Ansvarsfördelning - långvarig, icke cancerrelaterad smärta hos vuxna

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2021–01222) februari 2022 giltig till mars 2024. Utarbetad av Regionalt processteam Smärta
Version 1

Innehåll

Huvudbudskap 1
Bakgrund 1
Utredning 2
Organisation på fyra vårdnivåer 3
Nivå 1: Primärvård 3
Nivå 2: Interdisciplinär smärtvård inom primärvården 3
Nivå 3: Interdisciplinär smärtvård inom specialistvården 4
Nivå 4: Regional specialistvård smärta 5
Sjukskrivning 5
Ytterligare kunskapsstöd: 6
Innehållsansvariga 6

Huvudbudskap

- Vården för patienter med långvarig smärta organiseras i fyra nivåer, där nivå 1 bedrivs i primärvård inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab och nivå 2 är interdisciplinär smärtvård i primärvård, nivå 3 är interdisciplinär smärtvård på specialistnivå och nivå 4 är regional specialistvård smärta.
- Oavsett vårdnivå ska alla patienter få en jämlik och personcentrerad vård.

Bakgrund

Smärta definieras som en obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse förknippad med vävnadsskada, hot om vävnadsskada eller en upplevelse som kan liknas vid denna.
Smärta definieras som långvarig om den kvarstår längre än tre månader efter debut. Långvarig icke cancerrelaterad smärta är ett eget tillstånd oavsett orsaken till att smärtan uppkommit. Personer med långvarig smärta upplever ofta att de inte tas på allvar, blir ifrågasatta och behöver berätta sin historia gång på gång. Syftet med riktlinjen är att tydliggöra handläggning och vård av personer över 18 år med långvarig, icke cancerrelaterad smärta utifrån befintlig evidens och beprövad erfarenhet. Smärtvården rekommenderas att organiseras i fyra vårdnivåer. Oavsett vårdnivå ska alla patienter få en jämlik och personcentrerad vård.

Diagnoskoder för långvarig smärta

En diagnoskod för långvarig smärta bör användas för alla patienter som har smärta som varat minst 3 månader, antingen som ensam diagnos eller som tillägg till annan diagnos.

Enligt ICD-10 är diagnoskoderna R52.1, R52.2 A, B eller C.
(Enligt ICD-11 inom MG30)

Utredning

En förutsättning för god smärtvård är att akut smärta behandlas adekvat för att minska risken för att smärtan blir långvarig. Behandlingsbar grundsjukdom ska utredas och behandlas eller uteslutas inom hälso- och sjukvård och/eller tandvård. Orsaken till långvarig smärta är ofta komplex vilket gör att det behövs längre tid för besök och utredning. Patientens besvär kartläggs med en smärtanalys utifrån en biopsykosocial modell. Det innebär en kartläggning av symtom och faktorer som påverkar symtomen samt en bedömning av rehabiliteringsbehov utifrån patientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala funktion och resurser, och förmåga att beskriva sin smärta och uttrycka sina behov verbalt.

Behandling

Målet med behandlingen är att patienten ska få ett bättre liv trots smärta, med ökad funktionsnivå, ökad fysisk aktivitet, bättre psykisk hälsa, vardagsbalans, ökad livskvalitet och delaktighet i socialt liv och arbetsliv. Adekvat behandling innebär både smärtlindring och smärtrehabilitering med utgångspunkt i patientens egen beskrivning av hinder och möjligheter i förhållande till arbete och vardagsliv. En behandlingsstrategi tas fram tillsammans med patienten och en rehabiliteringsplan upprättas utifrån patientens behov. Behandlingen kan innefatta alltifrån enstaka åtgärder till samordnade interdisciplinära insatser och omfatta de olika faktorer som påverkar smärtan samt ge patienten verktyg för att öka möjlighet till egenvård/egenmakt och funktion i vardagen. En förutsättning för delaktighet och egenmakt är att information och insatser är individuellt anpassade och att behandlaren försäkrat sig om att patienten förstått informationen. Patienten bör få en förklaringsmodell för långvarig smärta så tidigt som möjligt. Patientutbildning individuellt eller i grupp, t.ex smärtskola, kan bidra till ökad kunskap och förståelse och minskad oro hos patienten och därigenom underlätta den fortsätta rehabiliteringen. Patientutbildningen kan med fördel ges samordnat mellan olika professioner.

Iatrogent läkemedelsberoende

Vid insättning av beroendeframkallande läkemedel till exempel opioider för akut smärta ska särskild försiktighet iakttas och det ska från början finnas en plan för utsättning. Som huvudregel skall den som förskriver ansvara för utsättning. Det är viktigt att ha i åtanke att det finns andra smärtlindringsmetoder än läkemedel till exempel fysisk aktivitet.

REK- läkemedelslista VGR https://reklistan.vgregion.se/#/drugs/Smarta
Länkar för anpassning av läkemedelsbehandling:
Äldre och läkemedel
Äldrekompassen (vgregion.se)
Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta
Bensodiazepiner och besodiazepinanaloger - in- och utsättning

Utvärdering
Uppföljning av åtgärd och rehabiliteringsplan ska göras systematiskt. Vid långvarig smärta bör man använda utvärderingsmetoder som snarare har fokus på aktivitet och funktion än smärta. Nationellt register för smärtrehabilitering (NRS) finns för primärvård respektive för specialistvård.

Organisation på fyra vårdnivåer

Nivå 1: Primärvård

De flesta patienter med långvarig smärta utreds och behandlas inom primärvården. I primärvårdens uppdrag ingår att förebygga att akut smärta utvecklas till långvarig smärta och tidiga insatser är viktigt. All personal som träffar patienter ska kunna identifiera personer med långvarig smärta och de som befinner sig i riskzonen att utveckla sådan. På nivå 1 ska patienter med långvarig smärta utifrån individuella behov få tillgång till utredning, behandling och stöd av flera professioner inom vårdval vårdcentral och vårdval rehab. Mellan vårdvalen ska enligt befintliga avtal samordning ske för att möjliggöra god diagnostik, behandling och uppföljning av personer med långvarig smärta. Vårdcentralen ska erbjuda en fast vårdkontakt, även om patienten inte själv ber om det. Patienter med långvarig smärta behöver ofta samordnade kontakter inom hälso- och sjukvård, tandvård samt med externa aktörer, till exempel Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och arbetsgivare. Vid behov av stöd för återgång i arbete bör patienten erbjudas kontakt med rehabiliteringskoordinator för samverkan med berörda parter. Patienten återgår till nivå 1 i de fall behandling på annan nivå avslutas eller bedöms som inte aktuell.

Nivå 2: Interdisciplinär smärtvård inom primärvården

Patienter som på nivå 1 bedöms behöva samordnade interdisciplinära insatser av ett fast team kan remitteras till nivå 2. Nivå 2 kan också bistå nivå 1 med second opinion och konsultation. I teamen på nivå 2 ingår arbetsterapeut, fysioterapeut, psykolog, specialist i allmänmedicin och ev. kurator och sjuksköterska. Teamet bör även ha möjlighet att konsultera psykiater.

Den samordnade behandlingen föregås av en kartläggning av:

- Patientens förutsättningar att delta i vardagliga aktiviteter
- Fysisk och psykisk funktion
- Sociala förutsättningar
- Generell hälsa
- Hälsorelaterad livskvalitet
- Smärtupplevelse och smärthantering
- Patientens målsättning med rehabilitering

Behandlingen pågår under en avgränsad period; maximalt 12 veckor. Undantag kan göras från maxperioden om behandlingen försenats av t. ex sjukdom eller om det i specifika fall bedöms vara aktuellt med glesare besök under en längre period.

Nivå 3: Interdisciplinär smärtvård inom specialistvården

På specialistnivå ska smärtmottagningar för smärtlindring och interdisciplinär smärtrehabilitering finnas. Indikation för smärtvård på specialistnivå finns vid komplexa smärttillstånd som kräver bedömning av läkare med specialistkompetens inom smärtlindring, och/eller en mer omfattande interdisciplinär rehabiliteringsperiod än vad som kan erhållas på nivå 1 eller 2.
Enheten ska ha en bemanning av läkare från minst två grundspecialiteter, varav minst en ska vara specialistläkare i smärtlindring. På enheten ska också arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, psykolog, sekreterare och sjuksköterska finnas med bred erfarenhet av behandling vid långvarig smärta. En specialisering inom smärtrehabilitering och smärtlindring i de olika professionerna bör eftersträvas. Enhetens team ska ha tillgång till psykiater och läkare i rehabiliteringsmedicin, antingen som en del av enheten eller som konsult. Interdisciplinär rehabilitering ska kunna erbjudas på enheten av ett fast team men beroende på patientens behov kan behandlingen också bestå av unimodala insatser. Nivå 3 ska kunna vara ett stöd för både primärvård och hemsjukvård samt till övrig specialistvård. Om patienten söker med egenremiss skall hen uppmanas att etablera en fast vårdkontakt på vårdcentral, alternativt patientansvarig klinik.

Remiss till nivå 3 kan vara aktuellt om:

- Patienten har genomgått rehabilitering på primärvårdsnivå (nivå 1 eller 2) utan att man nått en för patienten acceptabel smärtsituation.
- Patienten har erhållit behandling av eventuell grundsjukdom/skada.
- Patienten har behov av insatser som inte ingår i primärvårdens uppdrag.
- Second opinion krävs för att komma vidare i behandlingsprocessen.

Vård och insatser som ska erbjudas på nivå 3:

- Second opinion av svårbedömda tillstånd
- Smärtrehabilitering på specialistnivå
- Avancerad smärtlindring
- Konsultativt stöd till primärvården (nivå 1 och 2)
- Konsultativt stöd till annan specialistverksamhet

En remiss till smärtvård på specialistnivå 3 och 4 ska innehålla:

- Beslut om remiss tas i samråd med patient och ska dokumenteras i patientens journal. Patienten ska informeras om vårdgarantin och vad den innebär.
- Tydlig frågeställning med sjukhistoria inklusive annan samsjuklighet.
- Utförda undersökningar inklusive laboratorieprover och resultat.
- Utförda behandlingar och resultat.
- Vid utvärdering av farmakologisk behandling, ska dosnivå och effekt framgå.

- Rehabplan inklusive information om eventuell sjukskrivning och planering avseende arbetslivsinriktade åtgärder.
- Se för övrigt VGR:s fastställda remissregler.

Nivå 4: Regional specialistvård smärta

Då behov finns för avancerade behandlingsmetoder som endast kan erbjudas på universitetsklinik eller då heldygnsvård är nödvändig, remitteras patienten till vårdnivå 4. Det kan innebära:

1. Avancerade invasiva behandlingsmetoder, exempelvis SCS (Spinal Cord Stimulation)
2. Heldygnsvård för följande patientgrupper:
    - Patienter som behöver medicinsk övervakning i samband med läkemedelsinsättning/-utsättning.
    - Patienter som kommer för vissa typer av invasiv smärtvård.
    - Inneliggande smärtrehabilitering för patienter som inte kan få sina rehabiliteringsbehov tillgodosedda på annat sätt.

Samlokalisering och samorganisering av verksamheter som handlägger akut och långvarig smärta bör eftersträvas vilket innebär att nivå 3-kompetens även finns på nivå 4. Vid enheten ingår läkare med specialistkompetens inom smärtlindring, varav minst en ska ha grundkompetens i rehabiliteringsmedicin och en i psykiatri.

Samverkan mellan vårdnivåer

När patientansvarig läkare på nivå 1 remitterar patient vidare till nivå 2, 3 eller 4 ska återkoppling från dessa nivåer ske fortlöpande. Den första återkopplingen bör ske när en handläggningsplan tagits fram exempelvis genom kopia av vårdplanen. Då bedömning och eventuell behandling genomförts sker återkoppling ånyo och följande bör ingå:

- Smärtdiagnos
- Genomförda åtgärder inklusive läkemedelsbehandling och behandlingsperiod
- Resultat och mål som uppnåtts med insatsen
- Prognos inklusive eventuella biverkningar
- Symtom som ska leda till återremiss
- Värdering av aktivitetsförmåga
- Förslag för fortsatt vård/rehabilitering

Sjukskrivning

Avsikten med att remittera till högre nivå är, förutom bedömning och behandling, att förbättra aktivitets- och funktionsnivån. Det innebär att den behandling som ges i samverkan med olika professioner på den nivån, kan leda till ett beslutsunderlag som skiljer sig från tidigare underlag, vid bedömning av sjukskrivning.

Den som är behandlingsansvarig läkare har också ansvar för sjukskrivning under den tid som behandlingen fortgår. Sjukskrivningsansvaret kan kvarstanna på en lägre nivå men det förutsätter ömsesidig överenskommelse mellan sjukskrivande parter samt överlämning av relevant information som underlag till sjukintyget. När patienten är färdigbehandlad på nivå 3 och 4, remitteras patienten åter till nivå 1 och sjukskrivningsansvaret övertas av den nivån.

Ytterligare kunskapsstöd:

- Frågeformulär Linton - kortversion
- FYSS - långvariga, utbredda smärttillstånd
- ICF
- Långvarig smärta äldre
- Läkemedelsboken - smärta och smärtbehandling
- NRS
- SBU - Rehab vid långvarig smärta från 2010
- SBU - långvarig smärta och rehab
- Smärtkuben

Innehållsansvariga

Representanter för Regionalt processteam smärta:
Olaf Gräbel, ordförande Regionalt processteam smärta, överläkare, Verksamhet Anestesi, operation, IVA, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra.
Anna Bergenheim, vice ordförande Regionalt processteam smärta, leg sjukgymnast, med dr. tf FoU-chef, FoUUI primär och nära vård Fyrbodal, Regionhälsan.