lokaliserade långvariga smärttillstånd är vanligare hos kvinnor^{18,54,36}, och man vet att vissa yrken där kvinnor är överrepresenterade innebär särskild risk för att utveckla olika smärttillstånd.^{4,5} I en studie från Östergötland fann man att förekomsten var ungefär dubbelt så hög hos kvinnor som hos män, vilket stämmer överens med utländska studier. Orsakerna till en högre förekomst av smärta hos kvinnor är med all sannolikhet multifaktoriella där ett antal faktorer, till exempel neurobiologiska och sociala faktorer spelar en roll, det vill säga kön *och* genus.³⁶

Förekomsten av smärta uppvisar ett tydligt socioekonomiskt beroende, oavsett kön.³⁹ Det råder samstämmighet om att smärttillstånd i rörelseapparaten är kausalt relaterade till *fysiska faktorer*, till exempel repetitiva och stereotypa rörelser, kraftkrävande ansträngningar, avvikande kroppspositioner, vibrationer samt en kombination av dessa.^{4,10,42,49} Även *psykosociala aspekter* hos individen och på arbetet spelar roll för utvecklandet av smärtor från rörelseapparaten.^{4,5,10,12,15,31} Kombinationen av både negativa fysiska/ergonomiska faktorer och negativa psykosociala arbetsplatsförhållanden är extra belastande.^{21,41} Flera systematiska översikter visar att preventionsinsatser på arbetsplatsen är möjliga och effektiva^{33,48} samt att de har störst förutsättning att lyckas om de är multifaktoriella till sin karaktär.⁴⁸

Andelen läkarbesök i primärvården som utgörs av smärttillstånd är i Skandinavien 20–40 %.^{29,38,43} I en svensk undersökning hade knappt 30 % av patienterna hos primärvårdsläkare ett smärttillstånd, och av dessa rörde det sig i cirka hälften av fallen om olika typer av långvarig smärta²⁹. Majoriteten av smärtorna bedömdes vara relaterade till rörelseapparaten. I en studie från WHO med deltagande från 15 primärvårdscentra i olika världsdelar fann man att 22 % av patienterna hade långvarig smärta.²⁷

Förekomsten långvarig smärta bland patienter i slutenvård är hög och en betydande andel upplever sin smärta som svår. I en studie från Uppsala fann man att 65 % av de inlagda patienterna hade upplevt smärta senaste 24 timmarna, att 40 % av dessa angav att smärtan var svår (mer än 7 på en 10-gradig intensitetsskala) och att mer än 20 % inte var nöjda med smärtlindringsrutinerna.⁵⁵ En nyligen genomförd studie inom region Östergötland gav liknande resultat.⁶³

En stor del av sjukskrivningarna rör olika former av smärttillstånd. Samhällets kostnader för ryggsmärta i Holland uppskattades till 1,7 % av bruttonationalprodukten (BNP)⁵⁴ och liknande sammanställningar från andra länder ger samma resultat. Där är de indirekta kostnaderna, vad samhället förlorar, 93 %, medan de direkta medicinska kostnaderna är 7 %. I en SBU-rapport⁴⁷ beräknades de totala samhälleliga kostnaderna för de svårare långvariga smärtorna utifrån *Pain in Europe*-studien till 85 miljarder kronor år 2003, med en likartad fördelning mellan direkta och indirekta kostnader.

Referenser

1. Andersson HI. Chronic pain – epidemiological studies in a general population. Doktorsavhandling, Lund University, Lund 1998; s 1–80.
2. Andersson HI, et al. Chronic pain in a geographically defined population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9: 174–182.
3. Andersson HI, et al. Impact of chronic pain on health care seeking, self-care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 503–509.
4. Ariëns GA, et al. High physical and psychosocial load at work and sickness absence due to neck pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2002; 28: 222–231.
5. Ariëns GA, et al. Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *Am J Ind Med* 2001; 39: 180–193.
6. Barnsley L, et al. Whiplash injury. *Pain* 1994; 58: 283–307.
7. Becker N, et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393–400.
8. Bergman S, et al. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol* 2001; 28: 1369–1377.
9. Berkley KJ. Sex differences in pain. *Behavioral and Brain Sciences* 1997; 20: 371–380.
10. Bernard, B. Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back, NIOSH, Cincinnati, USA, 1997; s I-C-59.
11. Blyth FM, et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89: 127–134.
12. Bongers PM, et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 297–312.
13. Brattberg G, et al. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37: 215–222.
14. Breivik H, et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
15. Burdorf A, Sorock G. Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23: 243–256.
16. Chrubasik S, et al. A survey on pain complaints and health care utilisation in a German population sample. *Eur J Anaesthesiol* 1998; 15: 397–408.
17. Croft P, et al. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993; 20: 710–713.
18. Croft PR, et al. Risk factors for neck pain: a longitudinal study in the general population. *Pain* 2001; 93: 317–325.
19. Crook J, et al. The prevalence of pain in a general population. *Pain* 1984; 18: 299–314.
20. Dao TT, LeResche L. Gender differences in pain. *J Orofac Pain* 2000; 14: 169–184.
21. Devereux JJ, et al. Interactions between physical and psychosocial risk factors at work increase the risk of back disorders: an epidemiological approach. *Occup Environ Med* 1999; 56: 343–353.
22. Elliott AM, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248–1252.
23. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: Women and men really are different. *Current Review of Pain* 2000; 4: 24–30.
24. Frølund F, Frølund C. Pain in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4: 97–100.

25. Gerdle B, et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and health care seeking: A population study. *J Rheumatology* 2004; 31: 1399–1406.
26. Guez M, et al. The prevalence of neck pain. A population-based study from northern Sweden. *Acta Orthop Scand* 2002; 73: 455–459.
27. Gureje O, et al. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280: 147–151.
28. Haetzman M, et al. Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Fam Pract* 2003; 20: 147–154.
29. Hasselström J, et al. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002; 6: 375–385.
30. Helme RD, Gibson SJ. Pain in the elderly. I: Jensen TS, Turner JA, Wiesenfeld-Hallin Z, red. *Proceedings of the 8th WC on Pain*. Seattle: IASP Press; 1997; s 919–944.
31. Hoogendorn WE, et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000; 25: 2114–2125.
32. James FR, et al. Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain* 1991; 44: 279–283.
33. Karsh B-T, et al. The efficacy of workplace ergonomic interventions to control musculoskeletal disorders: a critical analysis of the peer-reviewed literature. *Theor Issues in Ergo Sci* 2001; 2: 23–96.
34. Krantz G, Östergren P-O. Double exposure. The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *Eur J Public Health* 2001; 11: 413–419.
35. Larsson B, et al. A systematic review of risk factors associated with transitioning from regional musculoskeletal pain to chronic widespread pain. *Eur J Pain*. 2012 Sep;16(8):1084-93.
36. LeResche L. Gender considerations in the epidemiology of chronic pain. I: Crombie IK, red. *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press; 1999; s 43–52.
37. Magni G, et al. 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: 299–307.
38. Mäntyselkä P, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89: 175–180.
39. Persson G, et al. Major health problems. *Scand J Pub Health* 2001; Suppl 58: 37–102.
40. Picavet HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC3-study, *Pain* 2003; 102: 167–178.
41. Pope DP, et al. Association of occupational physical demands and psychosocial working environment with disabling shoulder pain. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 852–858.
42. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiological evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol* 2004; 14: 13–23.
43. Rekola KE, et al. Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultations with a physician. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 153–157.
44. RFV. <http://www.rfv.se>. 2002: 2.
45. Riley JL, et al. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain* 1998; 74: 181–187.
46. Riley JLI, et al. A meta-analytic review of pain perception across the menstrual cycle. *Pain* 1999; 81: 225–235.
47. SBU-rapport 2006. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 177/1+2. ISBN 91-85413-08-9. www.sbu.se.
48. Silverstein B, Clark R. Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders. *J Electromyogr Kinesiol* 2004; 14: 135–152.

49. Sluiter JK, et al. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health* 27 2001; Suppl 1: 1–102.
50. Smith BH, et al. The impact of chronic pain in the community, 2001; 18: 292–299.
51. Soares JJF, Jablonska B. Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *Eur J Pain* 2004; 8: 79–89.
52. SoS-rapport: Behandling av långvarig smärta. 1994, s 1–238.
53. Thomas E, et al. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis project (NorstOP). *Pain* 2004; 110: 361–368.
54. van Tulder MW, et al. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain* 1995; 62: 233–240.
55. Wadensten B, et al. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *J Clin Nurs*. 2011 Mar;20(5-6):624-34.
56. Webb R, et al. Prevalence and predictors of intense, chronic and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine* 2003; 28: 1195–1202.
57. White KP, et al. The London fibromyalgia epidemiology study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570–1576.
58. Wolfe F, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19–28.
59. Von Korff M, et al. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993; 55: 251–258.
60. Von Korff M, et al. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychosom Med* 1991; 53: 61–79.
61. Mansfield KE, Sim J, Jordan JL, Jordan KP: A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain* 2016, 157(1):55-64.
62. Fejer R, Leboeuf-Yde C: Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review. *Chiropractic & manual therapies* 2012, 20(1):24.
63. Peterson A, Carlford S, Schaller A, Gerdle B, Larsson B Using education and support strategies to improve the way nurses assess regular and transient pain – a quasi-experimental study of three hospitals. *Inskickat* 2016.

Bilaga 4. Om smärta

Definition av smärta

Den internationella organisationen för klinik och forskning om smärta, International Association for the Study of Pain, definierar smärta som ”en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller hotande vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada”.

Smärtupplevelsen är med andra ord förknippad med både sensoriska aspekter (som intensitet och lokalisation) och emotionella och psykologiska dimensioner. En brist i definitionen är måhända att omgivningsfaktorer och sammanhanget inte poängteras samt att tankar och beteenden också influerar smärtupplevelsen i en viss given situation.

Akuta smärtor

Akut smärta är ett av kroppens skyddssystem och är som sådant känsligt för omgivnings och miljöfaktorer. Att uppleva och reagera på akut smärta är viktigt för individens fortlevande; individer och djur med ärftlig smärtokänslighet har ingen gynnsam prognos utan löper risk att duka under i olika komplikationer som infektioner, olyckor mm. Den akuta smärtan är en kraftig stressor och härmed uppmärksamhetskrävande¹ och oftast högprioriterad av individen. Den

leder till olika beteenden som syftar till att skydda det skadade området så att vävnaden kan läka samt åtgärder som ska förhindra ny skada.

Akut smärta innebär aktiva processer både i den skadade eller påverkade vävnaden och i perifera och centrala nervsystemet (CNS). På olika nivåer i nervsystemet sker olika plastiska förändringar och som sammantaget bestämmer smärtsystemens förstärkning och känslighet² och bidrar till smärtupplevelsen. Även balansen hos det nedåstygande kontrollsystemet från hjärnan har betydelse för inflödet till hjärnans strukturer³. I CNS processas den nociceptiva informationen från periferin dynamisk av ett flertal anatomiska strukturer ("smärtmatrix") t.ex. sensoriskt-diskriminativt, motivationellt-affektivt och kognitivt⁴. Mot bakgrund av en komplex väv av faktorer förvärvade under livet, befintliga i den aktuella situationen och yttre förhållanden skapar samspelet och funktionen hos de olika komponenterna i smärtmatrix smärtupplevelsen i en viss given situation⁵. Vid akut smärta sker därtill - som del av det faktum att smärta är en uttalad stressor - förändringar i immunologiska och hormonella systemet, sympatiska nervsystemet, reproduktions-system och motorisk funktion^{6,7}. Akut smärta leder med andra ord till olika fysiologiska förändringar hos den drabbade individen, till upplevelser, tankar och känslor samt till beteenden. I praktiken innebär detta att en viss mängd vävnadsskada kommer att resultera i olika upplevelser smärta, känslor och beteenden mellan individer och i en individ från en tid till en annan.

Långvariga smärtor

Långvarig smärta är en smärta som består eller som inte varaktigt avklingar. Vanligen menas med långvarig smärta att den pågått i en viss given tid; oftast minst tre eller sex månader. I praktiken brukar långvariga smärtor dessutom delas in i specifika och icke-specifika smärtor. Med specifika smärtor menas att de beror på ett specifikt medicinskt tillstånd till exempel RA. Kliniskt har utvecklats olika rutiner för att identifiera sådana specifika tillstånd (röda flaggor).

Men för en majoritet av de långvariga smärttillstånden är det inte möjligt att hitta sådana specifika tillstånd som kräver specifika bedömningar och behandlingar. Vanliga tillstånd som brukar betraktas som så kallade ospecifika långvariga smärttillstånd är kroniska nack-skuldersmärter, kroniska ryggsmärter, kroniska besvär efter whiplashtrauma mm. När smärtor blir långvariga ter de sig allt mer som tillstånd eller sjukdomar i sig.

Långvarig smärta är inte enbart en akut smärta utsträckt i tid, utan i vissa fall sker förändringar i smärtsystemen och de perifera vävnaderna⁸. Långvarig smärta kan vara kopplad till förändrade mekanismer i perifera och centrala nervsystemet⁹. Plastiska förändringar kan ske på olika nivåer i smärtsystemen¹⁰. Dessa förändringar är troligen till en början reversibla² men desto längre vävnadsskadan/retningen pågår ju mer sannolikt är att förändringarna blir irreversibla^{2,11}. Föreställningar om att det inte föreligger neurobiologiska förändringar och processer vid långvariga smärtor visar sig i tilltagande grad vara felaktig.

Olika psykologiska faktorer i en komplex interaktion med olika yttre faktorer modulerar smärtan och moduleras av smärtan i den kroniska situationen. Affektiva tillstånd har en nära relation till långvarig smärta¹². Det är vanligt med nedstämdhet vid långvarig smärta. Patienter med smärta och depression rapporterar högre smärtintensitet än patienter som inte är deprimerade¹²

Uppmärksamhet kan förändra upplevelsen av smärta⁵. Särskilt kognitiva (tankar, föreställningar, bedömningar och förväntningar) och affektiva faktorer samt

erfarenheter påverkar hur vi upplever och beter oss vid smärta¹³. Emotionella och kognitiva faktorer är aktiva vid utvecklandet av långvarig smärta till exempel i form av rädsla, ångest, föreställningar, syn på egen förmåga att handskas med situationen hanteringssätt och upplevd kontroll av situationen¹⁴.

Vikten av att se utvecklingen av ett långvarigt smärttillstånd som en komplex och dynamisk process där psykologiska faktorer i samspel med olika miljöfaktorer spelar en viktig roll har påpekats¹⁵. Den relativa betydelsen av olika riskfaktorer och samspelet dem emellan är ofullständigt kartlagt, liksom när i förloppet faktorerna har störst betydelse¹⁶, samt om riskfaktorerna skiljer sig åt mellan mild och intensiv långvarig smärta¹⁷. Processen från ett akut smärttillstånd till ett långvarigt smärttillstånd uppvisar också påtagliga interindividuella skillnader¹⁵. Vid till exempel muskuloskeletala smärtor är dessa initialt ofta periodiska och smärtperioderna blir så småningom längre eller mer frekventa¹⁵.

Behovet av en helhetsmodell för smärta

Det biomedicinska synsättet, måhända med rötter hos Descartes, blir ur flera aspekter problematisk vid handläggning särskilt av de intermittenta och långvariga smärtorna. Nachemson & Jonsson distanserade sig i en SBU rapport rörande ryggsmärtor från synsätt som alltför mycket fokuserar patoanatomiska förändringar¹⁸. De konstaterade att i och med att vetenskapen under lång tid helt koncentrerade sig på den strukturella delen av ryggsmärtorna, etablerades efterhand en modell, som kom att utesluta de viktiga psykologiska och sociala aspekterna på symtomet smärta (dvs. en biomedicinsk modell): ”Den patologisk-anatomiska sjukdomsmodellen behöver kompletteras med en biopsykosocial modell när det gäller synen på smärta”.

Forskning och klinik de senast 15 åren har givet allt mer stöd åt ett sådant biopsyko-socialt synsätt. Modern smärtvård nationellt och internationellt utgår i tilltagande omfattning från en bio-psyko-social modell för smärta.

Faktorer som är nödvändiga att belysa enligt det biopsykosociala synsättet är t.ex. neurobiologiska faktorer inklusive olika förstärkningsmekanismer, skador, sinnesstämning, tankemönster och socialt sammanhang³.

Ett sätt att systematisera insamlandet av dessa faktorer i det individuella fallet kan vara tillämpandet av modellen enligt International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). I tabell 6 illustreras olika smärtaspekters- och konsekvensers fördelning enligt begreppen i ICF.

Tabell 6 Olika smärtherelevanta faktorer fördelning på ICFs olika faktorer.

Aspekt	ICF begrepp
Smärtans intensitet och karaktär	Kroppsfunktion/ Kroppsstruktur
Andra symtom (t.ex. depression, ångest)	Kroppsfunktion/ Kroppsstruktur
Aktivitet/delaktighet (eng: disability)	Aktivitet/Delaktighet
Arbetsförmåga/Sjukskrivning	Aktivitet/Delaktighet
Livskvalitet och hälsa	Personliga faktorer
Patienttillfredsställelse	Personliga faktorer

Diagnossättning

ICD10- (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision) diagnoserna uppvisar stora brister när det gäller de

långvariga smärtorna och bygger till viss del enbart på lokalisation och varaktighet utan att ta hänsyn till de aktiverade mekanismerna. Med ambitionen att utveckla en sådan diagnostik brukar smärtor indelas i nociceptiva, neuropatiska, psykogena och idiopatiska smärtor¹⁹. Olika försök att vidareutveckla den kliniska tillämpningen av ett sådant synsätt och att utveckla diagnossättningen pågår nationellt²⁰ och internationellt.

Referenser:

1. Bushnell MC, Villemure C, Duncan GH. Psychophysical and neurophysiological studies of pain modulation by attention. In: Price DD, Bushnell MC, editors. *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives Progress in Pain Research and Management*. Seattle: IASP Press, 2004: p. 99-116.
2. Woolf CJ, Salter MW. Neuronal plasticity: increasing the gain in pain *Science* 2000; 288: 1765-9.
3. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*. 2007; 55: 377-91.
4. Porro CA. Functional imaging and pain: behaviour, perception, and modulation. *Neuroscientist* 2003; 9: 354-69.
5. Chapman CR, Okifuji A. Pain: basic mechanisms and conscious experience. In: Dworkin RH, Breitbarts WS, editors. *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers Progress in pain research and management*. Seattle: IASP press, 2004: p. 3-27.
6. Carr DB, Goudas LC. Acute Pain. *Lancet* 1999; 353: 2051-58.
7. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*. 2003; 8: 130-40.
8. DeLeo JA, Winkelstein BA. Physiology of chronic spinal pain syndromes. From animal models to biomechanics. *Spine* 2002; 27: 2526-37.
9. Bennett GJ. Update on the neurophysiology of pain transmission and modulation: focus on the NMDA-receptor. *J Pain Symptom Manage*. 2000; 19: S2-S6.
10. Tinazzi M, Fiaschi A, Rosso T, Faccioli F, Grosslercher J, Aglioti SM. Neuroplastic changes related to pain occur at multiple levels of the human somatosensory system: A somatosensory-evoked potentials study in patients with cervical radicular pain. *J Neurosci* 2000; 20: 9277-83.
11. Suzuki R, Dickenson AH. The pharmacology of central sensitization. *J Musculoskelet Pain* 2002; 10: 35-43.
12. Gallagher RM, Verma S. Mood and anxiety disorders in chronic pain. In: Dworkin RH, Breitbarts WS, editors. *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers* Seattle: IASP press, 2004: p. 139-78.
13. Sullivan MJL, Rogers WM, Kirsch I. Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain* 2001; 91: 147-54.
14. Linton SJ. Cognitive-behavioral interventions for the secondary prevention of chronic musculoskeletal pain. In: Mitchell M, editor. *Pain 1999 - an updated review Refresher Course Syllabus*. Seattle: IASP press, 1999 p. 535- 44.
15. Linton SJ. Environmental and learning factors in the development of chronic pain and disability. In: Price DD, Bushnell MC, editors. *Psychological Methods of Pain Control: Basic Science and Clinical Perspectives Progress in Pain Research and Management*. Seattle: IASP Press, 2004: p. 143- 16.
16. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N. Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine* 2002; 27: 92-8.
17. Poleshuck EL, Dworkin RH. Risk factors for chronic pain in patients with acute pain and their implications for prevention. In: Dworkin RH, Breitbarts WS, editors. *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers* Progress in pain research and management. Seattle: IASP press, 2004: p. 589-606.
18. Nachemson A, Jonsson E. Inledning In: Nachemson A, Carlsson C-A, Englund L, Goossens M, Harms-Ringdahl K, Linton S, et al., editors. *Ont i ryggen, ont i nacken*. Stockholm: SBU 2000: p. 1-18.

19. Socialstyrelsen. Behandling av långvarig smärta. SoS-rapport 1994:4
20. Stålnacke B-M, Bäckryd E, Roeck Hansen E, Novo M, Gerdle B. Smärtanalys och Diagnossättning vid Kroniska Smärtor inom Specialiserad Smärtvård - ett dokument från Diagnosgruppen inom Nationellt Register över Smärtrehabilitering (NRS).

Bilaga 5. Behov av särskilt fokus på vissa patientgrupper

Kartläggningen i föreliggande rapport inriktar sig på patienter som lider av långvariga ospecifika smärtor, där en eventuell bakomliggande sjukdom inte kan behandlas så att smärtorna går över. Det finns också många grupper av patienter som lidit av smärta pga. pågående sjukdomar av olika slag, där smärtan orsak är känd. Tillsammans utgör dessa grupper cirka 40 % av befolkningen, som rapporterar långvarig smärta av någon grad, vilket medför att långvarig smärta måste betecknas som ett folkhälsoproblem.

Det finns dessutom andra grupper av smärtpatienter, som av medicinska, sociala eller demografiska orsaker behöver en särskild organisation för att kunna erbjudas optimal hjälp, till exempel äldre med långvarig smärta, barn med långvarig smärta, patienter med smärta och svår psykiatrisk samsjuklighet, patienter med bristande/obefintliga kunskaper i svenska språket och patienter med svår huvudvärk

Gruppen äldre med långvarig smärta

Denna grupp har särskilda behov, och kräver samordnade insatser mellan primärvård, geriatrik och smärtklinik. Äldre är vanligen känsligare för allvarliga bieffekter av smärtläkemedel, som därför blir svårare att hantera med framgång. Många av förslagen i denna rapport till en förbättrad struktur för smärtvård kommer även att medföra bättre smärtlindring för de äldre. Ett problem är att äldre patienter ofta är uteslutna från de program för smärtrehabilitering som finns, trots att principer för smärtrehabilitering (fysisk träning, psykologiska och beteendemedicinska insatser, aktivitetsträning, med mera) skulle passa utmärkt även för denna grupp.

Långvarig smärta hos barn

Det har blivit allt mer uppenbart att många vuxna med långvarig smärtproblematik (muskelsmärta, buksmärta, huvudvärk, med mera) hade sina första smärtproblem redan i barndomen. Det är alltså viktigt att redan tidigt identifiera barn med smärtproblematik, för att kunna sätta in profylax och behandling. Det är i första hand en uppgift för primärvården (som vid all smärtproblematik, i alla åldrar) i nära samarbete med barnmottagningar, barnsjukhus och skolhälsovård. För svårare fall behövs intresserade barnläkare som kan engagera sig i utredning och behandling, och även multiprofessionella team med sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och barnpsykiolog.

Endast ett fåtal multidisciplinära smärtmottagningar med pediatrik inriktning finns i Sverige och andra länder. Beteendemedicinska insatser (KBT, ACT) har dokumenterat goda effekter även hos barn med smärta. Denna typ av mottagningar bör stärkas. Barnen behandlas bäst i en pediatrik miljö. Erfarenheten av att behandla barn vid enheter som främst har vuxna patienter är inte så god. Däremot ska "vuxen-smärt-kliniker" utveckla kompetens inom området barn och smärta, och alltid vara beredda på olika former av samarbete för att hjälpa till efter förmåga, för att stötta vid t.ex. smärtbehandling hos barn med maligna sjukdomar. Ungdomar med långvarig smärta får ofta problem att finna sig tillrätta med "vuxen- vårdgivare" när de vid 15-18 års ålder skrivs ut från pedia-

triska vårdenheter, och plötsligt ska tas omhand på t.ex. ortopedkliniker, neurologmottagningar eller gyn-kliniker. Steget blir ofta alltför stort, det finns behov av en smidigare övergång, anpassad för tonåringar och unga vuxnas behov.

Patienter med svår psykiatrisk ko-morbiditet

Samsjuklighet med förekomst av både långvarig smärta och psykiska problem (depression, ångest, oro, utmattning) är mycket vanlig, och hanteras ständigt inom vården, ofta med framgång. Smärta ger negativ inverkan på psykiska symptom, och psykisk ohälsa ökar ofta känsligheten för smärta.

När det gäller samsjuklighet med svåra psykiatriska symptom/personlighetsstörningar är bilden en annan: Denna grupp har ofta svårt att få hjälp, då man på smärtmottagningar har svårt att hantera den psykiatriska problematiken, och inom psykiatrin finner man ofta smärtproblemet som ett hinder för framgångsrik psykiatrisk behandling. I svåra fall kan det medföra att patienten inte får någon vård alls. Detta kan endast avhjälpas genom ett strukturerat samarbete mellan primärvård, psykiatriska vårdenheter och smärtkliniker. Psykiatrer ska vara knutna till smärtmottagningar i större utsträckning. I dag saknas ofta denna viktiga resurs helt på många håll inom smärtvården.

Patienter med bristande/obefintliga kunskaper i svenska språket

Sjukvården ska vara jämlik, oberoende av patientens ursprung och språkkunskaper. Många smärtpatienter är relativt nyanlända i Sverige, och talar inte svenska alls. Patienter med bristande språkkunskaper har mycket svårare att få adekvat hjälp mot långvarig smärta, eftersom de flesta smärtrehabiliteringsprogram kräver att deltagarna förstår svenska. Behandlingen går till största delen ut på att kunna tillgodogöra sig beteendemedicinska och psykologiska insatser. I många fall försöker man lösa detta med hjälp av tolkar, men blir närmast ogenomförbart om det i en smärt-rehab-grupp talar flera olika språk.

Det är en stor utmaning för vården att lösa detta dilemma. Informationsmaterial om smärta måste finnas tillgängligt på många olika språk. IT-baserat undervisningsmaterial (filmer, behandlingsinstruktioner med mera) måste tas fram. Vårdpersonal med utländsk bakgrund, med adekvata språk- och kulturkunskaper, kan knytas till smärtteam. I delar av samhället där svensktalande är i minoritet måste vården anpassas efter detta faktum, och erbjuda vård på ett språk som fungerar.

Patienter med svår huvudvärk

Det uppskattas att cirka 15 % av befolkningen lider av någon form av huvudvärk. Det finns ett antal olika orsaker till svår huvudvärk, till exempel spänningshuvudvärk, migrän, Hortons huvudvärk och trigeminusneuralgi, samt varianter och kombinationer av dessa. Av tradition har patienter med svår huvudvärk behandlats inom de neurologiska specialiteterna, som därför också har den största kompetensen och erfarenheten. Många patienter är också mycket nöjda med behandlingen från neuro-enheterna.

Ett problem är dock att neurologi är en uttalad bristspecialitet i Sverige, och neurokirurger finns bara vid ett fåtal sjukhus. De ”vanliga smärtklinikerna” som oftast vuxit fram inom anesthesiologi eller rehab-medicin, har vanligen inte haft hand om denna patientgrupp, och är därför inte lika kunniga inom området. Dock verkar det rimligt att anta att många av de principer som bär upp smärtrehabiliteringen (fysisk träning, beteendemedicinska och psykologiska insatser, stresshantering, m.m.) också kunde vara till nytta för många patienter med ihåll-

lande, långvarigt huvudvärk. Det vore därför önskvärt att ett strukturerat samarbete byggs upp mellan ”huvudvärksexpertis” inom neurologi/ neurokirurgi, och smärtkliniker, för att tillsammans skapa vårdenheter med inriktning på behandling av patienter med svår huvudvärk. Endast ett fåtal sådana ”Huvudvärkscentra” finns i Sverige.

Patienter som lider av kronisk oro-facial smärta:

Kronisk smärta från käkleder och tänder är en vanlig orsak till långvarig smärta. Dessa patienter handläggs främst av enheter för bettfysiologi och käkkirurgi. Förutom långvarig smärta i käkar, ansikte och huvudregion är käkledslåsningar som påverkar underkäkens normala rörelser samt käkledsljud vanliga symptom.

Sedan 1993 kan tandläkare erhålla specialistkompetens i bettfysiologi, för närvarande finns knappt 50 aktiva bettfysiologer i Sverige. Specialiteten sorterar under tandvården. Drygt hälften av de patienter som remitteras till specialiteterna kommer från tandvården och de resterande från sjukvården. Här finns ett strukturellt problem som bör lösas:

Patienter med långvarig svår smärta som remitteras från tandvården behandlas enligt tandvårdens ersättningssystem, där patienten själv står för merparten av kostnaderna. Om patienten däremot remitteras till bettfysiolog från sjukvården gäller istället sjukvårdens mer generösa ersättningssystem. Detta förhållande innebär en ojämlig vård, och professionen påtalar det olyckliga i situationen. Rimligen bör all behandling av långvarig orofacial smärta ske inom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem.

För närvarande pågår en genomlysning av specialiteten bettfysiologis målbeskrivning, och man påtalar där behovet av samverkan med andra specialiteter och professioner inom tandvård såväl som hälso- och sjukvårdens organisationer. Ett nära samarbete mellan enheter för bettfysiologi och smärtemottagningar bör uppmuntras, för att denna patientgrupp ska få bättre hjälp.

Patienter som överlevt cancer och har långvarig smärta

Patienter som har överlevt cancersjukdom, men som har utvecklat en långvarig smärta som ofta beror på själva behandlingen, till exempel stora operationer, strålning och cellgifter med neuropatisk smärta som följd. Till besvären får man ofta lägga till en oro för recidiv och påverkan på hur man upplever livet av att ha haft en potentiell dödlig sjukdom. Denna grupp växer i takt med allt effektivare cancerbehandling, och behöver ofta omhändertagande på smärtkliniker, i nära samarbete med onkologisk kompetens.

Bilaga 6. Goda exempel på strukturer inom Primärvård

Exempel på strukturerad, vetenskapligt utvärderingsbar handläggning av andra kroniska sjukdomstillstånd finns inom svensk vård. Handläggning av patienter med diabetes som drabbar cirka 4 % av befolkningen (ungefär en tiondedel jämfört med antalet med långvarig smärta) utgör ett exempel. Vad gäller diabetes finns idag utbildad diabetessköterska/ombud på i stort sett varje vårdcentral. Sköterskan har överblick över identifiering, behandling och uppföljning av patienter med (pre-)diabetes i upptagningsområdet. Tidig upptäckt, välstrukturerade vårdprogram och tydliga och öppna remissvägar till specialistenheter gör att patienter och vårdgivare känner sig trygga med varandra. Nationella kvalitetsregister över diabetesvården gör att insatser kan forskas på och leda till forskningsgrundade förbättringar av vård och insatser. Dessutom leder det till uppmärksamhet och vidhängande resursprioriteringar.

Ett annat exempel på strukturerad handläggning gäller patienter med astma/KOL där på allt fler vårdcentraler finns astma/KOL-team med specialutbildad sjuksköterska och associerad läkare. Ofta finns även sjukgymnast/fysioterapeut knuten till dessa team. Flera andra förhållandevis "små" sjukdomsgrupper börjar få liknande välstrukturerad organisation. Expertgruppen anser att det på samma sätt bör på alla primärvårdsenheter finnas rehabiliteringskoordinatorer med kunskap om långvarig smärta. Detta särskilt med tanke på att smärta och psykisk ohälsa, är de vanligaste orsakerna till sjukskrivning och därmed samhällskostnader men också framförallt eftersom smärta starkt påverkar livskvalitet. Handläggning bör ske utifrån nationella riktlinjer.

Bilaga 7. Exempel på uppdrag till Kunskapscentrum

Modifierad från uppdrag till Kunskapscentrum Smärta, Region Skåne, 2009:

- Utgöra kunskaps- och kompetenscentrum och följa utvecklingen inom smärtområdet, svara för sammanställning av ny kunskap, föra ut denna kunskap samt via patientnära forskning ta fram ny kunskap samt svara för att utbildnings- och fortbildningsinsatser initieras och att ny kunskap regelbundet förs ut.
- Svara för att samverka med primärvården/Hälsovalet i Region Skåne utvecklas och ta fram ett gemensamt program för en fungerande vårdkedja avseende smärtbehandling.
- Svara för att gemensamma rutiner och vårdprogram avseende utredning, planering, rehabilitering och uppföljning tas fram för att samordna omhändertagandet; primärvård/Hälsovalet och specialistsjukvård.
- Svara för att ett omhändertagande av alla grupper med långvarig smärta kan ske på rätt nivå inom vården. Detta kan till exempel innebära stöd till barn- och ungdomskliniker kring personer under 18 med långvarig smärta.
- I samverka med Lunds universitet förbättra utbildningen inom de olika vårdutbildningarna och inrätta forskarutbildningsprogram och doktorandtjänst avseende långvarig, icke-malign smärta.
- Samverka med representanter för geriatriken och klinisk farmakologi, förbättra utbildning och klinisk implementering av de speciella problem avseende smärtvård för äldre individer.
- Bevaka område långvarig smärta för nya eller negligerade patientgrupper

Nationellt uppdrag: Smärta

På uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK)

Rapporten är en kartläggning över smärtvården i Sverige. Kartläggningen visar på brister och omotiverade skillnader i vård och behandling av patienter med kronisk smärta.

Rapporten har tagits fram av en expertgrupp på uppdrag av Nationell Samverkansgrupp för Kunskapsstyrning (NSK). Rapporten är ett underlag för att avgöra behovet av en nationell samordning och ett underlag för ett eventuellt beslut om formerande av ett nationellt programråd för långvarig smärta.

Expertgruppen föreslår i rapporten en nationell samordning av smärtvården för att ta fram nationella rekommendationer kring patienter med långvarig smärta. Det skulle öka möjligheterna till en mer jämlik och effektiv vård och att bästa tillgängliga kunskap används för bästa möjliga patientnytta

Upplysningar om innehållet
Marcelo, Rivano Fischer, marcelo.rivanofischer@skane.se
© Sveriges Kommuner och Landsting, 2016
ISBN-nummer: 978-91-7585-444-1

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se. ISBN-nummer 978-91-7585-444-1